

CIUDAD {ES}

Policlínicas inclusivas

Diversidad sexual y de género en salud,
y atención libre de discriminación
a personas que viven con VIH: la experiencia
de la Intendencia de Montevideo

MARCELA SCHENCK

CIUDAD {ES} POLICLÍNICAS INCLUSIVAS

DANIEL MARTÍNEZ
Intendente de Montevideo

FABIANA GOYENECHÉ
Directora General de Desarrollo Social

JULIO CALZADA
Director de Políticas Sociales

ANDRÉS SCAGLIOLA
Coordinador Ejecutivo de la Secretaría de la Diversidad

JUAN JOSÉ CALVO
Representante de UNFPA en Uruguay

JUAN MERÉ
Asesor

CIUDAD {ES}

Policlínicas inclusivas

Diversidad sexual y de género en salud,
y atención libre de discriminación
a personas que viven con VIH: la experiencia
de la Intendencia de Montevideo

MARCELA SCHENCK

AGRADECIMIENTOS

La autora quisiera expresar su agradecimiento a UNFPA a través de su asesor sobre VIH/Sida Juan José Meré, a la Secretaría de la Diversidad de la Intendencia de Montevideo (en espacial a su coordinador, Andrés Scagliola) y a la División de Salud de la IM (en la figura de su directora, Analice Beron y de la directora del Servicio de Atención a la Salud, Alicia Guerra), tanto por la posibilidad de realizar este trabajo como por las contribuciones efectuadas durante el proceso de su realización. Asimismo, agradecer la participación de todas y todos aquellos quienes colaboraron en su construcción, en particular a quienes fueron entrevistados y entrevistadas, por sus valiosos aportes para esta investigación. En este punto, también es de destacar la minuciosa revisión del texto que realizaron varias/os informantes calificadas/os y en especial, se agradecen los comentarios generales de Susana Cabrera, Florencia Forrisi y Gabriel González sobre una versión anterior de este documento.

También expresar un especial agradecimiento para el Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud, integrado en el momento de la realización de esta consultoría por Eugenia Robledo, Álvaro Díaz, Edgar Tubin, Verónica Sánchez, Enrique Banizi, Andrés Scagliola y Rina Piana, por los valiosos intercambios que se dieron en el marco de este trabajo. ¶

ISBN: 978-9974-91-852-8

DISEÑO EDITORIAL: José de los Santos

Este libro está compuesto con las variables tipográficas de la familia

L I B E R T A D ©Fernando Díaz, ©Típotype, Uruguay.

IMPRESIÓN Y ENCUADERNACIÓN

Cebra Comunicación Visual.

Depósito Legal: 373.095

Comisión del Papel. Edición amparada en el Decreto 218/96

CONTENIDO

Presentación	13
Introducción	17

CAPÍTULO I

Prácticas significativas de atención integral en salud de personas LGTB y personas con VIH libre de estigma y de discriminación a nivel regional	27
BRASIL	27
ARGENTINA	42

CAPÍTULO II

Atención de las personas LGTBI y de las personas que viven con VIH: breve caracterización de la situación en Uruguay y de los servicios que brinda la IM	57
SALUD Y DIVERSIDAD SEXUAL EN URUGUAY: BREVE CONTEXTUALIZACIÓN ..	58
BREVE CONTEXTUALIZACIÓN SOBRE SALUD Y VIH EN URUGUAY	63
SERVICIOS DE SALUD DE LA INTENDENCIA DE MONTEVIDEO	66

CAPÍTULO III

Análisis de las entrevistas efectuadas a equipos de Dirección de la División Salud e integrantes de las policlínicas seleccionadas por la IM	83
DESCRIPCIÓN DE LAS POLICLÍNICAS SELECCIONADAS	83

DIVERSIDAD EN POLICLÍNICAS	87
RESPUESTA AL VIH	108

CAPÍTULO IV

Articulación con otras instituciones u organizaciones	137
--	-----

ARTICULACIONES CON MSP Y RAP/ASSE	137
--	-----

ARTICULACIONES CON UDELAR	140
--	-----

ARTICULACIONES CON ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL	141
---	-----

CAPÍTULO IV

Análisis final y recomendaciones	149
---	-----

POLICLÍNICAS LIBRES DE LGTBI-FOBIA	149
---	-----

RECOMENDACIONES	167
------------------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	175
---------------------------	-----

ANEXOS

LISTADO DE PERSONAS ENTREVISTADAS	179
--	-----

ÍNDICE DE CUADROS	182
--------------------------------	-----

ÍNDICE DE TABLAS	182
-------------------------------	-----

ÍNDICE DE FIGURAS	183
--------------------------------	-----

ÍNDICE DE GRÁFICOS	183
---------------------------------	-----

GLOSARIO DE SIGLAS EMPLEADAS EN ESTE INFORME	184
---	-----

PRESENTACIÓN

Desde otro lugar

La ciudad es un escenario clave en las luchas de gays, lesbianas, bisexuales, trans e intersex por el reconocimiento de sus derechos. La polis deviene espacio público de lucha y de resistencia y, a la vez, de transformación y celebración. Conocerla, en su complejidad, es fundamental.

Porque no cuenta lo que no se cuenta, es imprescindible generar información para construir el problema de la discriminación hacia las personas LGBTI, también en la ciudad, como problema público. Porque no se transforma lo que no se conoce, es condición necesaria generar información para diseñar políticas públicas —en este caso de ámbito local y departamental— de calidad. Esta serie de publicaciones, abierta, es un aporte a pensar las ciudades en relación a la diversidad sexual y de género de las personas que la habitan. Y a hacerlo de forma sistemática.

Los seis tomos que la integran nos llevarán por diferentes espacios y miradas.

Los baños públicos y las consecuencias de la segregación por géneros; los servicios de salud como herramienta para generar inclusión en los barrios; los espacios públicos y su potencial transformador para la construcción de una sociedad amable libre de discriminación.

La mirada interseccional, esto es, la de las múltiples desigualdades que atraviesan a las personas LGBTI; la mirada comparada que nos permite el trabajo en red con otras ciudades; para, finalmente, proponer la mirada ética y estratégica, condición *sine qua non* para la transformación durable —en el espacio y en el tiempo— hacia una ciudad en la que igualdad legal e igualdad social sean sinónimos.

Les invitamos a acompañar esta serie que será, desde ya, otra forma de recorrer la ciudad. Y de mirar. ¶

CIUDAD {ES}

Policlínicas inclusivas

Diversidad sexual y de género en salud,
y atención libre de discriminación
a personas que viven con VIH: la experiencia
de la Intendencia de Montevideo

MARCELA SCHENCK

INTRODUCCIÓN

Este trabajo es el resultado final de una consultoría realizada a través de UNFPA para la Intendencia de Montevideo (IM), cuyo objetivo fue el de brindar apoyo a la Intendencia en la elaboración de un plan de acción que busque alcanzar servicios de salud libres de discriminación por orientación sexual e identidad y expresiones de género, y con atención integral para personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Para comenzar, es importante aclarar que se parte de una concepción de salud que no se reduce a la ausencia de enfermedad (OMS, 1948) y que contempla dimensiones históricas, sociales y culturales en la forma en que el binomio salud/enfermedad es construido. De esta forma, comprender lo que la salud implica se relaciona con la negociación de sentidos sobre el cuerpo y las corporalidades, así como los significados que actúan a nivel social (Mello et al, 2011).

Desde una perspectiva de derechos, tanto la Declaración Americana de los Derechos del Hombre como la Declaración Universal de los Derechos Humanos consagraron el derecho a la salud como un Derecho Humano Fundamental en el año 1948¹, lo cual fue ratificado por el Estado uruguayo. De todas formas, no se estableció explícitamente como derecho en Uruguay hasta 2008, año en que entró en vigencia el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a través de la Ley 18.211. En este

1 Más recientemente, el derecho a la salud se ha reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 2200A (XXI), del 19 de diciembre de 1966, así como es reconocido en el ámbito interamericano en el Protocolo de San Salvador (1988), Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

sentido, el SNIS se configuró como un cambio de paradigma, ya que responsabiliza al Estado en la generación de condiciones para que la población residente en el país tenga acceso a servicios integrales de salud, apartándose del paradigma anterior en el que velar por la salud era un deber de las personas.

El SNIS también priorizó el primer nivel de atención² dentro de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), que es el nivel en el que se resuelve la amplia mayoría de los problemas de la salud y es el de más baja complejidad (Vignolo et al, 2011). Es además el contacto inicial que las/los usuarios tienen con el sistema sanitario, por lo que tiene la potencialidad de ser una puerta de entrada al sistema o la primera barrera que un usuario/a debe enfrentar, si se trata de servicios que reproducen situaciones de discriminación que los configuran como espacios no inclusivos.

En este sentido, la perspectiva de la diversidad sexual ha permitido visibilizar las inequidades que se producen respecto a las identidades y expresiones de género que no siguen el modelo de la heteronormatividad, que ve a la heterosexualidad y a la forma espereotípica de comportarse de acuerdo a los modelos hegemónicos de expresión del género como las únicas formas viables, “válidas”, de sexualidad. Se ha señalado que el heterocentrismo tiene un papel muy importante en los procesos de salud-enfermedad de las personas que se identifican como gays³, lesbianas⁴, bisexuales⁵ y

2 En su artículo 36, la Ley 18.211 lo define de la siguiente forma: “El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral de salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios”.

3 El término refiere a los varones que se sienten atraídos afectiva y/o sexualmente por otros varones.

4 El término refiere a las mujeres que se sienten atraídas afectiva y/o sexualmente por otras mujeres.

5 El término refiere a las personas que se sienten atraídas afectiva y/o sexualmente por varones y mujeres.

trans⁶, ya que la discriminación que estas personas pueden haber experimentado en el sistema de salud se erige como una barrera que les impide acceder a los servicios sanitarios y contribuye al agravamiento de problemas de salud, dado que las y los usuarios recurren al sistema como “último recurso” una vez que un problema está instalado (Rocha, 2009). En el caso de las personas intersex⁷, si bien es el menos abordado y está comenzando a visibilizarse muy recientemente, se ha señalado que existe un vínculo problemático con el sistema de salud dado que se ha denunciado que se le practican a estas personas cirugías “cosméticas” para adecuar su cuerpo al estándar dominante de lo que se considera un cuerpo masculino o femenino: estos procedimientos, coaccionados e irreversibles, constituyen “una práctica estándar en los países de América” (CIDH, 2015: 14) y pueden causar por ejemplo esterilización, dolor crónico y falta de sensibilidad. Asimismo, se ha denunciado que las personas intersex pueden experimentar sometimiento excesivo a exámenes médicos, fotografías y exposición de genitales, negación de servicios, entre otras violaciones de derechos⁸.

De esta forma, las y los usuarios LGBTI pueden enfrentar problemas particulares en el sistema sanitario que repercuten negativamente sobre su bienestar y calidad de vida. Por ello, diversos estudios han señalado la importancia de incorporar la perspectiva de diversidad sexual desde el primer nivel de atención (Sempol et al, 2016), para que las instituciones sanitarias sean verdaderamente receptivas y no un ámbito que al reproducir la violencia, genere mecanismos de expulsión y re vulnerabilización.

El incorporar una perspectiva de diversidad en el abordaje sanitario está en consonancia con las consideraciones internacionales sobre la

6 El término refiere a los las personas cuya identidad de género no se corresponde con el sexo asignado al nacer. Las personas cuya identidad de género se corresponde con el sexo asignado al nacer se denominan cis género.

7 El término refiere a las personas cuya anatomía sexual no se ajusta a lo esperado para un cuerpo de varón o mujer, ya que nacen con características biológicas de ambos sexos.

8 Esto ha sido catalogado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) como una forma de violencia por prejuicio contra la diversidad corporal, y se ha recomendado a los estados miembros de la OEA que modifiquen su legislación y políticas para que no se realicen procedimientos innecesarios en niños, niñas y adultos intersex, cuando sean realizados sin su consentimiento, previo, libre e informado (salvo en casos de riesgo médico o necesidad).

noción de integralidad en salud desde una perspectiva de derechos, que ha incorporado específicamente a la salud sexual y reproductiva y a la no discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género (Observación General N° 14 y N°20 del Comité Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales de Naciones Unidas). En este marco, es ineludible la referencia a los “Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género”⁹, un instrumento que establece pautas para que las Naciones Unidas y los gobiernos avancen hacia garantizar el alcance universal de las protecciones a los derechos humanos. Allí se establece el derecho al disfrute de la salud (Principio 17) y a la protección contra abusos médicos (Principio 18)¹⁰.

Por otra parte, en los últimos años también ha cambiado el paradigma tanto a nivel internacional como en nuestro país en lo que refiere al abordaje sobre el VIH, que ha pasado a ser abordado como enfermedad crónica transmisible, mostrando la insuficiencia de los acercamientos iniciales sobre la epidemia. En este marco de reconfiguración de paradigmas, la potencialidad del primer nivel para la promoción y prevención, así como para la captación y seguimiento, resulta fundamental y se ha enfatizado desde el Área Programática de ITS-VIH/SIDA del Ministerio de Salud Pública.

Asimismo, en el marco de los Objetivos Sanitarios Nacionales (MSP, 2016b, 2016c), se establece en el Objetivo Estratégico 2 “Disminuir la carga prematura y evitable de morbilidad y discapacidad”, la reducción de la morbilidad por VIH / SIDA como resultado esperado 2.3, planteándose como metas al 2020, reducir un 30% la tasa de mortalidad por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), un 15% la incidencia de VIH, aumentar la cobertura de tratamiento antirretroviral (TARV) para personas que viven con VIH e incrementar al 90% la tasa de personas con diagnóstico de VIH (en concordancia con las metas 90/90/90 establecidas en la Declaración de París de 2014 y acordadas regionalmente du-

9 <http://www.yogyakartaprinciples.org/principles-sp/>

10 Para una revisión más exhaustiva de la normativa internacional y regional sobre diversidad sexual y salud, ver: Rocha, 2015 y Forrisi y Gelpi, 2015.

rante el Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención del VIH). Por otra parte, el resultado esperado 3.3 del Objetivo Estratégico 3 - que apunta a “Mejorar el acceso y la atención de salud en el curso de vida” - plantea la Eliminación de la transmisión vertical de Sífilis y VIH para 2020, y las metas planteadas son la reducción de la tasa de incidencia de SC a menos de 0.5/1000 nacimientos y mantener la tasa de transmisión vertical de VIH en menos de 2%.

También en este documento, se plantea la acreditación de servicios libres de homo-lesbo-transfobia que faciliten el acceso a poblaciones en particular riesgo frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) (Líneas de acción 33.5 y 72.4).

Los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) parten de comprender el derecho a la salud como un derecho inclusivo, reconociendo la obligación del Estado no solo en lo que refiere a la atención sanitaria, sino comprendiéndolo de una forma que involucra el cumplimiento de otros derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales, “en la medida que sus violaciones, repercuten de forma directa y negativa sobre la salud y bienestar de las personas” (MSP, 2016b: 7). Nuevamente en este documento, que constituye una hoja de ruta del sistema sanitario hacia 2020, se reafirma la necesidad de potenciar el primer nivel de atención.

En un marco que desde la política sanitaria nacional privilegia el primer nivel y destaca sus potencialidades para un abordaje integral en salud, es interesante observar la experiencia que durante años desarrolló la Intendencia de Montevideo en este nivel, ya que se acompaña con la política nacional actual pero es también pionera en este enfoque. Si bien la IM no integra formalmente el SNIS, sí lo fortalece como efector que actúa en el primer nivel de atención. A su vez, la Intendencia se encuentra en un proceso de redefinición que implica cambios y acciones concretas en materia de diversidad y salud en el primer nivel, así como en lo referente al abordaje sobre VIH.

De esta forma, el presente documento busca aportar a estos cambios a través de la sistematización de información útil para la toma de decisiones, con la finalidad de apoyar y asesorar el proceso llevado adelante desde la Intendencia de Montevideo.

En este sentido, se desarrolló un plan que contempló las siguientes actividades:

1. Relevar buenas prácticas (o prácticas significativas) de atención integral en salud de personas LGTBI y personas con VIH libre de estigma y de discriminación en la región.
2. Elaborar, en apoyo al Grupo de Trabajo de Diversidad y Salud, una caracterización de la situación de los servicios de salud de la IM en relación a la atención de las personas LGTBI y de las personas con VIH.
3. Realizar entrevistas a integrantes del personal de la División Salud y de los equipos de salud de seis policlínicas dependientes de la IM seleccionadas por el Grupo de Trabajo de Diversidad y Salud. Dichas policlínicas fueron las siguientes:
 - La Teja
 - La Paloma
 - Yucatán
 - Giraldez
 - Crottogini
 - Tiraparé
4. Realizar entrevistas a informantes clave de otras instituciones de salud vinculadas a la temática. Se entrevistó a referentes de:

Ministerio de Salud Pública	Área de Salud Sexual y Reproductiva Área Programática ITS-VIH/Sida
Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)	Presidencia de ASSE
Sociedad Civil	Asociación de Ayuda al Sero Positivo (ASEPO) Asociación Trans del Uruguay (ATRU) Ovejas Negras Red Uruguaya de Jóvenes y Adolescentes Positivos (RUJAP)* Trans Boys Uruguay (TBU) Unión Trans del Uruguay (UTRU)

Universidad de la República (UdelaR)	Facultad de Medicina (Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Cátedra de MFyC, UDA St Bois) Facultad de Psicología (Centro de Referencia Amigable, CRAM).
<p>* Al momento de realizar el trabajo de campo de esta consultoría, aún no se había creado MásVIHdas, otra organización de personas viviendo con VIH que también ha trabajado con la Intendencia de Montevideo, y que originalmente nucleó a personas que dejaron de integrar RUJAP tras haber llegado al límite de edad que ésta establece (30 años). De hecho el referente de RUJAP que se entrevistó para este trabajo actualmente ya no integra dicha organización, y hoy es el Coordinador de MásVIHdas.</p>	

5. Elaboración, en apoyo al Grupo de Trabajo de Diversidad y Salud, de una propuesta de plan de acción 2016-2017, en base a los compromisos de la Agenda de Diversidad Sexual e Igualdad Social, incluyendo recomendaciones sobre indicadores para el monitoreo y la evaluación del mismo.

Esta consultoría se basa en la recopilación, procesamiento y análisis de información secundaria, así como en el relevamiento de información de carácter primario. Si bien el tiempo con el que se contó para la elaboración de este informe fue breve y ello debe ser señalado como una limitación, se buscó lograr la mayor exhaustividad posible a la hora de relevar la información: para esta consultoría, se sistematizaron diversas fuentes secundarias (relevamientos estadísticos, registros, guías, protocolos, sistematizaciones previas, artículos académicos, bases de datos, etc.) y se realizaron 36 entrevistas en profundidad semiestructuradas entre agosto y diciembre de 2016, a actores clave identificados en las acciones anteriormente descritas.

Este informe toma la estructura de las actividades de la consultoría como una guía para organizar el texto; en la primera sección, se realiza una presentación de prácticas significativas de atención integral en salud de personas LGTB y personas con VIH libre de estigma y de discriminación a nivel regional, haciendo foco en las experiencias de Brasil

y Argentina.¹¹ En la segunda, se realiza una breve caracterización de la atención de las personas LGTBI y de las personas que viven con VIH en Uruguay, profundizando luego en los servicios que brinda la IM. En la tercera, se realiza un análisis de contenido de las entrevistas efectuadas a las responsables de la División Salud y el Servicio de Atención a la Salud, y a integrantes de equipos de salud de las seis policlínicas seleccionadas por la IM. En la cuarta, se aborda el componente de articulación con otras instituciones u organizaciones, mediante el análisis de las entrevistas efectuadas a integrantes de organizaciones de la sociedad civil, de la Universidad de la República, del Ministerio de Salud Pública y de ASSE. Finalmente, en la quinta sección se presenta un análisis integrado de todas las entrevistas centrado en percepciones sobre policlínicas libres de LGTBI fobia, y se proponen recomendaciones para un plan de acción 2016-2017, en base a los compromisos de la Agenda de Diversidad Sexual e Igualdad Social.¶

11 El comenzar con las experiencias regionales y no con la nacional responde únicamente a un criterio organizativo y no debe interpretarse como una jerarquización de dichas experiencias respecto a lo que ocurre en Uruguay, ya que el vínculo con estos países ha sido de cooperación y se observa que tanto Brasil como Argentina han utilizado materiales creados por Uruguay, pasantes de ambos países se han formado en servicios nacionales e incluso se han creado servicios regionales siguiendo el modelo de Uruguay, algo en lo que se profundizará en esta primera sección.

CAPÍTULO I

Prácticas significativas de atención integral en salud de personas LGTB y personas con VIH libre de estigma y de discriminación a nivel regional

BRASIL

ARGENTINA

Prácticas significativas de atención integral en salud de personas LGTB y personas con VIH libre de estigma y de discriminación a nivel regional

En este capítulo, se realiza una presentación de prácticas significativas de atención integral en salud de personas LGTB y personas con VIH libre de estigma y de discriminación a nivel regional, haciendo foco en las experiencias de Brasil y Argentina.

El capítulo se basa en el análisis de fuentes secundarias de carácter heterogéneo (sistematizaciones previas, normas y decretos, documentos institucionales, folletería, notas publicadas en prensa, intervenciones en seminarios, etc.). Se utiliza aquí la sigla LGTB porque es la que aparece en las fuentes analizadas; prácticamente no se encontró referencia a la población intersex en la información relevada para la elaboración de este capítulo.

BRASIL

En Brasil, la atención integral de la salud para personas LGTB¹ es un tema en actual discusión, que ha contado con un impulso importante a partir de la conquista de derechos de la población LGTB, lo que se relaciona en gran medida con las acciones desarrolladas desde los movimientos sociales para dar visibilidad a esta población e impulsar la creación de políticas

1 En Brasil no hay una única forma de referirse a las personas trans (ni desde la política sanitaria, ni desde los movimientos por la diversidad ni desde las personas que se autodefinen de esa forma), por lo que se trata de un término en disputa; por ello, se hace referencia a “trans y travesti” en la mayoría de los documentos analizados.

públicas inclusivas (Assis y Facchini, 2009; Ministerio de Salud Pública de Brasil, 2013; Guaranha, 2014).

Desde 2011, existe una línea de política sanitaria dentro del Sistema Único de Salud que se ocupa de estos colectivos: se trata de la Política Nacional de Salud Integral para personas LGTB, establecida por el Decreto N° 2.836, del 1° de diciembre de 2011 y aprobada por la Comisión tripartita (ITC) por resolución N° 2 del 6 de diciembre de 2011, que guía el plan operativo de Salud Integral LGTB. Esta política implicó “un punto de inflexión para las políticas de salud pública en Brasil y un reconocimiento histórico de las demandas de esta población en condición de vulnerabilidad” (Ministerio de Salud Pública de Brasil, 2013: 6)², y se guió por las directrices gubernamentales expresadas en el Programa Brasil sin Homofobia³, de 2004, con el objetivo de abordar las discriminaciones y exclusiones específicas de la población LGTB en el sistema de salud.

Bajo esta línea y con miras a la construcción de una política específica para el sistema sanitario, el Ministerio de Salud Pública constituyó el Comité Técnico de la Salud para la Población LGTB, lo cual se reforzó en 2006 con la representación LGTB en el marco del Consejo Nacional de Salud (CNS).

Por otra parte, si bien se observa que desde la 12ª Conferencia Nacional de Salud en 2003 el tema de los derechos LGTB estaba siendo tomado por el sistema sanitario, es en 2007 cuando la 13ª Conferencia Nacional de Salud incluye la orientación sexual y la identidad de género en el análisis de los determinantes sociales de la salud. A continuación se enuncian algunas de las recomendaciones que se originaron en esta conferencia⁴:

2 Traducción libre de la autora.

3 En 2004, el gobierno estableció el Programa Brasil sin Homofobia, con el fin de combatir la violencia y la discriminación contra las personas LGTB y la promoción de la ciudadanía no heterosexual. Este programa fue promovido por la Secretaría Especial de Derechos Humanos (SEDH) de la Presidencia de la República, con la participación de la sociedad civil, y consistió en realizar recomendaciones generales a diferentes sectores del gobierno con el fin de asegurar que las políticas, programas y acciones no reprodujeran la discriminación y promovieran la equidad de acceso a los servicios públicos.

4 Tomado de: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa, 2013: 12.

- La garantía de los derechos sexuales y reproductivos y el respeto al derecho a la intimidad
- El desarrollo de acciones de educación en derechos humanos y respeto a la diversidad de carácter intersectorial, implementando campañas que aborden los derechos sociales e incorporándolos en la currícula educativa
- La sensibilización continua de las y los profesionales de la salud con respecto a los derechos LGTB
- La inclusión de la identidad de género y orientación sexual en los sistemas de registro (formularios, registros médicos y sistemas de información sanitaria)
- La consideración de la identidad de género y la orientación sexual en la implementación del protocolo de atención contra la violencia
- La expansión de la participación de los movimientos LGTB en los consejos de salud
- El fomento de la producción de innovación tecnológica, investigación científica y puesta en común de los avances terapéuticos
- El establecimiento de normas y protocolos de tratamiento específicos para lesbianas y personas trans
- El mejoramiento del proceso de transformación corporal que pueden experimentar las personas trans
- El mantenimiento y fortalecimiento de las acciones sobre ITS y VIH/SIDA, haciendo énfasis en las poblaciones LGTB

También cabe señalar que el Ministerio de Salud Pública diseñó el Plan Nacional para Enfrentar el SIDA y las ITS entre varones gays, hombres que tienen sexo con hombres (HSH)⁵ y personas trans (2008) en el

5 El término HSH es de uso frecuente en la literatura vinculada al VIH/SIDA, particularmente desde el ámbito médico. Sin embargo, debe indicarse aquí que el término -y su vinculación con la forma en que se aborda tanto la infección como la prevención- ha recibido críticas, debido a que se considera que “reduce el hecho homoerótico a la marginalidad de una minoría” (Núñez, 2007: 350) sin permitir ver su amplia presencia en el cuerpo social y dinámicas deseantes. Según indica Núñez, a través de este término se circunscriben prácticas a un grupo que se reconoce con otras identidades, siendo el abordaje a su vez insuficiente para designar a un grupo con una identidad estable como tal. En este informe se emplea el término solo cuando se utiliza como categoría en la información analizada.

que se asocia la mayor vulnerabilidad al virus a la situación de homofobia y particular segregación a la que se exponen, particularmente las/los más jóvenes. Se expresa allí que “La incapacidad para expresar su orientación sexual en la familia y en lugares públicos establece para las personas gay el destino del ejercicio ilegal de la sexualidad. Esta situación les lleva a ir a lugares y situaciones carentes de condiciones favorables para la prevención de enfermedades” (Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa, 2013: 16)⁶.

En el marco de este proceso, en 2008 la Secretaría Especial de Derechos Humanos celebró la primera Conferencia Nacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans, en donde el Ministerio de Salud Pública presentó públicamente los principios de la política LGTB, la cual fue finalmente aprobada en 2009 por el Consejo Nacional de Salud.

Este camino condujo a la Política Nacional de Salud Integral para personas LGTB de 2011, que se plantea como una vía para reforzar la universalidad real del sistema, contemplando acciones dirigidas a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, además de estimular la producción de conocimientos y el fortalecimiento de la representación de la población LGTB en instancias de participación. De hecho la elaboración de esta política comprendió un proceso de consultas y en ella se reconoce explícitamente el rol de los movimientos sociales en este tema, lo que se inscribe en una tradición que se remonta a la década de 1980, en donde dichos movimientos dieron visibilidad a los problemas de salud vinculados a la epidemia de VIH/SIDA que afectaban a la población LGTB y fueron parte de las estrategias desarrolladas por el Ministerio de Salud Pública frente al tema (particularmente hacia los considerados “grupos de riesgo”: varones homosexuales y personas trans).

La Política Nacional de Salud Integral para personas LGTB parte de que el respeto sin prejuicios y sin discriminación es el fundamento para humanizar la promoción, la protección, el cuidado y atención de la salud. Para que esto se efectivice, la política articula un conjunto de acciones y programas a aplicar en todas las esferas de la gestión del sistema, previendo un permanente acompañamiento de la sociedad civil. Se plantea así que

6 Traducción libre de la autora.

“frente a cualquier discriminación y exclusión social se debe promover la democracia social, la laicidad del Estado y, al mismo tiempo, se exige ampliar la conciencia sanitaria con movilización en torno a la defensa del derecho a la salud y los derechos sexuales como componente fundamental de la salud” (Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa, 2013: 8)⁷.

El funcionamiento de esta política comprende estrategias para las administraciones federales, estatales y municipales, con el fin de garantizar que el SUS sea un sistema universal, integral y justo para toda la población. Principalmente, las acciones se articulan en cuatro ejes que especifican diversas líneas⁸:

- *Eje 1: Acceso a la salud integral para las personas LGTB*
 1. Con el objetivo de garantizar una atención integral, se plantea la calificación de lo que implica brindar servicios adecuados a la población LGTB.
 2. Se plantea la expansión de los servicios específicos que se brindan a las personas trans.

- *Eje 2: Acciones de promoción y vigilancia de la salud para la población LGTB*
 1. Se incluye a la violencia por orientación sexual e identidad de género dentro del Sistema de Vigilancia de Violencia y Lesiones (Viva, por su acrónimo en portugués), para dar visibilidad a la violencia ejercida contra la población LGTB.
 2. Se plantea la inclusión de indicadores sanitarios vinculados con la población LGTB.

7 Traducción libre de la autora.

8 Tomado de: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1174-sgep-raiz/LGTB/19324-plano-operativo>. Última fecha de acceso: 26/11/16.

- *Eje 3: Educación permanente y programa de educación para la salud centrado en la población LGTB*
 1. Se inserta la temática de la salud LGTB en la formación permanente de administradores/as y profesionales de la salud del SUS.
 2. Se elaboran materiales y estrategias educativas para la promoción, protección y recuperación de la salud de las personas LGTB.
 3. Se fomenta el desarrollo de investigación centrada en las prioridades de salud de la población LGTB.
 4. Desde la Universidad Abierta del SUS, se incluye la temática de la diversidad en los cursos de educación a distancia dirigidos a profesionales de la salud y otros/as interesados; y también en los dirigidos a promotores/as de salud y líderes sociales, en colaboración con el Consejo Nacional de Salud.
 5. Se coordinan acciones para asegurar que consideren cuestiones de esta política estrategias como el Programa Nacional de Reorientación de la Formación Profesional en Salud, el Programa de Telesalud Brasil y el Programa de Educación para la Salud en el Trabajo.

- *Eje 4: Seguimiento y evaluación de programas de salud para la población LGTB*

El seguimiento y evaluación se realiza en base a las acciones anteriormente mencionadas en los ejes 1, 2 y 3. A nivel federal se lleva a cabo a través del Sistema de Control, Seguimiento y Evaluación de los Resultados (E-CAR). También el Comité Técnico de Salud Integral LGTB del Ministerio de Salud Pública realiza tareas de monitoreo y evaluación.

A su vez, entre las acciones desarrolladas en cada uno de los ejes, debe mencionarse⁹:

- Cambio en el formulario de notificación de violencias interpersonales y autoprovocadas del Sistema de Declaración Obligatoria de

9 Tomado de: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1174-sgep-raiz/LGTB/19322-estrategias-e-acoef>. Última fecha de acceso: 26/11/16.

Enfermedades (Sinan, por su sigla en portugués)¹⁰. El cambio implica que el registro incorpore campos que consideran identidad de género, orientación sexual y nombre social (en caso de haberlo), de la persona que fue agredida. También se construyó un campo para la identificación de la violencia motivada por la homo/lesbo/transfobia.

- Cambio en el Sistema de Información de Salud para la Atención Primaria (SISAB - e-SUS AB, en portugués)¹¹. El registro individual incluye el nombre social, identidad de género y orientación sexual en los registros electrónicos de las y los usuarios.
- Desarrollo de módulo de educación a distancia sobre la Política Nacional de Salud Integral LGTB, en asociación con la Universidad Abierta del SUS - Universidad del Estado de Río de Janeiro. El curso consta de una carga horaria de 45 horas virtuales, es gratuito y se puede acceder a sus contenidos a través del link: www.unasus.gov.br/politica-de-saude-LGBT
- Desarrollo de la investigación “Análisis de acceso y calidad de la atención integral en salud para la población LGTB en el SUS”. La investigación, aún en curso, está siendo desarrollada por el Centro de Estudios en Salud Pública de la Universidad de Brasilia (NESP/UNB) en asociación con la Fiocruz, las universidades federales de Paraíba, Piauí, Uberlândia; Universidad de Sao Paulo; Universidad Estatal de Maringá y Río de Janeiro. Cuenta con financiamiento del Departamento de Gestión Participativa de apoyo (DAGEP) de la Secretaría de Gestión Estratégica y Participativa (SGEP) del Ministerio de Salud Pública. Se puede acceder a una descripción del proyecto a través del link: www.nesp.unb.br/saudeLGBT
- Inclusión del nombre social las personas trans en la tarjeta del SUS, lo cual está garantizado por la ordenanza del Ministerio de Salud Pública N° 1.820, del 13 de agosto de 2009, que establece los derechos y obligaciones de las y los usuarios del sistema sanitario.

10 A partir de la versión 5.0.

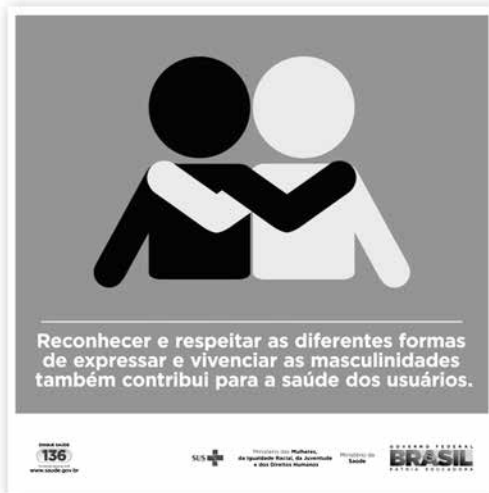
11 A partir de la versión 1.3.0.

- Publicación de la Ordenanza N° 2803, del 19 de noviembre de 2013, la cual redefine y extiende las prestaciones para personas trans en el SUS¹².

Asimismo, recientemente el Ministerio de Salud Pública, en colaboración con los Departamentos de Derechos Humanos y de Políticas para la Mujer de la Presidencia de la República, comenzó una campaña de sensibilización sobre derecho a la salud sin discriminación para personas LGTB¹³. La campaña incluye cartelería y materiales informativos a distribuirse en los centros de salud, así como piezas de difusión masiva a través de las redes sociales (Facebook, Twitter, YouTube). En esta campaña, se han producido piezas generales y específicas para cada uno de los subgrupos poblacionales que integran la sigla LGTB. A continuación se ilustran algunos ejemplos.

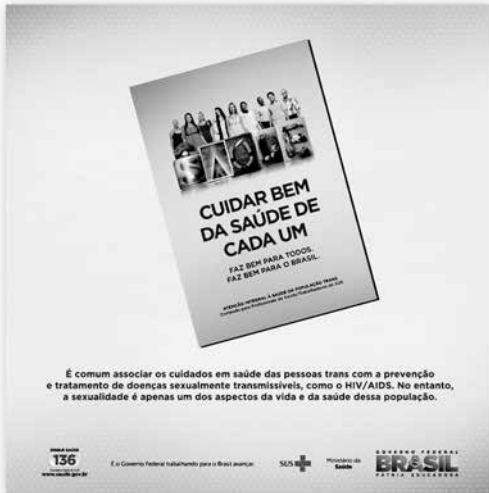
- 12 Las especificidades de la salud de las personas trans en el SUS comenzaron a contemplarse en 2008 a través de las Ordenanzas N° 1707 y N° 457, del 18 y 19 de agosto respectivamente. En estas ordenanzas se establecieron directrices para los procedimientos ambulatorios y también quirúrgicos. El 19 de noviembre de 2013 se publicó la Ordenanza N° 2803, que redefinió y amplió el proceso en el marco de la Política Nacional de Salud Integral para personas LGTB y estableció las directrices para la asistencia a usuarios/as trans: atención integral, tratando de estructurar una línea de cuidado desde la atención básica a la de mayor complejidad, haciendo énfasis en la mirada multi e interdisciplinaria y en el trabajo en red. También se destacaba que parte del cuidado consistía en que los servicios de salud estuvieran libres de discriminación hacia esta población, por lo que se promovía la sensibilización de profesionales y demás personas vinculadas con los servicios para respetar las diferencias en todos los niveles de atención. Tomado de: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/898-sas-raiz/daet-raiz/media-e-alta-complexidade/l3-media-e-alta-complexidade/12669-cg-mac-teste-botao-8>. Última fecha de acceso: 26/11/2016.
- 13 Ver: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1174-sgep-raiz/LGTB/19320-sobre-a-campanha>. Última fecha de acceso: 26/11/2016.

FIGURA 1. *Piezas de campaña dirigidas a la salud de varones homosexuales y bisexuales en Brasil*



Fuente: Ministerio de Salud Pública de Brasil

FIGURA 2. Piezas de campaña dirigidas a la salud de personas trans en Brasil



Fuente: Ministerio de Salud Pública de Brasil

FIGURA 3. Piezas de campaña dirigidas a la salud de mujeres lesbianas y bisexuales en Brasil



Fuente: Ministerio de Salud Pública de Brasil

Si bien hasta aquí se ha descrito en líneas generales cuál es la orientación de la política sanitaria brasileña en relación a la atención integral a población LGTB, desde la academia diversos estudios han señalado que en la práctica, existen en el sistema sanitario obstáculos y discriminaciones hacia esta población. Así, Albuquerque et al (2013) señalan que el acceso de personas LGTB a la salud continúa teniendo obstáculos como discriminación o conductas inadecuadas por parte de los profesionales y demás trabajadores de la salud. También en esta línea, Mello et al (2011) señalan que la heteronormatividad debe interpelarse si se busca garantizar efectivamente los principios de universalidad, integralidad y equidad del sistema, dado que el partir del supuesto de que los y las usuarias son heterosexuales puede generar situaciones graves de discriminación. En este sentido, la investigación de Cerqueira-Santos et al (2010), que se centra en percepciones de las y los usuarios, señala que no existe un reconocimiento por parte de las y los profesionales de la salud de la población LGTB, por lo que pueden no atender sus necesidades y demandas en el plano de la atención en salud. De hecho, varios estudios apuntan sobre la dificultad de enunciar lo referente a sexualidad, deseo y orientación sexual en el plano de la consulta médica (Cerqueira-Santos et al, 2010; Ostermann y Rosa, 2012), que al constituirse como “tema tabú” puede invisibilizar incluso el motivo que llevó al usuario/a a realizar la consulta (Ostermann y Rosa, 2012). En el caso de la población trans¹⁴, estudios como los de Muller y Knauth (2008) y Tagliamento (2012) han señalado la necesidad de capacitar a las y los trabajadores de la salud para no reproducir la discriminación que esta población experimenta en otros ámbitos sociales, ya que de la investigación surgió que uno de los principales obstáculos percibidos por las usuarias tras era que no se les respetaba su nombre de uso social. Varios estudios señalan que cuando las personas trans se vinculan con el sistema sanitario se enfrentan “a una serie de

14 En este documento se utiliza el término “trans” por ser el que se emplea comúnmente en Uruguay para identificar configuraciones identitarias y expresivas de género que difieren del patrón tradicional que se asume frente al sexo biológico, entre las que se encuentran personas travestis, transexuales y transgénero. Es no obstante un término en disputa y en la región se emplean diferentes denominaciones que dan cuenta de ello, tal como se indicó previamente.

dificultades, tales como situaciones de discriminación, preconceptos, violencias institucionales, irrespeto al nombre de uso social, atención no humanizada, fragmentada, con profesionales poco calificados/as para tratar sus asuntos, lo que termina por restringir el acceso y configurar atención con baja resolutivez¹⁵, así como problematizan la centralidad de los diagnósticos vinculados a la salud mental como elemento que pautó el acceso a procesos de cambio corporal (Guarilha, 2014: 33).

CUADRO 1. *Una experiencia del primer nivel en profundidad:
el caso de la Policlínica del Centro de Saúde Lagoa da Conceição*

Por último, es interesante en este apartado retomar experiencias concretas en el primer nivel de atención, como la que sucede en el sur del país, en Florianópolis.

En agosto de 2015, se creó en el Centro de Saúde Lagoa da Conceição de Florianópolis una policlínica de Medicina familiar y comunitaria que se propuso captar personas trans y travesti en el primer nivel de atención¹. El modelo de la policlínica, desarrollado con el apoyo de la Secretaría Municipal de Salud y la Prefeitura de Florianópolis, podría incluso expandirse en otros centros que realizan atención del primer nivel y de hecho es uno de los objetivos explícitos desde su creación que este tipo de atención se expanda y se descentralice.

La idea principal del proyecto fue la de crear un ambiente protegido frente a posibles casos de discriminación por orientación sexual o identidad de género que pueden ocurrir en el sistema de salud (por

1 Florianópolis presenta ciertas características particulares de cobertura y acceso que lo diferencian del resto de Brasil, dado que existe una cobertura cercana al 100% en el primer nivel de atención, lo que brinda una interesante ventana de oportunidad para avanzar con una propuesta de este tipo (Campos, 2016).

ejemplo, se planteó explícitamente respetar el nombre de uso social de las/los usuarios, imprimiendo la tarjeta nacional de usuario/a del sistema con el nombre social desde la primera consulta), ofreciendo a su vez algunas prestaciones que demanda la población trans, como la hormonización, en el marco de una atención integral a la salud. En ese marco, se hace énfasis en que la policlínica no es de endocrinología sino de medicina familiar y comunitaria, y se observa que muchas consultas no se relacionan con la hormonización sino que tienen que ver con tratamiento y seguimiento de enfermedades como hipertensión, asma, VIH, consultas sobre pequeñas cirugías, etc. No obstante, la hormonización es un tema importante para la población trans y se observó que muchas personas la implementaban irregularmente sin control médico, por lo que también se hacía necesario abordarla desde una perspectiva de reducción de riesgos y daños.

El Protocolo que se utiliza es el del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de San Francisco, que aborda no únicamente hormonoterapia sino también la salud a nivel integral de usuarios/as trans.

La policlínica funciona una vez por semana siguiendo el modelo de la Unidad Docente Asistencial (UDA) situada en el Hospital Saint Bois de Uruguay, que será referenciado más adelante en este trabajo. De hecho, toda la experiencia tiene su origen en la pasantía que uno de los médicos residentes realizó en Uruguay para conocer este servicio, y tal como sucede con la policlínica de la UDA, no se trata de una propuesta que busque atender exclusivamente a personas trans. "A ideia não é segregar a população trans, oferecendo apenas ambulatorios especializados, mas garantir a coordenação do cuidado pelo médico de família e comunidade a um grupo de usuários que historicamente tem-se mantido afastado da Atenção Primária à Saúde"², explicó Thiago Campos, el médico residente que realizó la pasantía en Uruguay.

2 <http://www.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=15081>.
Última fecha de acceso: 20/11/2016.

Este servicio se desarrolló en vinculación con la Asociación de Defensa de los Derechos Humanos (ADEH), una organización no gubernamental que se enfoca en la sexualidad y que es presidida por una mujer trans³; de hecho el generar articulaciones con los colectivos de la diversidad es visto como un elemento central para difundir la experiencia entre posibles usuarios/as, y se han generado mecanismos de vinculación con la ONG que permiten que desde allí se agenden electrónicamente usuarios/as en la consulta de la policlínica (a través de un Google Drive que se comparte con el equipo de la policlínica). A su vez, también está disponible la opción para las/los usuarios de agendar directamente su consulta vía correo electrónico, así como se plantea el despejar dudas por esta vía.

En esta experiencia participan médicos residentes que son supervisados por un médico de familia, todos ellos voluntarios. También personal de enfermería y de salud mental. Se generó asimismo un sistema de pasantías y residencias obligatorias para medicina familiar y comunitaria en donde se enseña tanto lo referente a la hormonización como a las habilidades comunicacionales necesarias para trabajar con usuarios/as trans.

Como parte de la experiencia, se realizaron sensibilizaciones en el centro de salud, incluyendo a la recepción, ya que se visualiza que muchas veces esa "puerta de entrada" al centro puede ser expulsiva si no se observa la importancia de respetar el nombre social de la persona, por ejemplo.

Según Campos (2016), la experiencia de esta policlínica se distancia de otras formas de brindar atención en salud a personas trans en Brasil, ya que se apunta a una atención integral en el primer nivel y desde una perspectiva despatologizadora.

3 ADEH brinda diversos servicios, como asesoría jurídica, espacios de encuentro y discusión y también realiza test gratuitos de VIH, los cuales son "unos de los servicios más populares de la institución" (<https://medium.com/@zeroufsc/travestis-e-transexuais-exigem-direitos-c5646078b75f#.e1b7xa99a>). Última fecha de acceso: 20/11/2016.

Existen no obstante dificultades para pensar en una atención integral a personas trans en el sistema de salud brasileño: por ejemplo, solo cinco centros públicos del país realizan cirugías de "reasignación de sexo", tras un período muy prolongado de espera en donde las/los usuarios deben afrontar una serie de barreras dentro del sistema. Tampoco se cuenta con acceso gratuito a hormonas; solo San Pablo ofrece hormonización pero en el nivel secundario, no en el primario.

ARGENTINA

En Argentina, la línea de trabajo dirigida a la diversidad sexual comenzó a implementarse desde la Dirección de SIDA y ETS¹⁶ (DSyETS) del Ministerio de Salud Pública de la Nación, tomando el reclamo de las organizaciones de la sociedad civil.

Dicha dirección desarrolla la respuesta a la epidemia del VIH/SIDA desde un marco de profundización de los derechos ciudadanos (Betti et al, 2011), trazándose lineamientos estratégicos y acciones que tienden a considerar y garantizar el cumplimiento de estos derechos, centrando la respuesta en las/los usuarios y sus necesidades. Así, para lograr una respuesta integral se definieron ejes estratégicos de trabajo en prevención:

- Promoción y acceso universal (y sostenido en el tiempo) a métodos de barrera y geles lubricantes.
- Promoción de testeo con consejería, garantizando el acceso a información.
- Mejora en la calidad de la atención de las personas que viven con VIH/SIDA.

16 Debe indicarse que actualmente, la OMS recomienda reemplazar el término enfermedad de transmisión sexual (ETS) por infección de transmisión sexual (ITS). "En 1999 se adoptó el término infección de transmisión sexual, puesto que también incluye a las infecciones asintomáticas. Además, un gran número de publicaciones y sociedades científicas lo adoptaron" (OMS, 2005: vi).

- Disminución del estigma y discriminación asociada a grupos considerados vulnerables.

Se definió trabajar en políticas que atendieran la diversidad sexual porque en Argentina la epidemia de VIH es de tipo concentrada, ya que la proporción de personas infectadas en la población joven y adulta es menor al 1%, pero es mayor al 5% en algunos subgrupos GTB. En este sentido, estudios de prevalencia realizados en los últimos años indican que “(...) el 0,4% de las personas mayores de 15 años estarían infectadas con el VIH, pero que esta proporción aumenta al 12% entre los hombres que tienen sexo con otros hombres o con personas trans (más allá de su identidad de género u orientación sexual), al 5% entre trabajadores/as sexuales y alcanzaría el 34% entre las personas trans (travestis, transexuales y transgéneros)” (Betti et al, 2011: 2).

En 2009, en alianza con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la DSyETS decidió profundizar su política preventiva-asistencial hacia la población LGTB. Fue entonces que realizó la investigación diagnóstica “Condiciones de vulnerabilidad al VIH/SIDA e ITS y problemas de acceso a la atención de la salud en personas homosexuales, bisexuales y trans en la Argentina” en 14 ciudades de todo el país¹⁷, para saber cuáles eran las condiciones de atención de las personas de la diversidad sexual en los hospitales públicos; allí se realizaron entrevistas en profundidad con usuarios/as del sistema y equipos de salud, así como observación participante. Se pretendía de esta forma conocer la realidad de estas personas, los procesos de estigma, discriminación y violencia que las afectan y las condiciones de acceso a los recursos y servicios de salud en general y con el VIH/SIDA en particular. En esta investigación, se exponía cuál era la oferta que el sistema de salud estaba proveyendo en ese momento y por otro lado, cuáles eran las necesidades de las personas.

17 Las ciudades participantes fueron: Florencio Varela, La Matanza, Olavaria, Mar del Plata, Rosario, Córdoba, Mendoza, Neuquen, San Carlos de Bariloche, San Miguel de Tucumán, Santiago del Estero, San Salvador de Jujuy, Salta y Ciudad de Buenos Aires

Se identificaron tres núcleos principales que afectaban negativamente a las personas GTB, limitando tanto el acceso como la calidad de la atención:

- a. Temor a revelar la orientación sexual o las prácticas sexuales, que obstaculizaba el acceso y la relación con el equipo de salud
- b. Temor en las personas trans a sufrir burlas o malos tratos
- c. Falta de capacitación para trabajar sobre diversidad sexual en las instituciones y equipos de salud

Como resultado de esa investigación, se buscó generar una respuesta focalizada en el marco de políticas universales de acceso a la salud, con un abordaje de equidad que se proponía atender a las vulnerabilidades encontradas. Así, entre 2010 y 2012 se crearon e implementaron los Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual, orientados hacia personas GTB, que se instalaron inicialmente en siete ciudades¹⁸. En el segundo semestre de 2012, se sistematizó la experiencia de los consultorios amigables y se elaboró una guía (PNUD, 2013) que permite acceder a información clave para replicar la experiencia.

El proyecto fue impulsado por la DSyETS en alianza con agencias del Sistema de Naciones Unidas, que conformaron una Mesa de Gestión que se transformó en un motor tanto técnico como político para el proyecto, que consistió en impulsar la creación de los consultorios a través de la oferta de apoyo político, técnico y financiero. El contar con este espacio potenció los recursos humanos y financieros y agilizó la toma de decisiones (de hecho, una de las recomendaciones de la guía consiste en incluir en un espacio de este tipo a los responsables de los programas de salud sexual). La coordinación estuvo a cargo de un equipo técnico, integrado por cuatro profesionales del Área de Prevención de la DSyETS, que trabajaba en la implementación y soporte de los consultorios, realizaba tareas de monitoreo y evaluación y brindaba acompañamiento a los equipos locales una vez conformados.

18 San Juan, Salta, La Matanza, Mar del Plata, Rosario, Lanús y San Martín.

Dichos consultorios se instalaron en hospitales o centros de salud seleccionados en base a la dimensión de la epidemia del VIH/SIDA en la población GTB, la receptividad de las autoridades sanitarias locales frente a la propuesta, la existencia de un hospital público dispuesto a experimentar una nueva forma de trabajo y la existencia de al menos una organización de la sociedad civil en el plano local que actuara en el área de diversidad sexual.

De hecho, los consultorios siempre funcionaron en asociación con organizaciones locales de la sociedad civil con trabajo en el ámbito de VIH/SIDA y/o derechos sexuales. Este punto -la conformación de equipos locales de carácter mixto-, fue visto como una de las claves del proceso, dado que potenció la creación de la demanda (dando gran responsabilidad en ello a las OSC) vinculándola con la oferta de servicios (dependiente de los equipos de salud)¹⁹.

En este marco, las organizaciones de la sociedad civil se ocupaban de la promoción del consultorio en los espacios en los que socializaban personas GTB (lugares de esparcimiento, de encuentro o de trabajo sexual, por ejemplo) y acompañaban y/o recibían a esta población cuando accedía al consultorio. Por su parte, el equipo de salud brindaba una canasta de prestaciones como atención clínica, asesoramiento y diagnóstico en VIH y otras ITS, así como apoyo psicosocial y hormonización para personas trans. Ello se realizaba en horarios por lo general no habituales para la atención, como vespertino o nocturno. El equipo asumía a su vez el compromiso de capacitarse en esta área; como parte de la formación básica de los equipos de salud que participaban en estos consultorios, se les daba una capacitación sobre diversidad sexual y salud, otra sobre salud anal, y otra sobre hormonización para personas trans. Como se indica en la guía, estos contenidos surgieron a demanda de los equipos locales, dado que eran temas prácticamente desconocidos en el ámbito sanitario.

19 En varias localidades también se incorporó un actor que no estaba contemplado inicialmente: los nuevos desarrollos institucionales públicos que promueven los derechos vinculados a la diversidad sexual.

CUADRO 2. *Recomendaciones de los Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual sobre contenidos de las capacitaciones*

En la Guía de implementación de Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual (PNUD, 2013), se establecen algunas recomendaciones sobre el contenido de las capacitaciones a los equipos de los centros de salud, en base a la experiencia de los consultorios.

Allí se recomienda incluir diferentes tipos de capacitaciones que contemplen los múltiples grupos vinculados a la experiencia, en diferentes momentos del proceso y con distintas modalidades. Por ejemplo, se recomienda tener en cuenta el tamaño de los grupos a la hora de transmitir conocimientos, dado que grupos más pequeños y homogéneos permiten una interacción más fluida y garantizan climas más protegidos para que las/los participantes puedan interactuar con las/los docentes y expresar sus dudas.

Específicamente en lo que refiere a contenidos, se indica que:

- Todo el equipo encargado del consultorio deberá participar de una capacitación sobre diversidad sexual, preferentemente brindada por una persona experta con experiencia en trabajo en salud.
- Todo el equipo tendrá que participar de un instancia de formación donde se transfiera la experiencia de instalar un Consultorio Amigable.
- Se recomienda realizar capacitaciones en salud anal, ITS más frecuentes en la población GTB y hormonización, que contemplen las especialidades de las/los integrantes del equipo.
- Quienes participen de procesos de promoción, prevención y asesoramiento deben capacitarse en nociones de sexualidad, prácticas sexuales, cuidados en las prácticas sexuales, asesoría pre y post test en VIH y otras ITS, nociones básicas sobre diagnóstico, confiabilidad y capacidades para el trabajo cara a cara.

Tomado de: Guía de implementación de Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual (PNUD, 2013: 17).

Además de las capacitaciones, se ofrecía a los equipos mixtos (conformados por equipos de salud y OSC) rotaciones y pasantías por otros servicios de salud del país, así como se estimulaba el uso de guías y materiales, y la generación de productos propios para la difusión.

FIGURA 4. Folleto sobre relaciones sexuales anales (Argentina)



El ano y la sexualidad

El ano es una de las zonas del cuerpo con mayor número de terminaciones nerviosas y por eso tiene mucha sensibilidad. Estas características protegen que muchas personas, independientemente de su orientación sexual o identidad de género, disfruten a más noise en sus prácticas sexuales. Estas prácticas son muy diversas y pueden incluir, entre otras, desde la estimulación anal con dedos, lengua y lengua hasta el sexo anal con penetración, la estimulación de la mano o el púlpido o el uso de juguetes sexuales. Por diferentes razones, en estas prácticas existe mayor posibilidad de transmisión de infecciones que en las relaciones sexuales vaginales u orales. Por eso es importante tomar en cuenta una serie de recomendaciones para el cuidado de la salud.

Cuidados de la salud en el sexo anal

- **Es muy importante usar preservativo y lubricante durante la práctica del sexo anal con penetración.** El uso correcto de lubricación protege, lo cual aumenta la fricción durante las relaciones sexuales. Además, es común que existan lasci mucosas producidas por el engrosamiento y esto favorece el riesgo de generarle al individuo. **No es aconsejable usar sus preservativos para la penetración anal.** Esto aumenta la posibilidad de ruptura de los mismos. Actualmente todos los preservativos están adaptados para todo tipo de relaciones sexuales, así como los preservativos.

- **Introducir "resistentes" o para "bata fuerte" para personas que puedan sentir más orgullo con ellas.**
- **La lubricación previene a la penetración disminuye el riesgo y expone a infecciones de transmisión sexual (ITS).** Las lubricantes deben ser a base de agua o "compatibles con preservativos de látex" y se debe evitar usar lubricantes a base de aceite o silicona.
- **Se recomienda evitar el uso exclusivo de enemas,** los mismos pueden producir lesiones en el recto.
- **Higiene con agua y jabón antes de de iniciar sexo sexual puede prevenir la transmisión de infecciones durante sexo anal, siempre por ejemplo la hepatitis A.**
- **El uso del campo de látex durante el sexo anal así como prevenir la transmisión de infecciones, en las prácticas sexuales recomendadas para la hepatitis A y B existen vacunas que previenen la transmisión.**

Las infecciones de transmisión sexual

Las ITS más comunes asociadas con las prácticas sexuales anales son VIH, gonorrea, sífilis, herpes anal, virus del papiloma humano (VPH) y los Papiloma B y C. Si es importante que siempre se use un preservativo. Las ITS más comunes por bacterias, virus y parásitos. Se infecta fácilmente a través de fluidos corporales de la persona en contacto con heridas en la piel o mucosas de la otra persona. En casos como el VPH o la sífilis, la transmisión puede producirse por el contacto con la piel durante las relaciones sexuales.

Las ITS pueden provocar úlceras, neoplasias y otros síntomas en la zona anal.

- **Sífilis:** Esta puede ser crónica y persistente (crónica) y se cura con penicilina.
- **Linfoma (o cáncer) anal:** Puede ser prevenido con el uso de preservativo.

Por el herpes (papiloma y dolorosa) y por el VIH.

- **Herpes o cándida:** La causa más común es el virus del papiloma humano (VPH), el cual puede generar lesiones que se relacionan con el desarrollo de cáncer de ano. También pueden ser producidas por la sífilis.
- **Dolor y dolor adicional:** A veces las ITS pueden generar cuadros que pueden generarle dolor. Esto se manifiesta generalmente por el sexo anal. Recórdate que existen otras ITS como el VPH y los Papiloma B y C que pueden ser prevenidos pero igualmente se transmiten a través del sexo anal con uso de preservativo.

Tené en cuenta

- **Una persona puede tener una ITS y no saberlo ni tener síntomas.**
- **Si estás sexualmente activo, es necesario el uso de preservativo periódico puede ayudar a reducir "pequeños" problemas. Si tienes VIH puede reducirse la transmisión de ITS en tus relaciones.**
- **Las ITS se pueden prevenir:** Alguien se curan y otras se curaron automáticamente con tratamiento.
- **El mayor número de propósitos de uso de la infección e identificación del VIH se relaciona con preservativo en todo el momento sexual.** Existen vacunas para la hepatitis A y B y para el VIH. Recórdate que el uso de preservativo puede prevenir la transmisión de VIH. Recórdate que será más efectivo cuanto antes se empieza a tomarlo.

Informa llamando al **0800 3333 444 LINEA PREGUNTE SIDA**
Es gratis, es confidencial, es anónimo
Lunes a viernes de 9 a 17 hs. Sábados, domingos y festivos de 9 a 18 hs.
de lunes a viernes de 9 a 17 hs. Sábados, domingos y festivos de 9 a 18 hs.

0800 222 3444 LINEA SALUD SEXUAL
Llamada es gratis. Te ayudamos en confidencial
Lunes a viernes de 9 a 22 hs. Sábados, domingos y festivos de 9 a 18 hs.

Por servicios de atención puedes llamar también al **0800 999 2345**
Instituto Nacional contra la Discriminación, la Homofobia y el Racismo - INADI
Luis 24 Bona, Buenos Aires

Cómo utilizar el preservativo

1. Abrelo con cuidado
2. Ponlo sobre el pene erecto, antes de que comience a tener erección
3. Desrollalo sobre el pene erecto, desde la base hasta la coronita

Cómo hacer un campo de látex

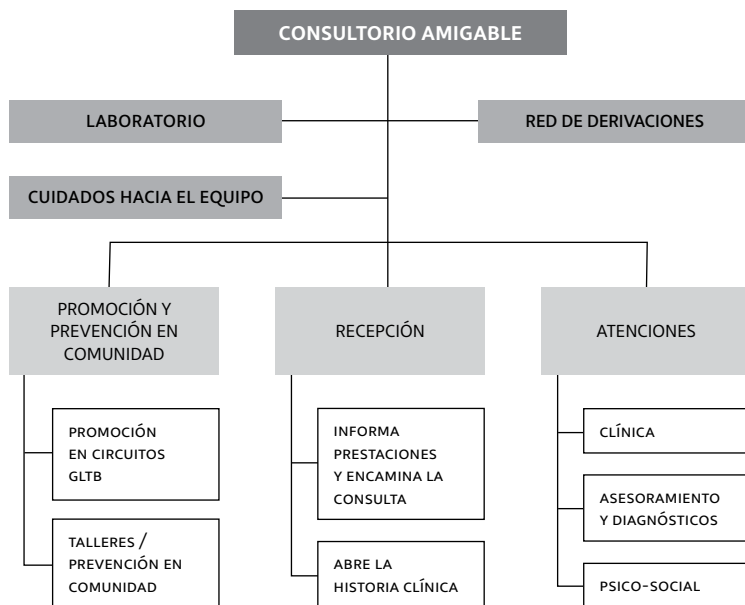
1. Abrelo y desmenuzalo
2. Ponlo sobre el pene erecto
3. Desrollalo sobre el pene erecto
4. Ponlo sobre el pene erecto
5. Ponlo sobre el pene erecto

Espero que este folleto te sea útil.

Fuente: Ministerio de Salud Pública de Argentina

Los consultorios se estructuraron en base a tres actividades principales: i) promoción y prevención en la comunidad GTB, realizada a partir de promotores integrantes de OSC o personas convocadas y capacitadas desde la sociedad civil; ii) recepción, efectuada por el mismo promotor/a que hizo la captación del usuario/a, por otro/a integrante de OSC o por un administrativo/a capacitado, en donde se informa y orienta a la persona y se inicia la historia clínica; y iii) atención, que se detalla en el cuadro 3. Contaban a su vez con otros soportes que permitían ampliar la propuesta (red de derivaciones con otros servicios de salud, contactos con laboratorio) y con un acompañamiento o supervisión para el cuidado del equipo y de la tarea que realizaba. La propuesta organizativa de los consultorios puede resumirse en la Figura 5.

FIGURA 5. Organización del Consultorio Amigable (Argentina)



Fuente: PNUD (2013:25)

CUADRO 3. *Características de la Atención de los Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual*

La oferta de atención se estructura a partir de tres tipos de prestaciones básicas; atención clínica, asesoramiento y diagnósticos, y atención psico-social.

Atención clínica

El proceso de atención es sostenido por el equipo de salud, conformado por un enfermero/a y un médico/a (clínico o generalista) pero en ciertas situaciones, profesionales pertenecientes a diferentes disciplinas (psicología, ginecología, infectología, etc.) pueden tener un rol central en lo que refiere a sostener el vínculo institucional con las/los usuarios.

La atención incluye la confección de la historia clínica. Allí se registran aspectos fundamentales de la vida y de los hábitos de la persona, lo que junto con el examen físico, permitirá identificar dolencias y definir un proyecto terapéutico relacionado tanto con el abordaje de alguna posible enfermedad como con el acompañamiento de procesos como la hormonización en personas trans. "La consulta se tiene que desarrollar en un ambiente tranquilo y respetuoso, la persona tiene que percibir en los integrantes del equipo de salud real interés por su salud y por las circunstancias que la llevaron a demandar atención. En ningún momento se tienen que transmitir sentimientos negativos, prejuiciosos o culpabilizantes sobre conductas y hábitos sexuales. El trabajo clínico inicial se complementa con determinaciones bioquímicas, que incluyen hemograma, función hepática y renal, determinaciones hormonales y serología para hepatitis, VIH y sífilis, entre otras" (PNUD, 2013: 28).

Las prácticas asistenciales que se realizan son las habituales del primer nivel de atención y en su mayoría son realizadas por enfermeros/as, por el tipo de vínculo más cercano e informal que pueden llegar a establecer con el usuario/a: vacunaciones, curaciones, aplicación de inyectables, extracción de muestras para análisis, PAP, entrega de medicamentos, de preservativos y geles. En el transcurso de la atención puede a

su vez surgir la necesidad de referenciar a la o el usuario a otros profesionales para evaluar y/o resolver cuestiones de salud que pueden exceder el ámbito del primer nivel. No obstante, una vez realizada la consulta, el usuario/a tiene que regresar contra-referenciado a su médico/a.

Asesoramiento y diagnóstico de VIH y otras ITS

En los consultorios se ofrecía la realización del test de VIH, VDRL y hepatitis B y C, con consejería pre y post test. Las entrevistas eran realizadas por integrantes de una organización de la sociedad civil con formación en asesoramiento o por integrantes del equipo de salud también capacitados en esta área.

Partiendo del interés de quien consultaba, se podían abordar los siguientes temas en el asesoramiento: identidad de género, preferencias sexuales, identificación de percepción de riesgo y reconocimiento de prácticas sexuales, conocimientos sobre VIH e ITS y promoción del uso correcto del preservativo.

Después de la entrevista y luego de firmar un consentimiento informado para el caso del VIH, se realizaba la extracción de sangre.

En algunos de los consultorios, los resultados se ofrecían a la semana de la extracción, mientras que en otros se utilizaba el test rápido para el diagnóstico en VIH. De hecho, se consideró que esta última es una práctica recomendada.

Atención psicosocial

En la guía se recomienda que en los consultorios participen profesionales de salud mental y de trabajo social, dado que la población que asiste a estos consultorios "presenta demandas que exceden el campo de la atención biomédica" (PNUD, 2013: 29), como por ejemplo problemas de violencia, adicciones, o que el usuario/a requiera acompañamiento en el proceso de hacer pública la orientación sexual o identidad de género.

Tomado de: Guía de implementación de Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual (PNUD, 2013: 28, 29).

En la sistematización sobre la experiencia de los consultorios, se recoge que generó dudas el llamarlos de esta forma, dado que se consideró que el establecer un dispositivo especializado podía incluso aumentar la discriminación hacia la población LGTB o cuestionar indirectamente el tipo de atención que se brindaba en otros espacios asistenciales. En ese sentido, también se consideraron otras formas de denominación de estos espacios, como Servicios de Referencia, Servicios de Atención Integral, Consultorio Nocturno, etc.

Por otra parte, en la experiencia de Argentina, la mayoría de los consultorios amigables se instalaron en hospitales públicos en los consultorios destinados históricamente a la atención de VIH/SIDA, y formaron parte de los equipos originales médicos/as infectólogos/as. Ello se explica en que quienes promovían el proyecto eran los actores vinculados al VIH/SIDA y a que se detectó que los equipos con mayor experiencia de trabajo con población LGTB eran los equipos especializados en VIH.

No obstante, se observó que este vínculo puede resultar contraproducente para la población a la que se quería alcanzar, “en la medida en que uno de los estigmas que acarrea es que en muchos lugares del país se sigue identificando ‘persona gay o *trans* = persona a la que es preciso hacerle un test de VIH/persona que tiene VIH” (PNUD, 2013: 23). Ello desalentaba la demanda del servicio por parte de la población objetivo, ya que reforzaba el vínculo preexistente en el imaginario entre VIH/SIDA y diversidad sexual.

Debido a esto, los equipos locales reaccionaron y modificaron este perfil, mudando el consultorio de lugar físico y modificando la composición de los equipos, que pasaron a estar liderados por médicos/as generalistas, clínicos o ginecólogos, quedando el infectólogo/a en un rol de consulta o derivación.

Otra de las recomendaciones que se establece en el documento guía consiste en tener en cuenta la heterogeneidad del colectivo de la diversidad sexual, lo que implica trabajar en escenarios y estrategias diferenciales; incluso esta diversidad se contempló en el equipo de promotores/as, que en algunos consultorios involucró a personas que se identificaban como gays, trans, lesbianas y también personas que realizaban trabajo sexual. Más allá de estrategias de comunicación de carácter más masivo, el trabajo de generar demanda se vio como un proceso que lleva tiempo

y que está fundamentalmente unido a los esfuerzos de las y los promotores, que realizaban una promoción constante “cara a cara” en espacios cotidianos, contando con insumos como preservativos y geles para distribución gratuita.

Cabe señalar que esta respuesta institucional del Ministerio de Salud Pública se produjo varios años antes de la Ley 26.743, de Identidad de Género²⁰, que se aprobó en el año 2012. A partir de dicha normativa, quien se vuelve responsable y ejecutor de las políticas sanitarias de esa ley es el Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Sin embargo, hubo varias dificultades al inicio por resistencias dentro del Ministerio de Salud Pública para implementar la ley (Maulen, 2016). Mientras tanto, la DSyETS seguía creando los consultorios, donde se continuaba dando respuesta a la hormonización y algunos hospitales públicos del país empezaron por su cuenta a trabajar en la atención de personas trans. Posteriormente, en 2014, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva empezó formalmente a hacerse cargo del mandato de la ley de identidad de género y comenzó

20 En el marco de esta ley, se establece en el artículo 11 que: “Todas las personas mayores de dieciocho (18) años de edad podrán, conforme al artículo 1° de la presente ley y a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercebida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa. Para el acceso a los tratamientos integrales hormonales, no será necesario acreditar la voluntad en la intervención quirúrgica de reasignación genital total o parcial. En ambos casos se requerirá, únicamente, el consentimiento informado de la persona. En el caso de las personas menores de edad regirán los principios y requisitos establecidos en el artículo 5° para la obtención del consentimiento informado. Sin perjuicio de ello, para el caso de la obtención del mismo respecto de la intervención quirúrgica total o parcial se deberá contar, además, con la conformidad de la autoridad judicial competente de cada jurisdicción, quien deberá velar por los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño o niña de acuerdo con lo estipulado por la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. La autoridad judicial deberá expedirse en un plazo no mayor de sesenta (60) días contados a partir de la solicitud de conformidad. Los efectores del sistema público de salud, ya sean estatales, privados o del subsistema de obrassociales, deberán garantizar en forma permanente los derechos que esta ley reconoce. Todas las prestaciones de salud contempladas en el presente artículo quedan incluidas en el Plan Médico Obligatorio, o el que lo reemplace, conforme lo reglamente la autoridad de aplicación”. Tomado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/195000-199999/197860/norma.htm>. Última fecha de acceso: 20/11/2016.

a trabajar en una respuesta desde el programa; en ese sentido, la primera acción consistió en elaborar una guía de atención a personas trans, que también atravesó un proceso de resistencias y demoró casi un año en ser editada (Maulen, 2016). Esta guía fue elaborada por un equipo técnico y se hizo validar por referentes clave de la sociedad civil, aunque ha generado críticas particularmente desde las organizaciones que nuclean a personas trans, porque si bien se basa en el enfoque de derechos y desarrolla lo referente a hormonización, no aborda otros temas de salud relevantes para esta población, como el VIH/SIDA, el uso problemático de drogas, etc., lo que se argumenta que dificulta el tener una mirada integral sobre la salud de las personas trans. Por otra parte, otra de las críticas que se le ha hecho a la guía es que está centrada exclusivamente en la adultez.

No obstante a partir de esta guía, el Ministerio de Salud Pública comenzó a hacer capacitaciones de los equipos de salud para su utilización, aunque de una forma no sistemática. A fines del año pasado, también se realizó una capacitación para equipos de cirugía para empezar a instalar servicios que puedan responder a las necesidades quirúrgicas de las personas trans (en este momento, este tipo de procedimientos se están haciendo solo en dos hospitales, uno en La Plata y otro en Rosario, aunque en algunos casos se han registrado operaciones puntuales en otros hospitales).

En algunas de las estrategias, se observa que DSyETS y el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva han empezado a trabajar conjuntamente para capacitar a los equipos de salud, y a partir del año pasado el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia también se ha incorporado en un espacio de diálogo para trabajar el tema de diversidad sexual, incluyendo salud trans y salud intersex (inclusive generándose capacitaciones específicas a los equipos de todos los programas del Ministerio de Salud Pública).

No obstante persisten problemas, como el que las hormonas no están provistas a nivel nacional a pesar de la ley; lo que existen son hospitales que las adquieren con su propio presupuesto y se las proveen a las personas que allí se atienden. Por su parte el Ministerio de Desarrollo Social, por medio de su programa de Diversidad Sexual, también ha estado comprando hormonas en vinculación con una ONG, la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina (ATTTA), que luego las distribuye.¶

CAPÍTULO II

**Atención de las personas LGTBI
y de las personas que viven con VIH:
breve caracterización de la situación
en Uruguay y de los servicios
que brinda la IM**

SALUD Y DIVERSIDAD SEXUAL EN URUGUAY: BREVE CONTEXTUALIZACIÓN

BREVE CONTEXTUALIZACIÓN SOBRE SALUD Y VIH EN URUGUAY

SERVICIOS DE SALUD DE LA INTENDENCIA DE MONTEVIDEO

Atención de las personas LGTBI y de las personas que viven con VIH: breve caracterización de la situación en Uruguay y de los servicios que brinda la IM

En este capítulo, se realiza una breve contextualización sobre la situación en Uruguay respecto a la intersección entre salud y diversidad sexual y sobre la epidemia del VIH, para luego abordar los servicios que brinda la IM en estas áreas. Para ello, el texto se divide en tres secciones: en la primera, se realiza una introducción cuyo foco es abordar diversidad y salud; en la segunda, se expone brevemente lo referente a salud y VIH en Uruguay mientras que en la tercera, se profundiza sobre los servicios de la IM.

Para la elaboración de este capítulo, se emplearon fuentes primarias y secundarias. Dentro de las fuentes primarias, el análisis se circunscribe a las entrevistas en profundidad semiestructuradas realizadas a responsables de la División Salud, del Servicio de Atención a la Salud y del Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud. Estas entrevistas fueron analizadas mediante la técnica de análisis de contenido. Dentro de las secundarias, se incluye el análisis de sistematizaciones previas, de artículos, de documentos proporcionados por la División Salud y por la Secretaría de la Diversidad, así como información de difusión masiva publicada en la página de la IM.

SALUD Y DIVERSIDAD SEXUAL EN URUGUAY: BREVE CONTEXTUALIZACIÓN

En los últimos años, Uruguay ha transitado por un camino que crecientemente reconoce el ejercicio de derechos de segunda, tercera y cuarta generación¹, en donde las perspectivas que transversalizan tanto el género como la diversidad sexual han jugado un importante rol y empiezan a ser reconocidas desde la legislación y las políticas públicas.

En el plano de la diversidad sexual, entre los avances legislativos recientes, debe citarse a la Ley 17.817 contra el racismo, la xenofobia y toda otra forma de discriminación, del año 2004, donde se nombra a la orientación e identidad sexual dentro de los motivos en los que puede basarse la discriminación; la Ley 18.246, de unión concubinaria, que en el año 2007 reglamentó la unión concubinaria de todas la parejas, incluyendo a las del mismo sexo; la Ley 18.426, de derecho a la salud sexual y reproductiva (aprobada en 2008 y reglamentada en 2010, que incluye elementos relacionados a la diversidad sexual y a la no discriminación). A su vez, tanto la Ley General de Educación (18.437) como la Ley 18.620, de Derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo en los documentos identificatorios, fueron ambas aprobadas en 2009. Mientras que la primera incorporó transversalmente la educación sexual y la institucionalizó en todos los niveles de enseñanza, la segunda estableció el derecho a que las personas puedan solicitar en sus documentos la adecuación de su nombre, su sexo, o ambos, en caso de que no se correspondan con su identidad de género. A su vez, también en 2009, se modificaron disposiciones relativas a la adopción (Ley 18.590), donde se reconoció el derecho a adoptar a parejas del mismo sexo (al reconocerse el derecho a adoptar de parejas en unión concubinaria). Finalmente, en 2013, la Ley 19.075, de matrimonio igualitario, legalizó el matrimonio entre personas del mismo

1 La clasificación de derechos en generaciones fue introducida por Vasak (1984), quien planteó una primera generación de derechos vinculados al plano civil y político, una segunda asociada a los derechos económicos, sociales y culturales, y una tercera a derechos de solidaridad. Actualmente a estas tres generaciones se agrega una cuarta, que comprendería a los derechos que no se incluyen en la tercera generación y a las reivindicaciones futuras de nuevos derechos (Vallespín, 2002).

sexo, introduciendo a su vez modificaciones en materia de familia. Asimismo, ese año se aprobó la Ley 19.167, de Reproducción Humana Asistida, que habilita el acceso a estas prestaciones a mujeres que no se identifican como heterosexuales, aunque con limitaciones que han sido denunciadas por colectivos de la diversidad.

En cuanto a las políticas públicas desarrolladas a nivel nacional, destaca el rol que en esta materia lleva adelante el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)², que en los últimos años ha implementado diversas iniciativas y dispositivos que incorporan la diversidad sexual. Esta incorporación se da en el marco de un cambio de paradigma de las políticas sociales orientado hacia la perspectiva de derechos humanos, donde la situación de pobreza y la vulnerabilidad socio-económica se abordan desde una mirada atenta a las perspectivas transversales de discriminación y desigualdad (Rocha, 2014). Ejemplos de ello son los dispositivos de apoyo al proceso de adecuación de la identidad de género, la incorporación de medidas orientadas a jóvenes trans en el Plan de Acción de Juventudes 2015-2025, la implementación de acciones afirmativas para personas trans (acceso a la Tarjeta Uruguay Social³, cupos especiales para programas de capacitación, educación e inclusión laboral⁴), la realización de convenios con la Universidad de la República para producir investigaciones sobre diversidad sexual y políticas públicas⁵ y para implementar servicios de atención psicológica a personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex (LGTBI)⁶, convenios con el Centro Nacional de Educación

2 El MIDES también ha buscado transversalizar la perspectiva de la diversidad sexual al interior del ministerio, a través de la sensibilización de sus recursos humanos y la modificación de sus formularios de registro para acceso a beneficios sociales, incorporando por ejemplo la variable identidad de género y la categoría "trans".

3 A través de esta tarjeta, se brinda un monto mensual para la compra de alimentos y productos de limpieza.

4 Uruguay Trabaja, Primera experiencia laboral, Yo Estudio y Trabajo, Nexo, realización de llamado laboral para personas trans para ingresar a trabajar en el MIDES.

5 Convenio celebrado con el Instituto de Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales, que desarrolla esta línea de investigación desde el año 2012.

6 A raíz de este convenio celebrado con la Facultad de Psicología se crea el Centro de Referencia Amigable (CRAM).

Sexual de Cuba y la creación del Consejo Nacional de Diversidad Sexual, que asesora sobre la elaboración de políticas y que cuenta con participación de organismos estatales y de la sociedad civil.

También otros organismos han incorporado políticas de acción afirmativa para población trans: de hecho la IM ha incluido medidas de este tipo en programas de inclusión laboral⁷, tales como el Programa de Barri- do Otoñal. Entre otras medidas desarrolladas por la intendencia, se encuentra el apoyo sistemático a la Marcha por la Diversidad organizada en Montevideo desde la sociedad civil, desde el año 2005.

En lo que refiere a las políticas de salud y su intersección con la diversidad sexual, en cuanto a las experiencias, debe mencionarse como antecedente al servicio de operaciones de reasignación de sexo que funcionó en el Hospital de Clínicas Manuel Quintela entre 1991 y 2012, aunque dicho servicio universitario funcionaba desde la lógica de la disforia de género, lo que representaba dificultades por no enmarcar la atención desde un paradigma despatologizador (Sempol, 2013).

Desde el año 2010, las políticas sanitarias del Ministerio de Salud Pública dirigidas a la población LGBTI se transfieren a la órbita del Área de Salud Sexual y Reproductiva. Inicialmente se había comenzado incorporándolas en agenda desde el Programa Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual/ITS-VIH/SIDA, lo cual hoy en día es leído críticamente debido a que no abarcaba la diversidad existente dentro del colectivo LGTBI, por un lado, mientras por otro reforzaba el estigma y prejuicio asociado a considerar la diversidad únicamente asociada a la mayor vulnerabilidad hacia el VIH y otras ITS (Rocha, 2015; Forrisi y Aguirre, 2015).

Entre 2009 y 2010 se publican las Guías para la Implementación de Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva, que establecen como una de las responsabilidades de las instituciones prestadoras de salud el generar una política de difusión de información sobre derechos sexuales, reproductivos, género y diversidad sexual que se oriente a las y los usuarios, así como se plantea la existencia de servicios para su atención

7 Ver particularmente los convenios educativo-laborales que promueve la Secretaría de Empleabilidad para la Inclusión Social de la IM, que define una priorización de ciertos colectivos desde su accionar, uno de los cuales se vincula a la diversidad sexual.

integral. Dentro de la serie de Guías de Salud Sexual y Reproductiva es relevante destacar uno de sus capítulos, que es sobre diversidad sexual y fue producto de un trabajo conjunto entre instituciones de la sociedad civil, del gobierno nacional y también del departamental de Montevideo.

El Área de Salud Sexual y Reproductiva de MSP se crea en el marco de referencia de la mencionada Ley 18.426 y suscribe a los Protocolos de Cairo (1994) y Beijing (1995). Como objetivos se plantea fortalecer el marco político, técnico y operativo en que se ejecutan las acciones de salud orientadas a la salud sexual y reproductiva, promoviendo la equidad de género y la construcción de ciudadanía en mujeres (niñas, adolescentes, jóvenes y adultas), destacándose también entre su población objetivo a las mujeres trabajadoras sexuales, migrantes y/o privadas de libertad. Asimismo se promueve la equidad en salud, para los varones y para los colectivos LGBT.

Las acciones dirigidas a población LGBT se articularon por un lado desde la participación del MSP en el Proyecto Centros de Salud Libres de Homofobia (en conjunto con la Administración de los Servicios de Salud del Estado - ASSE, el Colectivo Ovejas Negras, la Universidad de la República - UdelaR y el Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA) y por otro con el Proyecto del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, que orientó sus acciones a personas trans y hombres que tienen sexo con hombres. Éste tuvo como principal receptor estatal al MSP y a la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) como receptor no estatal, junto con tres sub receptores de la sociedad civil: Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), Centro Virchow e Iniciativa Latinoamericana. Se implementó entre los años 2010 y 2013, contribuyendo en la elaboración de la “Guía de atención a la Salud de HSH y personas trans femininas” y otros materiales técnicos, como participación activa en las capacitaciones dirigidas a equipos de salud con foco en los departamentos de implementación del Proyecto (Artigas, Colonia, Maldonado, Melo, Montevideo). El mismo se llevó a cabo con foco en los Espacios Diversos de Inclusión Social y Acción (Centros EDISA) en esos departamentos, y en otros a los que llegaron los dos centros móviles, pero se desmanteló a fines de 2013 debido a que el Fondo Mundial se retiró del país.

Por otra parte, el proyecto Centros de Salud Libres de Homofobia fue inicialmente implementado por Ovejas Negras, ASSE, MSP y UdelaR con

apoyo de UNFPA en dos centros de salud de ASSE a partir de 2010, y ha dado lugar a una serie de herramientas de formación y difusión que han sido utilizadas en nuestro país y en otras partes del mundo (folletos, afiches, y el audiovisual: “¿Cuál es la diferencia?”). Debe consignarse en este apartado la alianza conformada entre UNFPA, Ovejas Negras, ASSE, el Área de Salud Sexual y Salud Reproductiva del MSP y la UdelaR (Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología, y el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria y la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina), ya que como “onda expansiva” del proceso de Centros de Salud Libres de Homofobia (González y Soto, 2015), se ha desarrollado un curso interservicio en modalidad de materia optativa sobre salud y diversidad sexual que se dicta anualmente en la Universidad de la República dirigido a estudiantes de carreras del área de la salud, y un curso de formación permanente dirigido a profesionales y equipos de salud. Producto de estos cursos, se desarrolló una guía para profesionales de la salud que recoge sus contenidos (MSP, ASSE, UdelaR, Ovejas Negras y UNFPA, 2015).

También debe consignarse aquí la experiencia de atención a personas trans que se viene desarrollando desde el año 2014 en el ámbito de la Unidad Docente Asistencial (UDA) del Hospital Saint Bois (que depende de la Facultad de Medicina de la UdelaR y de la Red de primer nivel de atención RAP-ASSE)⁸. En base a ese proceso, se elaboraron diversos instrumentos específicos como el protocolo de hormonización, que luego fue tomado por el MSP para actualizar sus guías de hormonización (MSP, 2016).

Dado que las experiencias en el primer nivel de los Centros de Salud Libres de Homofobia y de la UDA-RAP-ASSE han sido de suma relevancia en nuestro medio, existen diversos trabajos que las sistematizan y que pueden consultarse para profundizar sobre las mismas (Sempol, Cal-

8 Como señalan Sempol, Calvo, Rocha y Schenck (2016), para situar el contexto de estas experiencias y en particular la de la UDA, es importante señalar las reformas sustantivas en el sector salud que se produjeron en los últimos años: en este marco, tanto el SNIS que se gestó a través de la reforma que comenzó en 2007, como la Segunda Reforma Universitaria y su particular anclaje en el nuevo Plan de Estudios de 2008 de la Facultad de Medicina de la UdelaR (que profundizó el abordaje integral y comunitario en la atención en salud en la formación de grado), son factores ineludibles a la hora de comprender el entorno habilitante.

vo, Rocha y Schenck, 2016; Rocha, 2015; González y Soto, 2015; MSP, ASSE, UdelaR, Ovejas Negras y UNFPA, 2015).

Esta priorización de la perspectiva de la diversidad sexual en el primer nivel de atención es fundamental, dado que como ya se indicó, oficia como “puerta de entrada” de las y los usuarios al sistema sanitario, lo que es especialmente relevante para usuarios/as que habitan identidades subalternizadas y que pueden alejarse del sistema frente a situaciones de discriminación institucionalizada (Bertone et al, 2012).

BREVE CONTEXTUALIZACIÓN SOBRE SALUD Y VIH EN URUGUAY

El primer caso de VIH se diagnosticó en Uruguay el 29 de julio de 1983, lo que marca el inicio de la epidemia en el país; posteriormente, esa fecha fue definida como el Día Nacional de lucha contra el VIH/SIDA. Para el período 1983-2012, se estima que se registraron en el país 11.675 casos de VIH y 4.765 casos de SIDA, registrándose 2.315 muertes por esta causa.

Si se analizan los indicadores de los últimos 30 años, se observa que ha existido un crecimiento sostenido de casos de VIH y de SIDA; no obstante, ha disminuido progresivamente la proporción de casos que evolucionan a SIDA, así como la letalidad, siendo este último uno de los cambios más significativos en la evolución de la enfermedad (Ponzo, 2015).

Siguiendo nuevamente a Ponzo, puede indicarse que la epidemia presenta una tendencia estable y un patrón concentrado, lo cual como se mencionaba en el caso de Argentina, implica una prevalencia en la población general menor al 1%, mientras que supera el 5% en la denominada “población expuesta”: personas trans, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores/as sexuales, usuarios/as de drogas y personas privadas de libertad. Si bien las fuentes de datos para estimar la prevalencia en la población expuesta son muy heterogéneas y de diversa calidad⁹, existe coincidencia en mostrar a la población trans (y particularmente a la femenina que se vincula al trabajo sexual) como la más afectada: allí los diversos estudios

9 En algunos casos, el tamaño de la muestra es muy pequeño como para permitir una estimación estadística confiable.

muestran una prevalencia de entre 21% (de acuerdo a un estudio realizado en mujeres trans de Montevideo e Interior¹⁰) y 36,5% (siguiendo un estudio realizado en trabajadoras sexuales trans en Montevideo¹¹).

A su vez, se observa que la prevalencia del VIH en usuarios/as de ASSE es superior a la prevalencia en la población uruguaya en general (0,56% contra 0,43%)¹², que el 72% de las notificaciones son por transmisión sexual¹³, que la mayoría de los diagnósticos son urbanos y particularmente, de Montevideo (61% en 2013), y que el 73% de los afectados/as tiene entre 15 y 44 años. En términos globales, predominan los varones (63%), pero hay un predominio femenino en los grupos de edad de 15 a 24 años y de 35 a 44 (Ponzo, 2015 en base a MSP, 2013, 2014).

No obstante ello, es menester aclarar que en Uruguay existe un sub-diagnóstico, del cual se desconoce su magnitud (aunque se estima entre 25% y 30%); de hecho un estudio realizado con hombres que tenían sexo con hombres de 2008 (citado por Ponzo, 2015), señalaba que el 63% de las personas que resultaron positivas no tenían conocimiento de ello. También es elevada la proporción de personas que viven con VIH (PVV) con un diagnóstico tardío, donde el diagnóstico llega a hacerse en etapa SIDA.

En el año 2013, se realizó en el país un profundo proceso de análisis de la situación del VIH, en el marco de la Misión Conjunta de OPS/OMS y ONUSIDA: "Tratamiento 2.0: Expansión y sostenibilidad de la Atención del VIH en Sud América". Durante una semana se realizó un encuentro con apoyo y participación de las agencias mencionadas y participación de actores nacionales representando a diferentes áreas del sector salud y de la sociedad civil organizada. El análisis se realizó en torno a cinco pilares: 1) Tratamiento antiretroviral actualizado y mejorado; 2) Diagnóstico y monitoreo accesible en el punto de atención; 3) Uso racional y eficiente de los recursos financieros; 4) Servicios adaptados y flexibles; 5) Participación plena de las comunidades en el desarrollo de la iniciativa.

10 En base a estudio del MSP, Proyecto Fondo Mundial y RADAR de 2013, citado por Ponzo (2015).

11 En base a estudio del PPITS-SIDA, ATRU y UdelaR de 2007, citado por Ponzo (2015).

12 Estimación de prevalencia de VIH/SIDA realizada por Ponzo, 2015.

13 En el 84% de estas se declararon relaciones heterosexuales.

Precisamente la Misión identifica al modelo vertical de atención a PVV, centrado en la enfermedad (VIH/SIDA), como insuficiente para dar una respuesta eficiente e integral al nuevo paradigma de enfermedad crónica. Para ese entonces, había comenzado el trabajo intersectorial con la implementación de un plan piloto de atención a personas con VIH en la Policlínica de La Teja (IM, RAP-ASSE, Facultad de Medicina), al que se hará referencia con mayor profundidad más adelante en este trabajo. Ello se origina en que surge como una recomendación la descentralización de la atención de las y los pacientes con VIH, con una delegación de funciones claramente establecida: desarrollar un protocolo (que definía roles, responsabilidades, mecanismos de referencia y contra-referencia, planes de capacitación, estimaciones de necesidades, etc.), así como se planteaba documentar el proceso y resultado del proyecto piloto de la Policlínica La Teja.

Respecto al acceso al diagnóstico, si bien se reconoce un aumento (en parte como consecuencia de una mayor disponibilidad de pruebas rápidas y de campañas de promoción del diagnóstico desde el año 2011), de la Misión surgen las siguientes recomendaciones: desarrollar un plan de expansión y descentralización del diagnóstico con enfoque en poblaciones clave, combinación de abordajes de la oferta (prueba iniciada por el proveedor de salud, en el primer nivel de atención y a nivel comunitario), capacitación en consejería, estrategia comunicacional de promoción de la prueba, abrir la posibilidad de realización de prueba sin el requisito de la indicación por un médico, garantizar la consejería post prueba como un mecanismo para vincular a las personas con resultado positivo con los servicios de atención.

En el año 2013, se publican las pautas de consejería y diagnóstico de VIH con énfasis en poblaciones vulnerables y en 2014, se actualiza la normativa de diagnóstico (Res. Ministerial 567/14), implementándose varias instancias de capacitación en Montevideo y en el interior, campañas gráficas y encuentros con sociedad civil, con el objetivo de mejorar la atención y eliminar las barreras asociadas al estigma y la discriminación. En el marco de esa actualización, desde 2015 se incluyó la variable “identidad de género” en la notificación epidemiológica de VIH/SIDA. El monitoreo del número de pruebas realizadas muestra un incremento mayor al 50% entre el año 2011 y 2016 (entre 30% y 70% según el prestador).

En el año 2016 se publican las Pautas de atención a personas con VIH en el Primer nivel de atención (MSP, 2016), buscando continuar el proceso de

descentralización de la atención en VIH, sobre todo en el subsector público. Entre 2016 y 2017 se realizan nuevas capacitaciones en diagnóstico de VIH vinculadas al cumplimiento de una meta prestacional. A partir del año 2017 además, se solicita a los efectores de salud la elección de dos metas presenciales (que se suman a las obligatorias) definidas por el MSP. Una de las metas es la reducción de la morbi-mortalidad por VIH/SIDA (en línea con el Objetivo Estratégico 2 de los Objetivos Sanitarios Nacionales). Siete instituciones optaron por el cumplimiento de esta meta, y dentro de las líneas de acción e indicadores se incluyen aquellos dirigidos a la expansión del diagnóstico. Para ello deben reportar: número de personas entre 15 y 44 años que se realizan prueba de VIH y número de pruebas rápidas distribuidas a los servicios. La meta a alcanzar es el aumento en el número de personas diagnosticadas en 10%, que se suma a la meta de alcanzar una cobertura de TARV del 90% de los diagnosticados. Esta meta se acompaña del pago por cumplimiento establecido en las instituciones que optaron por la misma y todas las instituciones deben reportar sus resultados.

SERVICIOS DE SALUD DE LA INTENDENCIA DE MONTEVIDEO

En lo que refiere al nivel departamental y su vínculo con el primer nivel de atención, en nuestro país el caso de la atención en salud que se brinda a través de las policlínicas municipales es de gran relevancia debido a su cobertura tanto territorial como cuantitativa, en función de la cantidad de usuarios/as del sistema que se atienden o se vinculan de alguna forma con estos centros de salud. Debido a su dimensión, el caso del departamento de Montevideo destaca particularmente en este ámbito, dado que cuenta con una red de 24 policlínicas que en 2015 atendieron 80.778 usuarios/as (que realizaron 286.625 consultas anuales), lo que representa cerca de una cuarta parte de la población que se atiende en el sector público en el departamento (340.762 usuarios/as, a diciembre de 2015)¹⁴.

14 Información extraída de entrevista realizada a la Directora de la División Salud de la IM, Dra. Analice Berón (entrevista realizada el 15 de agosto de 2016) y de datos estadísticos proporcionados por la UCI de la IM y extraídos del SINADI- AES- MSP a diciembre de 2015.

La tabla 1 ilustra la cantidad de usuarios/as de policlínicas por sexo según tramo etario.

TABLA 1. *Usuarios/as de policlínicas de la IM por sexo según tramo etario, 2015*

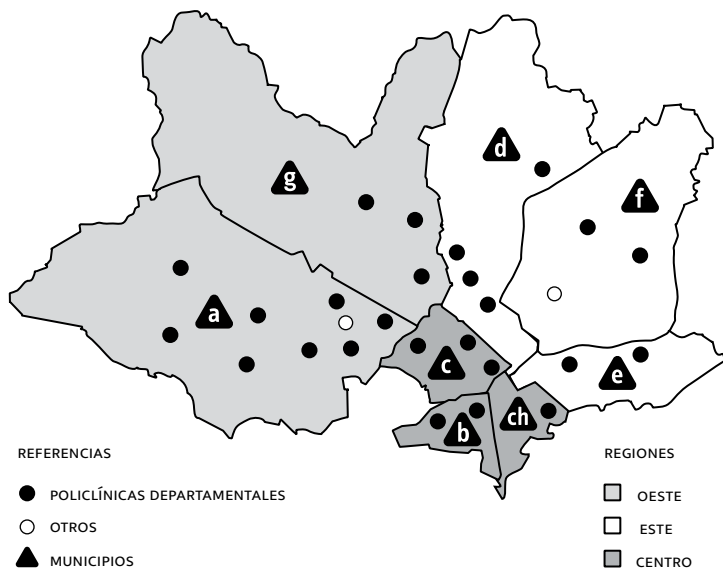
RANGO ETARIO	MUJERES	VARONES	TOTAL
0 a 3 años	4.849	5.204	10.053
4 a 14 años	9.729	10.008	19.737
15 a 19 años	4.768	2.458	7.226
20 a 44 años	16.968	6.709	23.677
45 a 64 años	7.474	4.005	11.479
65 años y más	5.305	3.301	8.606
TOTAL	49.093	31.685	80.778
PORCENTAJE	61%	39%	100%

Fuente: Unidad Central de Información - UCI (2016)

A nivel de cobertura geográfica, se indica en la página web de la Intendencia de Montevideo que la red de policlínicas municipales está ubicada mayoritariamente en barrios periféricos del departamento, donde existen “situaciones de pobreza y exclusión social, con consecuencias importantes en la situación sanitaria de la población y limitaciones geográficas, culturales y económicas de accesibilidad a los servicios de salud” (IM, 2016)¹⁵.

15 Tomado de <http://www.montevideo.gub.uy/servicios-y-sociedad/salud/policlinicas>. Última fecha de consulta: 16/10/2016

FIGURA 6. Red de servicios de la IM según región y municipio



REFERENCIAS

- POLICLÍNICAS DEPARTAMENTALES
- OTROS
- ▲ MUNICIPIOS

REGIONES

- OESTE
- ESTE
- CENTRO

MUNICIPIO	ZONA	POLICLÍNICAS	OTROS
A	14	AQUILES LANZA	
		PARQUE BELLAN	
		LA TEJA	ARBOLITO
	17	CASABÓ	
		LA PALOMA	
		YANO RODRIGUEZ	
	17 18	MOV. MUNICIPAL A	
18	PASO DE LA ARENA		
B	1	BARRIO SUR	
		S. MÉDICOS	
	2	LUISA TIRAPARE	

MUNICIPIO	ZONA	POLICLÍNICAS	OTROS
C	3	CROTTIGINI	
	4	IRMA GENTILE	
	16	ENTRE VECINOS	
CH	5	BUCEO	
D	10	GIRALDEZ	
	11	YUCATAN	
		CASAVALLE	
		LOS ÁNGELES	
E	6	INVE 16	
	8	PUNTA RIELES	FLOR DE MAROÑAS
F	9	FRANCISCO PUCCI	
G	12	COLÓN	
	13	LAVALLEJA	
		ZULLY SÁNCHEZ	JARDINES DE PEÑAROL

Fuente: UCI (2016)

Si bien existe un alto porcentaje de usuarios/as del sistema público (ASSE), las policlínicas municipales atienden a usuarios/as con todo tipo de coberturas, brindando prestaciones de carácter libre y gratuito en un horario que va de las 8 a las 17 hs (y brindando medicación y estudios de carácter gratuito para usuarios/as de ASSE).

La IM tiene una trayectoria de varias décadas de trabajo en el primer nivel de atención y desde la década de 1990, se empezó a trabajar con un enfoque integral que tiene a la estrategia de APS, la priorización de los sistemas locales de salud y al trabajo en equipo de carácter interdisciplinario como elementos centrales de la estrategia de abordaje, que apunta a fortalecer el vínculo con la comunidad desde una clave territorial. Como objetivo general, las policlínicas se plantean “Contribuir a la construcción de un Sistema de Atención en el Primer Nivel en Montevideo con desarrollo de una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), como elemento clave del Sistema Nacional Integrado de Salud” (IM, 2016) Para ello, se trazan los siguientes objetivos específicos:

- Definir un abordaje territorial de la atención en Montevideo, consolidando áreas de salud, zonas y regiones.
- Coordinar la labor de los efectores de salud en cada zona en conjunto con la RAP-ASSE, participando en el establecimiento de los roles de cada uno.
- A partir de la experiencia generada, profundizar el proceso de transformación del modelo de atención y gestión de los servicios de salud.
- Aumentar la capacidad de respuesta de las policlínicas municipales ante la situación de emergencia sanitaria que atraviesa gran parte de la población montevideana.
- Promover la participación comunitaria en salud con un enfoque de derechos humanos, equidad e inclusión social y construcción de ciudadanía.
- Profundizar la coordinación de las políticas de salud con el conjunto de políticas vinculadas con la calidad de vida de las/los montevideanos, de tal modo que se promueva la integralidad de las mismas, generando mecanismos permanentes de integración social, coherentes con principios de justicia social y democratización.

El caso de Montevideo destaca a su vez en el contexto nacional debido a que la intendencia es la primera del país en haber creado institucionalidad específica en materia de diversidad sexual, ya que desde diciembre de 2015, la intendencia cuenta con una Secretaría de la Diversidad¹⁶. Esta Secretaría se ha fijado como objetivo seguir una “hoja de ruta” que se plasma en la “Agenda de Diversidad Sexual e Igualdad Social”, con lineamientos que se trazan sobre el horizonte temporal 2016-2020¹⁷. Allí,

16 Resolución N° 6160/15.

17 La agenda plantea trabajar principalmente sobre cinco lineamientos:

1. Generar información sobre las personas de la diversidad sexual, dado que se evalúa que existe una brecha en los datos que dificulta el generar políticas públicas de calidad que respondan efectivamente a sus problemáticas.
2. Construir una política integral de no discriminación (a nivel departamental y municipal).
3. Promover una cultura de reconocimiento, respeto y celebración de la diversidad.
4. Territorializar las acciones, para que el ejercicio de derechos alcance a todos/as quienes viven o transitan por Montevideo.
5. Articular respuestas con actores nacionales, departamentales y municipales, tanto públicos como privados, para mejorar resultados.

varias de las acciones comprenden a los servicios de salud de la IM, bajo el entendido de que “(...) existe una brecha entre la igualdad legal alcanzada por las personas LGTBI (lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex) y la igualdad social, esto es, el ejercicio pleno de esos derechos en el día a día. En una sociedad aún prejuiciosa y heterosexista se expresa en discursos y prácticas discriminatorias más o menos explícitas. Y esto, como otros espacios públicos de la ciudad, también incluye los servicios de salud” (IMPO, 2016).

Dentro del lineamiento de promoción de la igualdad y no discriminación hacia las personas por su orientación sexual e identidad y expresiones de género, se plantea profundizar en la inclusión de la perspectiva de diversidad sexual en los servicios de salud de la IM, apostando a desarrollar políticas sanitarias específicas para personas LGTBI. Se planteó, en este sentido, certificar al menos a cinco policlínicas de distintos municipios de Montevideo como “Centros de salud libres de LGTBI-fobia” (IM, 2016: 48), así como el establecimiento de protocolos de derivación entre la red de policlínicas y las experiencias de la UDA-RAP-ASSE y el CRAM, elaboración y difusión de materiales informativos sobre servicios amigables a la diversidad sexual y capacitaciones y sensibilizaciones a los recursos humanos de las policlínicas en la perspectiva de diversidad sexual, entre otras acciones.

La agenda también realiza un diagnóstico de la situación de las personas LGTBI en Montevideo, en donde si bien se comienza por señalar la ausencia de datos sobre la calidad de vida de estas personas en el departamento, se sintetizan algunos datos en torno a la salud particularmente de las personas trans. Allí se indica que la mayoría de las personas trans se atienden en el sistema público (MYSU, 2012; Failache et al, 2013), así como se indican vulnerabilidades particulares que atraviesa esta población en relación a la salud: exposición a formas clandestinas de transformación corporal que implican riesgos elevados para su salud (Sempol, 2014), así como mayor prevalencia de VIH en relación con la distribución que se observa en la población general. Esta mayor prevalencia también se observa en la población de “hombres que tienen sexo con otros hombres” (MSP, 2010; MIDES, 2015).

Además a lo estipulado por la agenda, en el ámbito de la IM se constituyó el Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud, integrado por

referentes políticos y equipos técnicos de la Secretaría de la Diversidad y de la División Salud. Las líneas de trabajo que este grupo se trazó refieren a incluir el ítem “identidad de género” en los registros de las policlínicas, así como también se define el objetivo de certificar a las cinco policlínicas en un plazo de dos años y se enuncian dispositivos para atender a las especificidades de la epidemia del VIH en la población no heterosexual. Desde este grupo, también se ha impulsado una sensibilización en salud y diversidad sexual para los equipos de las 24 policlínicas (incluyendo personal médico y no médico) realizada en convenio con la Facultad de Ciencias Sociales de la UdelAR (a cargo del Dr. Diego Sempol, quien realizó estas sensibilizaciones en formato taller que comprendieron una jornada de trabajo), así como se han establecido vinculaciones con el curso sobre Salud y diversidad sexual implementado por las Facultades de Medicina y Psicología de la UdelAR, el colectivo Ovejas Negras, ASSE, el Ministerio de Salud Pública y UNFPA. En 2016, ocho integrantes de equipos de seis policlínicas asistieron al curso¹⁸, y se prevé que en el futuro se extenderá a todos los equipos de las 24 policlínicas.

En lo que refiere al abordaje sobre VIH¹⁹ a nivel general, en las policlínicas de la Intendencia de Montevideo existe una descentralización tanto del diagnóstico como de la atención a personas que viven con VIH. Asimismo, desde 1993 funciona una línea telefónica (0800 3131) que inicialmente brindaba información sobre VIH/SIDA y que posteriormente incorporó una perspectiva más amplia sobre derechos, servicios, políticas y programas de salud sexual y reproductiva. Su funcionamiento es resultado de un acuerdo inicial entre la Intendencia de Montevideo y la organización de la sociedad civil Asociación de Ayuda al Sero Positivo (ASEPO), al que posteriormente también aportaron los ministerios de Salud Pública y Desarrollo Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. De forma reciente, la IM también ha comenzado a trabajar con otras organizaciones de la sociedad civil, como la Red Uruguaya de Jóvenes y

18 Las seis policlínicas fueron las seleccionadas en el capítulo 3.

19 La IM también otorga el Pase Libre a las PVV que lo requieren para trasladarse a los servicios de salud.

Adolescentes Positivos (RUJAP) y MásVIHdas, desarrollando por ejemplo folletería conjunta que apunta a promover la realización de test y a terminar con el estigma y discriminación asociada al VIH.

En lo que refiere al diagnóstico, desde hace varios años en las policlínicas de la Intendencia de Montevideo se cuenta con test rápidos de oferta permanente a la población.

En cuanto a la atención, como ya se indicó previamente en este capítulo, desde 2013 se instaló en la policlínica Municipal de La Teja el servicio identificado como Policlínica de Infectología, a través de acuerdos interinstitucionales que involucraron al Ministerio de Salud Pública, ASSE, Facultad de Medicina y la División de Salud de la Intendencia. Allí semanalmente funciona el servicio, a cargo de un médico de la RAP-ASSE que es ex residente de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Universidad de la República. Según datos proporcionados desde la policlínica para esta consultoría, desde su apertura se atendieron allí 95 personas que viven con VIH (datos actualizados a octubre de 2016).

Por otra parte, el 1° de diciembre de 2015 el intendente de Montevideo, Ing. Daniel Martínez, firmó la Declaración de París de 2014, que compromete a las ciudades del mundo en la respuesta acelerada al VIH, de un modo que permita poner fin a la epidemia y a la discriminación.

El objetivo central de esta estrategia se define como 90/90/90, e implica que en el año 2020:

- 90% de las personas que viven con VIH conozcan su diagnóstico;
- 90% de quienes conocen su estado serológico positivo reciban tratamiento;
- 90% de las personas en tratamiento tengan carga viral indetectable.

Para el año 2030, se busca llevar esos porcentajes al 95% y en el decenio bajar de 500.000 a 200.000 las nuevas infecciones entre adultos. El compromiso de París también se propone poner fin a la epidemia de SIDA en las ciudades para el año 2030, desde una estrategia que sitúa a las personas en el centro de todas sus acciones, abordando las causas de riesgo, vulnerabilidad y transmisión que contempla las necesidades locales.

“90/90/90 se basa en que las personas con el diagnóstico y accediendo al tratamiento logren una expectativa de vida casi igual que las personas sin VIH, una buena calidad de vida, porque esa persona no se va a enfermar por SIDA. Pero a su vez si tiene la carga viral indetectable, que es lo que hace la medicación, que el virus deje de multiplicarse -lo mantiene como ‘acorrulado’, por decirlo de alguna forma- entonces no hay presencia del virus en sangre y en la mayoría de los fluidos, el virus está dentro de la célula pero sin multiplicarse, no se trasmite la infección hacia otras personas. O sea si una mujer está embarazada, tiene VIH y toma tratamiento y su carga viral es indetectable, no le trasmite a su hijo; lo mismo se cumple para las relaciones sexuales, si hay un pareja o discordante donde la persona positiva toma la medicación y está indetectable, no se trasmite a su pareja. Entonces por eso la estrategia 90/90/90 es con vistas a poder revertir la epidemia y porque además se ha visto que la prevención primaria únicamente -el uso del preservativo- es una estrategia que ha llegado ya a su tope: todo el mundo sabe que el VIH se previene usando preservativo, acá no hay un problema de conocimiento, si hay algo que todo el mundo sabe es que el VIH se previene... de ahí a que se use hay una brecha importante. Por eso hay que complementar con otras estrategias.

90/90/90 se propone como una estrategia para revertir la epidemia de VIH, incluso como para entrar en una fase de eliminación. Quiere decir que el primer 90 es que todas las personas con VIH estén diagnosticadas, porque como la infección puede no dar síntomas una persona puede tener VIH y no saber, entonces para llegar a diagnosticar el 90% de las personas con VIH hay que tener más accesible el testeo y por eso es el hecho de tener test rápidos en la policlínica, de que se ofrezca no solo el test rápido; si tu vas a hacerte un chequeo de salud, un control con el ginecólogo, que se ofrezca la posibilidad de hacerte la prueba de VIH. No tiene que ser el test rápido, no es la única solución, pero sí tiene que haber una estrategia de oferta de la prueba. El segundo 90 es que el 90% de las personas diagnosticadas estén en tratamiento antirretroviral y para eso de nuevo la descentralización es clave, el acceso a la medicación es clave, que Uruguay no tiene un problema de acceso pero sí tiene un problema de acceso a fármacos sencillos o posologías sencillas (...) Entonces para poder llegar a ese se-

gundo 90, que es que el 90% de los diagnosticados estén en tratamiento, es necesario no solo tener personas capacitadas, servicios de salud disponibles con capacidades para dar respuesta, que eso también esté distribuido en el primer nivel sino también acceso a medicaciones más sencillas. Y el tercer 90 es que el 90% de las personas que están en tratamiento estén con carga viral indetectable. Y el Estado uruguayo adhiere a eso".

SUSANA CABRERA
Área Programática ITS-VIH/SIDA

Entrevista realizada el 9 de noviembre de 2016

Cabe destacar que dentro del lineamiento de promoción de la igualdad y no discriminación hacia las personas por su orientación sexual e identidad y expresiones de género de la Agenda de Diversidad e Igualdad Social, se plantea contribuir a potenciar la acción de la Intendencia de Montevideo en la respuesta acelerada al VIH en el marco de la Declaración de París, con énfasis en personas gays y trans. En este marco, se propone llevar adelante campañas de no discriminación, prevención y diagnóstico temprano del VIH, certificar al menos cinco policlínicas municipales con atención integral y descentralizada a personas con VIH, y fortalecer la línea telefónica 0800 3131.

Desde octubre de 2016 se desarrolla en las policlínicas el programa para alcanzar las metas 90/90/90, con el apoyo del laboratorio GlaxoSmithKline (GSK), que proveerá durante un año a las 24 policlínicas de kits de test rápido y brindará financiamiento para capacitación de los equipos de las policlínicas. Esta capacitación está a cargo del equipo docente de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Universidad de la República, quienes ya desarrollaron una instancia de capacitación con todas las policlínicas de la IM en modalidad taller, que comprendió una jornada de trabajo. Este apoyo de GSK se debe a que la Intendencia presentó un proyecto que fue seleccionado por el laboratorio, en un concurso internacional convocado por éste.

Como señaló la Dra. María Eugenia Robledo, integrante de la División Salud de la IM y del Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud, en una entrevista realizada para esta consultoría,

“Escribimos un proyecto y ganamos este fondo, por el cual el laboratorio durante un año nos brinda algunos insumos que son fundamentales para nosotros: la posibilidad de contratar gente para las capacitaciones de todos los equipos, que se hizo a través de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina; la compra de los test rápidos de VIH... no es que no tuviéramos antes o que no los hiciéramos, de hecho sí teníamos pero eran por la RAP y se hacían, pero este año vamos a tener 15.000 test para hacer en un año, lo cual implica aproximadamente que cada policlínica y cada unidad haga 50 test por mes, y bueno la posibilidad de evaluarlo, de darle un cierre a este proyecto, y en ese sentido los equipos se capacitaron, te repito, del primero al último, porque la idea es que se promueva. Ya no vamos a estar como antes quizás esperando que alguien solicitara el test o que hubiera alguna situación que lo ameritara, sino promoverlo, entre otras cosas porque creemos que hay que desestigmatizar la realización del test de VIH y que la gente no sienta que pedir un VIH implica que tenga una conducta de riesgo, que tenga una conducta de tal tipo, o que tenga un miedo o una sospecha. No, que sea parte de una rutina, nos lo hacemos todos”²⁰.

Según figura en el texto del proyecto presentado²¹, éste tiene como objetivo principal “Aumentar el diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de esta manera contribuir con el objetivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), quienes proponen que para el 2020 el 90% de las personas que viven con VIH (PVV) estén diagnosticadas, y de estos el 90% estén en tratamiento y de ellos el 90% esté indetectable”.

20 Entre las metas de alcance mundial para 2020 de la OMS, también se establecen medidas referentes a la discriminación, como “derogar todas las leyes, reglamentaciones y políticas discriminatorias relacionadas con el VIH y eliminar la discriminación relacionada con esta infección en todos los entornos, en especial en el sanitario” y “lograr que el 90% de las personas infectadas por el VIH y de las poblaciones clave no tengan que informar de que han sufrido discriminación en el sector de la salud” (OMS, 2016: 20). Entrevista realizada el 15 de noviembre de 2016.

21 Documento “Detección temprana y oportuna del VIH en usuarios de policlínicas de la Intendencia de Montevideo”. Proyecto IM + GSK.

Como objetivos secundarios, se plantea:

1. Realizar actividades de prevención primaria y promoción de salud en esta población del subsector público y seguimiento de usuarios/os diagnosticados.
2. Promover la adquisición de habilidades y capacidades de los equipos de salud para ofrecer la prueba de VIH con énfasis en poblaciones clave. (Ordenanza Ministerial N° 35/014)
3. Contribuir a la implementación del nuevo algoritmo de diagnóstico de VIH en base a pruebas rápidas secuenciales validado por el Ministerio de Salud Pública que permite establecer un diagnóstico confirmado en un mismo acto.
4. Implementar un sistema de registro de usuarios/as que permita su seguimiento.

Asimismo, en el proyecto se indica que los puntos más relevantes del programa son:

- Conformación de equipo coordinador del programa
- Desarrollo de talleres para todos los y las trabajadoras de las policlínicas informando acerca del programa y sus objetivos, educando acerca de la importancia de ofrecer los test rápidos de VIH a todos los y las usuarias, con énfasis en poblaciones vulnerables, capacitando en la implementación del algoritmo en base a pruebas rápidas. (Pautas de Diagnóstico y Tratamiento del MSP, 2014).
- Desarrollo de campaña de comunicación para la población involucrada, de modo de lograr mayor convocatoria y captación no solo de aquellos que vienen a una consulta específica sino también a las “personas sanas”. Difusión a través de página web de la IM y redes sociales (dado que las policlínicas cuentan con Facebook), comunicando mitos y realidades de la infección por VIH, reforzando la idea de que se trata de una enfermedad crónica.
- Registrar el total de los tests realizados, con el objetivo de poder contactar al usuario/a y facilitar su seguimiento y retención en cuidados, respetando las normas de confidencialidad.

- Profundizar la descentralización de los servicios para favorecer la capacidad de coordinación interinstitucional e intersectorial, privilegiando la complementariedad y el mejor aprovechamiento de los esfuerzos y los recursos a nivel local. Asegurando de esta manera el acceso a la asistencia y tratamiento oportuno, es decir que el usuario/a que vive con VIH no deba cambiar su lugar de atención por haber contraído la enfermedad.
- Publicar los resultados y así estimular la replicación del programa a otros niveles.

Se indica por otra parte que los resultados esperados refieren fundamentalmente a “poder pesquisar a todas las personas que viven con VIH dentro de la población que se atiende en las policlínicas de la IM, y brindarles una asistencia integral (diagnóstico, información acerca de la enfermedad, derivación para tratamiento, seguimiento, etc)”, fijándose como meta poder diagnosticar a aproximadamente 491 personas²². En síntesis, los resultados esperados son:

- Lograr que los servicios de atención en el primer nivel cumplan con los estándares recomendados por OMS como servicios de diagnóstico en VIH.
- Llegar al 90% de diagnóstico de VIH en usuarios de los servicios de salud de la IM - Implementar un sistema de registro que apoye el seguimiento de las personas diagnosticadas, facilitando su permanencia bajo cuidados.
- Asegurar que el 90% de las personas diagnosticadas accedan a TARV.
- Mejorar el nivel de conocimiento de la patología en la comunidad, favoreciendo una asistencia integral, y lograr mayor promoción en salud.
- Mejorar el acceso a medidas de prevención para todas las edades y géneros.

22 Este número se calcula tomando como prevalencia de VIH 0,7%, sobre el n de usuarios/as registrado por UCI en 2014 (una población de aproximadamente 78.000 usuarios/as), en base a la meta del primer 90.

Asimismo y para monitorear el avance en estos resultados, se propone un sistema de registro a través de planillas, así como la sistematización de indicadores como:

- % de personas testeadas en el total de usuarios atendidos (mayores de 14 años)
- % de personas sensibilizadas y capacitadas discriminadas por rol dentro del equipo de salud
- número de usuarias/os diagnosticados en la IM (total de casos nuevos diagnosticados)
- número de usuarios/as derivados ya diagnosticados
- número de usuarios/as en TARV
- nivel de cumplimiento, abandono, o no cumplimiento

De un análisis primario de las entrevistas tanto con las autoridades de la División Salud como con los equipos de las policlínicas seleccionadas para esta consultoría, se observa que a raíz de esta estrategia, en términos generales se percibe un aumento en la realización de test rápidos en las policlínicas (lo cual será profundizado en el capítulo siguiente). No obstante al mes de noviembre de 2016, la UCI de la División Salud aún estaba sistematizando los datos que permitirán corroborar esta percepción con datos cuantitativos. Según se informó desde la División Salud, se busca monitorear de forma constante la realización de test para que se apliquen en una mayor cantidad de lo que se hacía anteriormente. Como indicó la Dra. Robledo,

*“Crottogini por ejemplo realizó 50 test en un mes y antes hacía 20, o sea que más que duplicó. Otras policlínicas que seguramente no lo han promovido de una manera tan proactiva han hecho lo que venían haciendo y la idea es una vez que contemos con todos esos números podamos reajustar esto, y en los que no aumentaron la cantidad de test buscar las causas y fomentar que sí lo hagan”.*²³

23 Entrevista realizada el 15 de noviembre de 2016.

FIGURA 7. Foto de Policlínica Crotoggini con cartelera de promoción de test rápido



Foto: Trabajo de campo. Octubre de 2016

Dentro de esta campaña, se realizó una jornada el 29 de julio de 2016 previo a que comenzara en las policlínicas y se planificó a su vez la colocación de una carpa en la Explanada de la IM el 1º de diciembre en el marco del Día Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA, para realizar test gratuitos de VIH. Allí se dispuso la colocación de dos consultorios donde personal de enfermería realizaría el estudio y habría a su vez médicos/as para realizar tareas de consejería

A su vez, junto a la carpa se colocaron stands de otras instituciones, como RUJAP, ASEPO y Jóvenes Alentando a la Vida. También estuvo presente la División de Género y Diversidad de la IM. ¶

CAPÍTULO III

Análisis de las entrevistas efectuadas a equipos de Dirección de la División Salud e integrantes de las policlínicas seleccionadas por la IM

DESCRIPCIÓN DE LAS POLICLÍNICAS SELECCIONADAS

DIVERSIDAD EN POLICLÍNICAS

RESPUESTA AL VIH

Análisis de las entrevistas efectuadas a equipos de Dirección de la División Salud e integrantes de las policlínicas seleccionadas por la IM

En este capítulo, se presenta un análisis de contenido en base a las entrevistas realizadas con la dirección de la División Salud y del Servicio de Atención a la Salud de la IM y los equipos de las policlínicas. Asimismo, además del análisis de las entrevistas, se presenta aquí un análisis descriptivo que toma estadísticas generales relevadas por la UCI para las policlínicas seleccionadas, y por otra parte, la base de datos que recaba el médico de la RAP-ASSE ex residente de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas que es responsable de la Policlínica de Infectología situada en La Teja, que fueron facilitados desidentificadamente por el profesional para esta consultoría.

El capítulo se estructura en tres secciones; en la primera, se realiza una breve descripción de las policlínicas seleccionadas. En la segunda, se analiza cómo se aborda la diversidad sexual en las policlínicas, de acuerdo a las percepciones de las y los entrevistados. En la tercera, se analiza lo referente al abordaje sobre VIH, tomando como base tanto las entrevistas como los datos recabados por el médico responsable de la Policlínica de Infectología.

DESCRIPCIÓN DE LAS POLICLÍNICAS SELECCIONADAS

Para esta consultoría, se seleccionó a un grupo de seis policlínicas de la IM, ubicadas en distintos municipios (A, B, C y D) en las tres regiones en que se divide Montevideo: oeste, este y centro, de modo tal que hay dos policlínicas por región. Estas policlínicas fueron: La Teja y La Paloma (Municipio A), Luisa Tiraparé (Municipio B), J.J. Crottogini (Municipio C), Giraldez

TABLA 2. Atenciones en las policlínicas seleccionadas en 2015, según especialidad

MPIO.	POLICLINICA	ESPECIALIDAD										TOTAL POLICLINICAS SELECCIONADAS
		M. GRAL	PED.	ESP. AD.	GINEC.	ODONT.	PSIC.	ENF.	NUTR.	T. SOC.		
A	LA TEJA	2794	1363	87	293	1421	111	3212	68	43	9392	
	LA PALOMA	3012	3992	0	1163	833	60	5541	537	125	15263	
B	LUISA TIRA - PARE	2487	1560	920	2379	1651	445	4070	0	124	13636	
C	J.J. CROTTIGINI	3749	2185	0	1806	2499	438	1986	341	0	13004	
D	GIRALDEZ	2298	3482	0	1699	1600	381	3389	158	32	13039	
	YUCATAN	3496	2489	0	1248	2573	649	5766	214	0	16435	
TOTAL GENERAL *		54754	44293	2343	30573	68786	5975	75097	3913	891	286625	

(*) Comprende a la totalidad de las policlínicas de la IM.

Fuente: UCI (2016)

y Yucatán (Municipio D). La selección fue realizada por la IM, dado que se consideró que estas policlínicas eran las más propicias para emprender un camino de certificación como “libres de LGTBI-fobia”, tanto por su distribución territorial como por características de los equipos¹.

Como se observa en la tabla 2, estas policlínicas comprenden diferentes especialidades (medicina general, pediatría, ginecología, odontología, psicología, enfermería, nutrición, trabajo social, entre otras). En 2015, en conjunto totalizaron 80.769 atenciones, es decir, el 28,2% de las atenciones que se realizaron ese año en todas las policlínicas de la IM.

A su vez, además de las atenciones, desde las policlínicas se realizan visitas domiciliarias y actividades educativas, lo que se refleja en la tabla 3.

TABLA 3. *Visitas domiciliarias y Actividades Educativas en las policlínicas seleccionadas (2015)*

MPIO.	POLICLINICA	VISITAS DOMICILIARIAS		ACTIVIDADES EDUCATIVAS	
		JORNADAS	Nº VISITAS	Nº ACTIVIDADES	Nº ASISTENCIAS
A	LA TEJA	43	304	19	708
	LA PALOMA	89	430	26	501
B	LUISA TIRAPARE	17	55	44	612
C	J.J. CROTTIGINI	1	2	26	969
D	GIRALDEZ	35	209	35	1333
	YUCATAN	41	100	45	849
TOTAL GENERAL (*)		711	3331	1120	28395

(*) Comprende a la totalidad de las policlínicas de la IM.

Fuente: UCI (2016)

- 1 En este sentido, se mencionó que había una mayor apertura de base en estos equipos. De hecho, incluso dos de los coordinadores de las policlínicas seleccionadas (Crottoggini y Yucatán) integran el Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud.

Es de destacar que en estas policlínicas, se observó una diversidad importante de especialidades, lo que se logra en gran medida ampliando los recursos municipales a través de convenios y articulaciones (como por ejemplo con RAP-ASSE, UdelaR, Uruguay Crece Contigo, etc.). Consecuentemente, se observa a su vez que esta práctica permite ampliar los recursos humanos con los que se cuenta desde las policlínicas, lo que también alcanza al personal administrativo.

Asimismo, la articulación con otros actores que se desempeñan en el ámbito barrial parece ser una de las claves de las actividades de promoción en salud que realizan las policlínicas, que desarrollan una gama heterogénea de acciones de intercambio y relacionamiento con la comunidad.

En las entrevistas, se relata un vínculo de mucha cercanía con el barrio en el que se encuentra cada policlínica, con población usuaria muy estable² (en los relatos de las/los entrevistados se llegan a identificar hasta tres generaciones de una misma familia que se asisten en las policlínicas) y equipos de funcionarios/as municipales de considerable permanencia (cada una de las personas entrevistadas dijo tener varios años de trabajo en policlínicas, llegando a más de 20 en algunos casos). Esto constituye una particularidad de las policlínicas de la IM en relación a otros centros de salud, donde se observa una rotación elevada de recursos humanos; es por tanto una potencialidad a la hora de pensar en instancias de sensibilización y formación, dado que se puede planificar estas instancias longitudinalmente como un continuo, ya que la estabilidad (particularmente presente en los recursos directamente dependientes de la IM) permite generar una acumulación en los equipos.

Por otra parte, dado que la mayoría de las entrevistas fueron realizadas en las policlínicas seleccionadas, se pudo apreciar físicamente cada una de ellas, la cartelería y folletería disponible, así como otros aspectos relevantes (la disposición de baños). Entre la cartelería vinculada con la temática de esta consultoría, la que más captaba la atención era la relacionada con la realización de test rápido (había un gran pasacalles al ingreso

2 La excepción fue la policlínica Tiraparé, dado que su ubicación céntrica y con mucha accesibilidad del transporte público, la hacía accesible para más usuarias/os que los habituales del barrio.

de cada policlínica), así como cartelera sobre 90/90/90, también cartelera y pegotines de ASEPO sobre la línea 0800 3131, y cartelera de la campaña contra la discriminación hacia las PVV titulada “No le duele el VIH”. En menor medida, en dos policlínicas se encontró cartelera alusiva a la diversidad sexual. En cuanto a los baños disponibles para usuarios/as, si bien no se identifican como “no generizados”, se observó que por lo general en las policlínicas la diferencia que se establece es entre baño de usuarios/as y baño para el personal, por lo que sería muy sencillo realizar un cambio de cartelera para identificarlos claramente como “no generizados”.

En los apartados siguientes, se hace énfasis en distintas dimensiones asociadas a diversidad y abordaje de VIH en las policlínicas seleccionadas. Debido a la especificidad de la Policlínica de la Teja a la que se hacía referencia en el apartado anterior y a su importancia para los propósitos de esta consultoría, en el final de este capítulo se desagregará con mayor detalle lo concerniente a la Policlínica de Infectología que funciona allí.

DIVERSIDAD EN POLICLÍNICAS

En este apartado, se presenta un análisis de contenido en base a las entrevistas realizadas con las referentes de la División Salud y del Servicio de Atención a la Salud de la IM y los equipos de las policlínicas. Para contemplar la especificidad de los perfiles pero a la vez resguardar la confidencialidad de las y los entrevistados, las citas que aparecen en este apartado se identifican únicamente de acuerdo a su perfil, es decir, si se trata de: 1. Equipos de dirección de la División Salud; 2. Coordinadores/as de las policlínicas seleccionadas; 3. Personal médico, odontológico y de enfermería; 4. Personal administrativo.

Se presentan aquí los principales nudos discursivos en torno a cómo se aborda lo referente a diversidad en las policlínicas, reflejando tanto las líneas institucionales en esta área como su apropiación y percepciones por parte de los equipos de las policlínicas seleccionadas.

Para comenzar, es menester señalar que algo que emergía con fuerza al consultar a las y los diferentes integrantes de los equipos sobre la situación de los servicios de salud de la IM en relación a la diversidad sexual era la afirmación de que allí no existía discriminación hacia las personas

LGTBI³. Este discurso se encontró por igual en todas las personas entrevistadas de la División Salud, desde las autoridades hasta las y los distintos integrantes de los equipos de las policlínicas: de hecho, es llamativo que la primera respuesta al consultar sobre diversidad era “en nuestras policlínicas no se discrimina”. En ese sentido, ninguno de los actores entrevistados dijo tener conocimiento de denuncias por situaciones de discriminación, a la vez que se relacionó esta ausencia de denuncias con la política institucional de apertura frente a “las diversidades”:

“En realidad nos hemos caracterizado hace mucho tiempo de intentar ser amigables, no conozco situaciones que se hayan sentido discriminados en nuestros servicios. Creo que hay como una apertura, es más (...) tenemos un grupo de salud sexual y reproductiva donde hay compañeros que... cada uno tiene una orientación hacia masculinidades, hacia diversidad, género, salud sexual y reproductiva, violencia, y es un equipo fuerte que trabaja y trabajamos en conjunto” (Equipos de dirección de la División Salud).

En esta línea, se identificó que la sensibilización y capacitación eran pilares fundamentales para alcanzar esta apertura:

“Todo esto se logra en la medida que uno forma, capacita y sensibiliza. Todo arrancó con salud mental, con la referente de salud mental creando talleres de diversidad, de inclusión, de no discriminación, de masculinidades, y luego bueno, se gestaron también en el trabajo conjunto con las secretarías estos equipos en donde hay representantes del servicio de atención a la salud hacia masculinidades, diversidad, género, hay un referente para el trabajo con trabajadores sexuales y en ese sentido se ha capacitado a los equipos hacia la no discriminación. A su vez este año hubo una capacitación externa, no desde nosotros sino desde la Facultad de Ciencias Sociales, que capacitó al 100% de los equipos sobre contenidos de no discriminación, y luego hubo una capacitación específica que es un módulo que

3 En el discurso de las y los entrevistados, no hubo referencias concretas a personas intersex. En este sentido, “diversidad” se asociaba a personas lesbianas, gays, bisexuales y particularmente, trans.

brinda Facultad de Medicina y nosotros llevamos ocho funcionarios (...) y el proyecto es que el año que viene ese módulo se haga exclusivamente para funcionarios de nuestras policlínicas para poder capacitar a un mayor número de personas” (Equipos de dirección de la División Salud)

En el mismo sentido, se indicó desde las policlínicas:

“Yo creo que la atención es adecuada, primero que el equipo es muy respetuoso de las diferencias de todas las personas y no importa quién vaya a atenderse en ese sentido; después se hizo un curso de sensibilización sobre el tema LGTB”. (Coordinadores/as de las policlínicas seleccionadas)

Si bien desde las autoridades de la División Salud y desde los integrantes del Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud se inscribió esta apertura en un largo recorrido de aprendizaje institucional, cuyo comienzo se tendía a ubicar en la incorporación de la perspectiva de género en salud y el trabajo en derechos y sexualidad que dio inicio en la década de 1990, los equipos de las policlínicas tendieron a ver este proceso como algo reciente, que se vinculaba con los cambios más generales que se daban en la sociedad con respecto a la diversidad sexual.

“Cuando yo empecé en las policlínicas era un tema que no se trataba directamente, no se hablaba, y yo veo que en los últimos años se está hablando y se están haciendo instancias de sensibilizaciones y cursos que antes no existían, o sea yo creo que ha habido un cambio bastante importante en ese sentido”. (Personal médico, odontológico y de enfermería)

Desde los equipos de las policlínicas, el contar con instancias de sensibilización y capacitación en estas temáticas fue evaluado por lo general como muy positivo. Las y los integrantes de los equipos manifestaron que eran necesario tener instancias de este tipo dado que la mayoría de ellos (independientemente de su rol) consideraron que tenían carencias en su formación respecto a estos temas: *“te abre la cabeza”, “unifica criterios”, “aprendés cosas nuevas”, “me dejó reflexionando una semana”, “me sirvieron mucho para la policlínica porque hay cosas que uno no sabe cómo manejarlas”,* fueron algunas de las expresiones que se manifestaron des-

de los equipos para referirse a las instancias de formación que habían recibido en 2016.

De hecho la amplia mayoría de las y los entrevistados tomaron contacto con estos contenidos a partir de estas instancias, no teniendo conocimiento previo de que existieran recursos disponibles como el audiovisual elaborado en el marco de los Centros de Salud Libres de Homofobia “¿Cuál es la diferencia?”⁴ o la Guía sobre Salud y Diversidad Sexual (salvo por casos muy puntuales).

Además, se indicó que sería necesario dar continuidad a estos esfuerzos de capacitación, aunque hubo entrevistados que manifestaron reparos frente a la modalidad que se adoptaba para las sensibilizaciones dado que implicaba cerrar la policlínica por el día (lo que podía generar malestar en usuarios/as). Como sugerencia, también se indicó que: i) se podría pensar en sensibilizaciones con contenidos específicos de acuerdo a cada uno de los perfiles que se encuentran en los equipos de las policlínicas; ii) se podrían extender las sensibilizaciones a las redes en las que están insertas las policlínicas; iii) se podrían planificar sensibilizaciones con participación de vecinos/as que integran comisiones de salud; iv) se deberían ampliar los cupos para que todas/os los integrantes de las policlínicas pudieran participar del curso en Facultad de Medicina (lo cual está contemplado en la planificación de formación a 2017 del Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud).

Otro elemento interesante fue el proceso que se dio con las personas que participaron de dicho curso en Facultad de Medicina, ya que pudieron profundizar sobre esta perspectiva y comunicarla a los equipos que integran en las policlínicas, actuando como replicadoras y asumiendo un rol de referentes en su equipo en esta área⁵:

“Vamos a seguir y seguimos (la reflexión sobre estos temas), porque (nuestra referente) nos cuenta: ‘pah, nos hicieron esto, nos hicieron lo otro’, y ta, vamos a seguir andando”. (Coordinadores/as de las policlínicas seleccionadas)

4 <https://www.youtube.com/watch?v=WUnGHQnpXQY>

5 De hecho la selección de estas personas fue cuidadosa desde las coordinaciones de las policlínicas, donde se buscó que quienes se capacitaran en esta área fueran recursos valiosos, lo que también jerarquizó desde el inicio la tarea de la referencia.

Desde los equipos, también se indicó que el haber contado con instancias de sensibilización abría una puerta para discutir estos temas a la interna, tanto para compartir experiencias como para explicitar diversas posturas (e incluso resistencias) frente a la incorporación de la perspectiva de la diversidad.

“Yo creo que la capacitación dio como para charlarlo entre nosotros y ver diferentes puntos de vista, entonces eso me parece que está bueno... como generar un debate así sobre el tema más allá de que cambies o no cambies de opinión, cada uno sigue pensando... pero bueno es una posibilidad más y abre un poco la cabeza (...) Y me parece como que también a cada uno nos hace pensar nuestro punto de vista, es decir sea cual sea pero me parece que está bueno como generar esas cosas y salirnos un poco de la casilla”. (Personal médico, odontológico y de enfermería)

“Más allá que para mí no resulta mucha novedad, veo que a veces en los entornos de los equipos a se necesita. Porque a veces veo que hay como ciertos prejuicios o falta de acostumbramiento al tema, o que no siguen viéndolo como algo igual, a veces se siente eso. Pero lo siento del mostrador para atrás, no del demostrador para adelante (...) entonces por eso lo de los talleres me parece que aporta, porque también te da la instancia de ponernos a hablar de ese tema. Igual hay gente que no va a cambiar, pero...” (Personal administrativo)

“Me parece que sí, que hay que sensibilizar, yo sé que en los equipos hay resistencias, no voy a decir que ‘ta, sí, somos todos diversos y abiertos’. No, hay resistencias, por religiosas, por deformación de heteronormatividad y porque estamos criados de esa manera, yo cada vez que voy a una reunión me peleo con alguien, porque a veces... yo no quiero abrirle la cabeza a nadie pero sí desde la ignorancia me interesa que por lo menos entrés en tema, te intereses por el tema y bueno, que tengas las cosas claras y después lo charlamos, y podés estar de acuerdo o no”. (Personal médico, odontológico y de enfermería)

En menor medida, en las entrevistas también surgieron algunas discrepancias respecto al enfoque de la formación recibida, dado que se manifestó que contrastaba con líneas teóricas y otros elementos de la formación

clínica aprendidos con anterioridad. Desde esta postura también se criticó lo que se entendió como un modelo binario de concebir a la discriminación, ya que se dijo que se la asociaba únicamente a las prácticas de las y los profesionales de la salud, entendiéndose que también la población LGTBI debía empoderarse para no “*auto-excluirse*” o “*auto-discriminarse*”:

“Tenés que empezar a mirarte vos positivamente, si estás pensando que todo el mundo piensa mal de vos, y no todo el mundo piensa... yo sé que hay gente que sí que va a pensar mal, pero no todo el mundo... entonces tratá de arrimarte a los que piensan como vos para que te apoyen y los otros, bueno, qué vas a hacer, con todo no se puede, hay que aprender a convivir. Entonces si vos te auto-excluís no hay vuelta”. (Personal médico, odontológico y de enfermería)

No obstante las resistencias mencionadas, otro elemento significativo es que se encontró un discurso muy extendido que resaltaba la importancia de incorporar la diversidad sexual en el marco de la atención en salud, que nuevamente se registró en todos los perfiles entrevistados.

En este sentido, se dijo que incorporar este enfoque en las policlínicas:

- Contribuía a terminar con prejuicios que existían en la sociedad respecto a las personas LGTBI
- Ayudaba a brindar una atención en salud que no partiera de la presunción de heterosexualidad
- Generaba una consultoría más adecuada para el usuario/a
- Abría “una puerta” para usuarios/as que muchas veces se sentían excluidos/as en los centros de salud debido a su orientación sexual y/o identidad de género

Pero si bien se resaltaba la importancia de incorporar este enfoque, era heterogéneo el modo en el que se ponía en práctica, lo que respondía tanto a diferencias relacionadas con los distintos perfiles profesionales (administrativos, médicos generales, auxiliares de enfermería, etc.) como con diferentes visiones a la interna de las especialidades y perfiles.

A nivel del personal administrativo, fue extendida la percepción sobre la importancia de su rol como “puerta de entrada” a la policlínica,

dado que es el primer contacto de las y los usuarios con esta. En prácticamente todos los casos, las personas entrevistadas hicieron referencia a las personas trans⁶ y a las barreras particulares que estas enfrentan en el sistema de salud, identificando acciones concretas que podían emprender desde su rol para brindar una experiencia más amigable en la policlínica y ayudar a la retención de estas personas. Asimismo, la importancia del rol del personal administrativo en la captación también fue resaltada por los demás perfiles en la policlínica.⁷

Si bien fueron identificados como casos puntuales, en todas las policlínicas se hizo referencia a que asistían personas trans, por lo general mujeres trans; esto en ocasiones era desconocido por otros perfiles profesionales de la policlínica, dado que por lo general se indicó que las personas trans iban a consultas puntuales (odontología, salud mental, ginecología, medicina general, etc.), a curaciones, o incluso únicamente a controlarse la presión, a retirar preservativos o a usar el baño, señalándose que esto último hacía que formalmente no fueran usuarias registradas de la policlínica a través de la historia clínica. También se indicó que en los casos de captación reciente, las usuarias manifestaban que querían comenzar el proceso de hormonización y de intervenciones quirúrgicas.

En este marco y fundamentalmente a partir de que las sensibilizaciones insistieron en este punto, la mayoría del personal administrativo comenzó a identificar la carpeta en la que se guarda la historia clínica con el

6 Persisten sin embargo dificultades en el poder nombrar a las personas trans: se refiere a ellas como travestis, homosexuales, etc. En muchos casos, las propias personas entrevistadas reconocen las dificultades que tienen en este sentido.

7 *"Yo creo que si vos abris una puerta a la forma de llamar a una persona por el apellido, o el lenguaje que vas a usar en la entrevista, yo creo que cambia, cambia mucho, y realmente lo sentís porque la persona vuelve, se controla, tiene su control en salud habitual, está receptiva a los cambios que no son fáciles y también el equipo lo genera, se genera y se palpa. No solamente la atención médica sino desde recepción, que es fundamental. Como yo siempre les digo, el 70% de la policlínica es la administración en la recepción, porque si ya te reciben mal después no pasan ni al psicólogo ni al nutricionista, entonces es fundamental tener unas administrativas que sean receptivas a este cambio porque después en la entrevista médica o en la entrevista con la enfermera es otra cosa, pero si ya te cerraron la puerta de primera lo primero que haces es 'no, acá no vengo más'. Entonces, cuando hacemos las capacitaciones tienen que ir todos". (Coordinadores/as de las policlínicas seleccionadas)*

nombre social de los/las usuarias trans, independientemente de si habían hecho el cambio de nombre registral.

“Le preguntamos, ‘¿cuál es el nombre con el que tu deseas que te llame-mos?’. Y ponemos en la ficha: ‘se llama Florencia’⁸. Entonces si el técnico no la llama por el apellido, bueno, la llama por Florencia, porque esa persona se identifica como Florencia, no es Mario ni Alfredo... porque a veces para cambiar el nombre hay dos años, tiene que vivir como una mujer, y hay gente que accede y otras personas que no acceden al cambio de nombre”. (Personal administrativo)

“En la tapa de la historia clínica va el nombre de la persona, la fecha de nacimiento, la cédula y a qué policlínica pertenece, después depende de cada consulta qué es a lo que viene, tenemos muchos ítems distintos para que llene. Nosotros puntualmente no llenamos nada de eso, solamente la parte de adelante a lo cual ahora si es travesti⁹ por ejemplo, le preguntás cuál es nombre social o cómo quiere que lo llamemos y en la historia estamos poniendo ese nombre”. (Personal administrativo)

Asimismo, algunas de las personas entrevistadas señalaron que le recordaban al personal médico el nombre social de la persona para que la llamara de esa forma a la consulta, así como también fue señalado por el personal médico como una buena práctica que se realizaba desde la recepción. En otros casos, se mencionaron también prácticas como llamar a la persona por el apellido o por el número de consulta.

Sin embargo, si bien fue la excepción, también hubo visiones encontradas en esta área, ya que una de las personas entrevistadas consideró que no se debía utilizar el nombre social en la recepción si no coincidía con el registrado en la cédula:

“Ellos nos dan la cédula acá para la historia, entonces nosotros no llamamos a los pacientes, nosotros solo le damos número y después el odontó-

8 Para resguardar la confidencialidad de las personas, se utilizan nombres ficticios.

9 Ver nota 6.

logo lo tiene que llamar y ta, lo llama por el nombre que está en el parte diario. De acá ya le sale con nombre a ellos, por eso damos número, entonces damos acá y lo llama por el nombre el profesional (...) Después de esa charla nos dijeron que si ellos tenían un nombre diferente que le digamos como quieren que lo llamemos, lo que pasa es que claro, hasta no cambiarse la cédula como que no... ellos lo viven también adelante de la gente, no sé capaz que eso tendría que el profesional preguntarle a él, no acá adelante en el mostrador... porque hay una cola de diez personas, no vamos a estar diciendo en la cola a ver qué quieren". (Personal administrativo)

Por otra parte, si bien la gran mayoría de las personas entrevistadas mostró apertura frente al tema, en varios casos reconocieron que aún les faltaba naturalidad para incorporarlo, haciéndose referencia particularmente a dificultades para la incorporación del lenguaje (esto último de hecho fue una característica que atravesó a varios de los perfiles profesionales, que manifestaban dificultades para referirse a las mujeres trans en femenino y a los varones trans en masculino, por ejemplo, o expresaban confusiones a la hora de utilizar el término trans). También se hacía referencia a que muchas de las mujeres trans que se acercaban a las policlínicas no tenían los recursos para verse exteriormente de la forma en que se tiende a visualizar a las personas trans (es decir, que su apariencia no coincidía con lo que estereotípicamente se entiende como femenino y masculino), por lo que algunas de las personas entrevistadas señalaron que en ocasiones les costaba identificarlas desde el inicio. Un reclamo que se expresó en este sentido fue el poder profundizar sobre las herramientas para abordar situaciones que se podían dar en las salas de espera en la interacción con estos usuarios/as, que pudieran resultar expulsivas (ej: "cuchicheos" al escurrar que llamen a una persona trans por su nombre social).

Otro elemento interesante fue que varias de las personas de administración entrevistadas vivían en el barrio en el que se encontraba la policlínica, lo que les brindaba un acercamiento distinto a las y los vecinos y otro conocimiento del entorno (ya que por ejemplo, circulaban por el barrio en horarios distintos a los de la policlínica y en fines de semana, así como frecuentaban espacios barriales de socialización, como la feria). Desde ese punto de vista, relataban que usuarios/as de las policlínicas se les acercaban a hacerles consultas sobre servicios y horarios de atención

fuera del ámbito de la policlínica, así como también observaban que la baja asistencia de personas trans a la policlínica contrastaba con su presencia significativa en estos espacios barriales:

“Yo soy del barrio y veo travestis¹⁰ en la calle, hay muchos, en el ómnibus, vas a la feria por ejemplo y ves muchos que están vendiendo o que están comprando (...) acá hay mucha población que no la veo, gente que sé que está en la feria por la que paso todos los domingos y está vendiendo, que la veo que no llegan a atenderse acá. No sé si tendrán otro centro de salud, porque capaz que tienen otro prestador de salud o puntualmente no se atienden, o se atienden en esta policlínica que yo no sabía que estaba específicamente para ellos (en referencia a la UDA de Saint Bois)¹¹”. (Personal administrativo)

En cuanto al personal más directamente vinculado con la atención en salud (médico, odontológico y de enfermería), hubo quienes señalaron que la diversidad era algo que se debía incorporar en la consulta y por otra parte, quienes consideraron que no siempre era necesario hacerlo. Dentro del primer grupo de profesionales, se consideró que contemplar la perspectiva de la diversidad incorporaba un aspecto muy relevante de la vida de los usuarios/as en la atención e influía tanto en la consejería como en la permanencia de los usuarios/as en las instituciones de salud. En este sentido, se consideró relevante incorporar la orientación sexual en la consulta:

“Es fundamental porque sino, uno hace consejería al barrer. Si yo no sé en qué contexto de orientación o identidad sexual estoy la consejería que hago puede no solamente no ser efectiva sino que hasta expulsiva, porque si yo te hago una consejería asumiendo que sos -por decir alguna cosa- heterosexual, y seguramente si sos homosexual la consejería no solo no te va a servir sino que vas a decir ‘acá no puedo venir más porque a esta per-

10 Ver nota 6.

11 El considerar a la UDA de Saint Bois como un servicio especializado para personas trans fue una constante en las entrevistas, lo cual será analizado más adelante en este informe.

sona ni se le ocurre pensar que esta puede ser mi forma de vivir”. (Personal médico, odontológico y de enfermería)

Dentro de este grupo de profesionales, se indicó que si no se incorporaba este aspecto, se podían hacer intervenciones inadecuadas:

“Porque no hay que asumir cosas, y por ahí vos mandás un tratamiento o una forma de cuidarse que no es la indicada entonces hay que preguntar primero (...) Me ha pasado que hace un tiempo, porque antes creo que asumía más algunas cosas, uno asume que todas las personas son heterosexuales y no es la... digo por ahí son menos las personas homosexuales, pero en realidad hay que pensarlo siempre y preguntar, porque por ahí uno le dice a una chica: ‘¿y usas algún anticonceptivo?’. Y la chica tiene una pareja homosexual. Entonces, para evitar ese tipo de cosas hay que preguntar”. (Personal médico, odontológico y de enfermería)

Este grupo de profesionales incorporaba la pregunta sobre la orientación sexual en la consulta, muchas veces siguiendo el modelo de la Historia del Adolescente (CLAP/SMR - OPS/OMS). En ocasiones se indicó que se abordaba lo referente a sexualidad desde la primera consulta, y en otras, que se iba incorporando en el marco de una atención longitudinal del usuario/a.

FIGURA 8. Fragmento sobre sexualidad en Historia del Adolescente

SEXUALIDAD	PAREJA SEXUAL	EDAD INICIO REL. SEX.	DIFICULTADES EN REL. SEX.	ANTICONCEPCION	Inicio MAC	Consejería	ACO de Emergencia	
RELACIONES SEXUALES no hetero <input type="checkbox"/> homo <input type="checkbox"/> ambas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c	años <input type="checkbox"/> bajo coacción <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	uso habitual de condón <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	ACO pilozoa <input type="checkbox"/> pref. acet. <input type="checkbox"/> inyectable <input type="checkbox"/> implante <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> pref. acet. <input type="checkbox"/> otro hormonal <input type="checkbox"/> otro método barrera <input type="checkbox"/> ritmo <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> pref. acet. <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> EQV masc. <input type="checkbox"/> EQV fem. <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Observaciones								

Fuente: Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS (2010)

Al respecto se indicó:

“Al principio a mí me costaba también, pero en realidad después te das cuenta que cuando lo preguntás es mucho más fácil, como que sacarlo como una pregunta más, o sea desde un lugar de respeto y en un lugar de intimidad, en el marco de la consulta como tiene que ser, pero lo preguntás como... como pregunto la hipertensión y sale así también, cuando le preguntás así, sale así de natural también, te sorprende eso. Pasa pila con los adolescentes que lo tienen mucho más incorporado que nosotros, tampoco me considero una persona tan mayor pero bueno, hace muchos años que estoy en contacto con pacientes desde el nivel de estudiante y como que fui viendo como cambié yo también al preguntarlo, es impresionante (...) Ahora como lo incorporé a la pregunta y lo pregunto siempre, entonces yo me saqué ese prejuicio y eso hace que el paciente lo reciba así también y lo responde como si nada, ‘no, no, heterosexual’, ‘no, sí, homosexual’, como si nada, está bueno”. (Personal médico, odontológico y de enfermería)

“Yo le pregunto: ¿tenés pareja?, y me contestan. Y le pregunto de una, ¿hombre, mujer, ambos?, y me contestan. O sea cuando preguntas así no hacen problema, creo que a veces el tema es eso, cómo preguntás, si das por sentado que puede ser cualquiera de las opciones como que le abris la cancha y te dicen libremente cuál es su orientación o... incluso me pasa a veces con los adolescentes cuando controlo que también, he visto que a veces también uno puede presuponer que es de determinada orientación sexual y no, entonces preguntarlo es importante”. (Personal médico, odontológico y de enfermería)

“La sexualidad es parte de la vida. Realmente durante la consulta médica uno hace un montón de preguntas que son todas preguntas de tu vida privada, porque desde cómo son tus tránsitos urinario y digestivo es algo privado tuyo, lo que pasa es que como nos es natural preguntarte eso y como no es natural a veces hablar de la sexualidad... pero eso es algo social porque la sexualidad sigue siendo un tema tabú, lo que nosotros cada vez más queremos es que sea natural, naturalizarlo y en mi experiencia personal, yo hace ocho años que me recibí y siempre he trabajado en la comunidad y nunca me pasó que alguien cuando le haya preguntado por su sexuali-

dad se haya ofendido o no haya venido más, de la edad que se te ocurra (...). A mí me parece que cuando tu lo interrogás, si te estoy preguntando con quién vivís, cuántos duermen en el cuarto, bueno... tu tenés pareja sí o no, estable sí o no, hombres, mujeres, ambos; ¿tú te identificás como mujer, como hombre? Cuando vos lo empezás a naturalizar sale y no es que a mí 'pah, qué fácil me sale'. No, a mí la Facultad no me formó para eso, la residencia tampoco me formó para eso". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

Dentro del segundo grupo de profesionales, se diferenciaban dos posturas: estaban aquellos que consideraban que en términos generales se debía integrar la perspectiva de la diversidad en la atención en salud pero que no era relevante incorporar esta dimensión si se trataba de actuaciones puntuales (ej: vacunaciones, atenciones odontológicas)¹² y quienes consideraban que la atención debía ser la misma para todos los usuarios/as, por lo que no era relevante incorporar la perspectiva de la diversidad ni contemplar especificidades asociadas a la sexualidad. En el relato de este último grupo de profesionales, se observó que la diversidad sexual se asociaba a situaciones concretas que emergían introducidas por los usuarios/as, pero que no se incorporaba este abordaje por parte de las/los profesionales al abordar la sexualidad.

"Nosotros estamos acostumbrados a tratar por igual a la persona que venga, no le preguntamos orientación sexual. Atendemos a la gente que viene que puede ser por consulta espontánea o crónico y es igual para todo el mundo". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

12 Es interesante no obstante notar que mientras para algunas personas estas intervenciones puntuales no ameritaban la introducción del enfoque de diversidad, otras dieron ejemplos de situaciones que tenían como marco justamente estas consultas puntuales: *"Nosotros pedimos datos en vacunas, por ejemplo el nombre de la mamá y me dan un nombre de un varón, pero en los formularios eso todavía no está cambiado y bueno, pongo lo que me dicen, porque por lo general son adolescentes que vienen solos entonces ta, al pedir el nombre de la madre dan el nombre de un varón y lo pongo igual, porque eso supongo que más adelante se irá a cambiar o a instrumentar de otra manera". (Personal médico, odontológico y de enfermería)*

Hoy en día, el que no se incorpore la perspectiva de la diversidad en la consulta se refuerza con el mecanismo de registro de la historia clínica del adulto que se emplea en las policlínicas, dado que no se contempla expresamente (aunque parte de los profesionales que incorporan la perspectiva de la diversidad indicaron que sí registran artesanalmente en la historia lo referente a orientación e identidad de género).

Un dato relevante a tener en cuenta es que en el relato de las/los entrevistados del primer grupo de profesionales (es decir, los de mayor apertura frente a la incorporación del tema), se mencionó que esa “falta de casillero” hacía que no siempre se registrara lo referente a orientación sexual e identidad de género artesanalmente en la historia clínica,

“A veces no registro (la orientación sexual), me lo quedo el dato justamente porque a veces uno dice ‘este dato es importante’, pero como no está un casillero para ponerlo... ¿lo pongo o no lo pongo? El que viene atrás mío y capaz que lo va a ver porque le duele la garganta va a ver este dato... no sé, todavía hay un poco de estigma y discriminación”. (Personal médico, odontológico y de enfermería)

Esta ausencia de la variable en el diseño del formulario de la historia también abonaba la percepción de que el registro no era demasiado relevante:

“Se registra pero como que no es muy importante el tema ese”. (Personal médico, odontológico y de enfermería)

También despertaba dudas en los profesionales el registrarlo, debido a la confidencialidad que se establecía con los usuarios/as:

“Te confieso que pienso que debería de anotarse (la orientación sexual) pero yo a veces no lo hago, porque a veces pienso que... no sé, cuando es un paciente que es como no tan obvio o yo qué sé, o te lo cuentan de una forma que te das cuenta que le incomoda, no sé, el tema de compartir la historia con los demás y eso, a veces hace que uno sea reservado. Capaz que está mal, en realidad si lo pienso tendría que decirse y tendría que tratarse bien, pero bueno, a veces capaz que yo alguna vez no lo he registrado”. (Personal médico, odontológico y de enfermería)

Este es de hecho uno de los puntos en los que el Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud impulsa un cambio, ya que el no contar con estos datos en la historia impide saber información básica, como cuántas personas trans se asisten en policlínicas, cuántas heterosexuales, cuántas homosexuales, posibles prevalencias asociadas, etc.

No obstante, el registro ha variado en otro de los instrumentos desarrollados por la IM, la planilla de seguimiento Objetivo 90 recientemente implementada en el marco de la estrategia 90/90/90 (para acceder a una mirada comparativa de los formularios empleados en las policlínicas, ver cuadro 4).

De hecho, el haber incorporado una pregunta sobre “prácticas sexuales” en el formulario que se aplica para el test rápido de VIH ha despertado resistencias en los equipos, que llevó a explicitar a algunos de sus integrantes que consideraban que se estaba entrando en el plano de la privacidad de las personas al hacerles estas preguntas.

“Vinieron los formularios entonces había como la duda, yo escuche por ahí de si el formulario todos sabíamos que teníamos que llenarlo, si fuera positivo o si fuera negativo, preguntas sobre las prácticas sexuales y entonces esto generó como que... ‘¿y esto se lo pregunto a todos o solo a algunos?’. Se ve que esos formularios antes no eran así, de hecho las historias clínicas no tienen ni práctica sexual ni orientación, nada, y esto si lo tiene. Entonces eso ya genera como un tema”. (Personal médico, odontológico y de enfermería)

Desde la dirección del SAS se reconoció que este era un punto de tensión con los equipos, pero se reafirmó el compromiso institucional de avanzar en esta línea:

“Estamos trabajando a la interna de los equipos, hoy por ejemplo estuvimos una gran parte de nuestra reunión hablando de algunas concepciones que algunos equipos tienen, algunas resistencias que tienen con miradas diferentes hacia lo que tiene que ver con la confiabilidad, algunos equipos no quieren preguntar determinadas cosas porque les parece que eso es una invasión... Como que estamos violando los derechos de privacidad, por lo tanto se resisten a llenar unos formularios que nosotros tenemos pautados, que no los inventamos nosotros, los creó el Ministerio (de Salud Pública)”. (Equipos de dirección de la División Salud)

CUADRO 4. Fuentes de registro

Actualmente en las policlínicas conviven diversos formularios y fuentes de registro, con distintos criterios para recabar la información.

Durante esta consultoría, fueron mencionados cuatro por las/los entrevistados:

1. Historia Clínica del Adulto, desarrollada por la División Salud de la IM
2. Planilla de seguimiento Objetivo 90, también desarrollada por la División Salud de la IM
3. Historia del Adolescente, desarrollada por el Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva de la OPS/OMS
4. Formulario de Referencia de Pacientes, desarrollado por la RAP-ASSE

De estos cuatro modos de registro, los primeros dos son sistematizados por la UCI de la IM.

En lo que refiere a orientación sexual e identidad de género, ni la **Historia Clínica del Adulto** de la IM ni el **Formulario de Referencia de Pacientes** de la RAP-ASSE contemplan la posibilidad de incorporar orientación sexual ni incluyen la opción “Trans” dentro de la variable sexo.

La **Planilla de seguimiento Objetivo 90**, por su parte, si bien señala solo dos opciones (F/M) en la variable “sexo biológico”, incluye tres ítems para la variable “género” (F/M/Trans). También incorpora la variable “práctica sexual”, en donde se pregunta a los usuarios/as si tienen relaciones con: “Mujer/Hombre/Transgénero”. En este sentido, toma la misma formulación que figura en el formulario de solicitud de test confirmatorio de VIH para adultos, desarrollado por la División Epidemiología del Departamento de Vigilancia en Salud del Ministerio de Salud Pública (Ordenanza MSP 567 - 2014. Protocolos de diagnóstico de VIH). Debe notarse que se utilizan dos términos como si fueran sinónimos para referirse a las personas trans, lo cual también alimenta la confusión expresada en los equipos de las policlínicas respecto a “cómo nombrar”.

La **Historia del Adolescente**, por su parte, incorpora la dimensión de la sexualidad y pregunta a los adolescentes si mantienen relaciones sexuales, con cuatro opciones de respuesta: “no/hetero/homo/ambas”. También pregunta si tiene pareja única o varias parejas, la edad de inicio de las relaciones sexuales (y si fue bajo coerción o no), si tiene dificultades en las relaciones sexuales e incorpora preguntas sobre anti-concepción y métodos de protección, instando a las/los profesionales a señalar si hacen consejería en este punto. Si bien este formulario es el que recaba más información de los cuatro analizados -ya que permite incorporar información sobre el contexto familiar e indicadores socio-económicos, entre otros- no permite registrar arreglos familiares homoparentales ni contempla la posibilidad de que la o el adolescente sea trans (la variable sexo es dicotómica y solo admite las opciones F/M). No obstante ello, puede incluirse en el diagrama familiar que también figura en ese formulario con una simple indicación a las/los profesionales: que coloquen una “T” dentro de la representación gráfica de lo masculino (cuadrado) si se trata de trans masculinos, y una “T” dentro de un círculo si se trata de trans femeninas.

“Cuando se pregunta sobre prácticas sexuales o sobre identidad de género hay equipos que lo cuestionan, pero justamente hoy hablábamos eso, cuánto pasa en realidad por defender a ese usuario que simplemente puede decir ‘no quiero responder esto’ y se registra y se sigue, y cuánto pasa por la resistencia nuestra, entonces hay que trabajar hacia eso. (...) Y además dentro de un marco, de una política, del Ministerio de Salud Pública que tiene determinados ejes estratégicos y también dentro de una política institucional de la Intendencia de Montevideo que ha definido trabajar hacia la diversidad, la igualdad de género. Entonces bueno, hay cosas que hay que inscribirlas en esa línea y cada uno con la posibilidad de las variaciones individuales, pero todos alineados en el mismo proyecto, hay pautas institucionales que son eso, pautas institucionales”. (Equipos de dirección de la División Salud)

Por otra parte y en cuanto a identidad y expresión de género, como ya se mencionaba de modo reciente se indicó que se habían comenzado a atender usuarias/os en las policlínicas que querían comenzar el proceso de hormonización e intervenir quirúrgicamente. El acercamiento de estas usuarias/os respondía tanto a la consulta espontánea como a los mecanismos de captación de los equipos de las policlínicas (mencionándose particularmente el rol de los trabajadores sociales en este punto). El que se comenzaran a atender estas usuarias/os representaba nuevos desafíos para el equipo de salud, en cuanto al conocimiento específico sobre la hormonización¹³, derivaciones, etc. (sugiriéndose incluso incorporar este contenido en futuras capacitaciones).

“Ella se sentó y me dijo: ‘yo quiero ser mujer, quiero hacer todo el proceso para ser trans femenina, quiero desde las hormonas hasta la operación’. Entonces bueno, para mí es la primera vez que asisto a un caso así, igual por suerte tenemos el recurso de la policlínica del Saint Bois entonces un poco hemos actuado de puente entre verla acá y acompañar el proceso y que ella se va a empezar asistir allá, donde de hecho va a ocurrir todo lo que ella quiere que ocurra, pero para nosotros fue un desafío porque tanto para la trabajadora social como para mí... a mí hasta el momento actual nunca me había surgido esa consulta y yo dije: ‘bueno, tengo que leer, qué tengo que hacer, en qué me tengo que fijar’. Verdaderamente para mí estuvo buenísimo porque está bueno que empiecen a pasar esas cosas”.
(Personal médico, odontológico y de enfermería)

La referencia a la UDA de Saint Bois para abordar estos temas fue una constante, tanto por las características de su atención como por disponer de acceso a insumos y servicios para estas usuarias/os que no estaban disponibles en las policlínicas (ej: hormonas y vinculación fluida con el tercer nivel).

13 Ver protocolo que el Ministerio de Salud Pública está elaborando al respecto. Están disponibles también la Hoja Informativa sobre tratamiento hormonal para la reasignación de sexo (que incluye consentimiento informado y revocación del consentimiento informado) (ASSE, 2015), y el Protocolo de hormonoterapia cruzada (RAP-ASSE y UdeLaR, 2015).

No obstante, era muy extendida la percepción de que se trataba de un servicio especializado exclusivo para personas trans, lo cual se distancia del objetivo con el que fue concebida la policlínica de la UDA (que no aspiraba a constituirse como un dispositivo especializado sino verdaderamente integrador de todas las personas).

De hecho, en algunas de las personas entrevistadas surgieron cuestionamientos a la experiencia de la UDA pero desde la adopción de este supuesto, señalando que no comprendían por qué se había establecido un servicio especializado en vez de transversalizarse la atención en los diferentes niveles.

A modo de síntesis de este apartado, debe señalarse lo siguiente:

- Hay una percepción extendida en los actores entrevistados (Equipos de dirección de la División Salud; Coordinadores/as de las policlínicas seleccionadas; Personal médico, odontológico y de enfermería; Personal administrativo) de que no existe discriminación hacia las personas LGTBI en las policlínicas de la IM. Ello se respalda en que no se tiene conocimiento sobre denuncias por situaciones de discriminación, en que se ha trabajado sobre este tema en sensibilizaciones con los equipos y en que los equipos perciben que las personas trans y las que no se identifican como heterosexuales que se asistieron en las policlínicas han permanecido como usuarios/as de las mismas.
- Las instancias de sensibilización y capacitación en estas temáticas fueron evaluadas por lo general como muy positivas por los equipos de las policlínicas. La mayoría de las personas entrevistadas consideró que tenía carencias en su formación respecto a estos temas y tomó contacto con estos contenidos a partir de dichas instancias.
- Desde los equipos de las policlínicas se indicó que sería necesario dar continuidad a estos esfuerzos de capacitación, y se sugirió: i) realizar sensibilizaciones con contenidos específicos de acuerdo a cada uno de los perfiles que se encuentran en los equipos de las policlínicas; ii) extender las sensibilizaciones a las redes en las que están insertas las policlínicas; iii) planificar sensibilizaciones con participación de vecinos/as que integran comisiones de salud; iv) ampliar los cupos para que todas/os los integrantes de las policlínicas pudieran participar

del curso en Facultad de Medicina (lo cual está dentro de la planificación del Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud).

- El que no se identificaran situaciones concretas de discriminación no se traduce en ausencia de resistencias frente a la incorporación de la perspectiva de diversidad en salud. Estas resistencias se están comenzando a identificar y discutir a la interna de los equipos, pero el trabajo sobre este aspecto debe entenderse como un proceso que debe continuar. Si bien son minoritarias, en el relato de las/los entrevistados se identifican situaciones potencialmente expulsivas que no son identificadas como tales por estar naturalizadas: aún hay resistencias a llamar a las personas trans por su nombre social (aunque se haya trabajado como contenido específico en la sensibilización), se considera que no es relevante incorporar dimensiones como la orientación sexual o la identidad de género en la consulta (partiendo de un concepto de “igualdad” que no contempla la diversidad sexual), o se responsabiliza a las personas vulnerables por su vulnerabilidad (“se auto-discriminan”).
- No obstante las resistencias mencionadas, otro elemento significativo es que se encontró un discurso muy extendido que resaltaba la importancia de incorporar la diversidad sexual en el marco de la atención en salud, que nuevamente se registró en todos los perfiles entrevistados. En este sentido, se dijo que incorporar este enfoque en las policlínicas:
 - Contribuía a terminar con prejuicios que existían en la sociedad respecto a las personas LGTBI
 - Ayudaba a brindar una atención en salud que no partiera de la presunción de heterosexualidad
 - Generaba una consultoría más adecuada para el usuario/a
 - Abría “una puerta” para usuarios/as que muchas veces se sentían excluidos/as en los centros de salud debido a su orientación sexual y/o identidad de género
- Si bien se resaltaba la importancia de incorporar este enfoque, era heterogéneo el modo en el que se ponía en práctica, lo que respondía tanto a diferencias relacionadas con los distintos perfiles profesionales (administrativos, médicos generales, auxiliares de enfermería,

etc.) como con diferentes visiones a la interna de las especialidades y perfiles:

- **A nivel del personal administrativo**, fue extendida la percepción sobre la importancia de su rol como “puerta de entrada” a la policlínica. En prácticamente todos los casos, las personas entrevistadas hicieron referencia a las personas trans (aunque con dificultades para nombrarlas y referirse a ellas) y a las barreras particulares que estas enfrentan en el sistema de salud, identificando acciones concretas que podían emprender desde su rol para brindar una experiencia más amigable en la policlínica y ayudar a la retención de estas personas. Asimismo, la importancia del rol del personal administrativo en la captación también fue resaltada por los demás perfiles en la policlínica.
- **En cuanto al personal más directamente vinculado con la atención en salud (médico, odontológico y de enfermería)**, hubo quienes consideraron que la diversidad era algo que se debía incorporar en la consulta y quienes consideraron que no siempre era necesario hacerlo. Dentro del primer grupo de profesionales, se consideró que contemplar la perspectiva de la diversidad incorporaba un aspecto muy relevante de la vida de los usuarios/as en la atención e influía tanto en la consejería como en la permanencia de los usuarios/as en las instituciones de salud. En este sentido, se consideró relevante incorporar explícitamente a la orientación sexual en la consulta. Dentro del segundo grupo de profesionales, se diferenciaban dos posturas: estaban aquellos que consideraban que en términos generales se debía integrar la perspectiva de la diversidad en la atención en salud pero que no era relevante incorporar esta dimensión si se trataba de actuaciones puntuales (ej: vacunaciones, atenciones odontológicas) y quienes consideraban que la atención debía ser la misma para todos los usuarios/as, por lo que no era relevante incorporar la perspectiva de la diversidad ni contemplar especificidades asociadas a la sexualidad. En el relato de este último grupo de profesionales, se observó que la diversidad sexual se asociaba a situaciones concretas que emergían introducidas por los usuarios/as, pero que no

se incorporaba esta perspectiva por parte de las/los profesionales al abordar la sexualidad.

- El que no se incorpore la perspectiva de la diversidad en la consulta se refuerza con el mecanismo de registro de la historia clínica del adulto que se emplea en las policlínicas, dado que allí no se contempla expresamente (lo cual también es objeto de trabajo del Grupo en Diversidad y Salud).
- No obstante, el registro ha variado en otro de los instrumentos desarrollados por la IM, la planilla de seguimiento Objetivo 90 recientemente implementada en el marco de la estrategia 90/90/90, que permite identificar si una persona es cis o trans e incorpora una pregunta sobre “prácticas sexuales”. Esto ha despertado resistencias en los equipos, que llevó a explicitar a algunos de sus integrantes que consideraban que se estaba entrando en el plano de la privacidad de las personas al hacerles preguntas sobre su sexualidad. Desde la dirección del SAS se reconoció que este era un punto de tensión con los equipos, pero se reafirmó el compromiso institucional de avanzar en esta línea.
- Por otra parte y en cuanto a identidad y expresión de género, de modo reciente se indicó que se habían comenzado a atender usuarias/os en las policlínicas que querían comenzar el proceso de hormonización e intervenir quirúrgicamente. El acercamiento de estas usuarias/os respondía tanto a la consulta espontánea como a los mecanismos de captación de los equipos de las policlínicas. El que se comenzaran a atender estas usuarias/os representaba nuevos desafíos para el equipo de salud, en cuanto al conocimiento específico sobre la hormonización, derivaciones, etc. En este punto, la referencia a la experiencia de la UDA de Saint Bois fue constante.

RESPUESTA AL VIH

En este apartado, se sigue la misma estrategia metodológica del apartado anterior, ya que se presenta un análisis de contenido en base a las entrevistas realizadas con la dirección de la División Salud y del Servicio de Atención a la Salud de la IM y los equipos de las policlínicas. También

en este apartado, las citas se identifican únicamente de acuerdo al perfil de cada entrevistado/a, es decir, si se trata de: 1. Equipos de dirección de la División Salud; 2. Coordinadores/as de las policlínicas seleccionadas; 3. Personal médico, odontológico y de enfermería; 4. Personal administrativo. Debido a la especificidad de su abordaje disciplinar, el único perfil profesional en el que no se hará una referencia genérica será el del médico encargado de la Policlínica de Infectología de La Teja. Asimismo, además del análisis de las entrevistas, se presenta aquí un análisis descriptivo que toma algunas características de las y los usuarios de dicha policlínica, realizado a partir de los datos que recaba el médico responsable y que fueron facilitados desidentificadamente por el profesional para esta consultoría.

Como se indicó en el capítulo 2, en lo referente a respuesta frente al VIH, desde hace varios años la IM cuenta con oferta permanente de test rápido para toda la población, independientemente de su cobertura de salud; no obstante, con la puesta en marcha de la estrategia 90/90/90, se buscó fortalecer “el primer 90” a través de una mayor promoción del diagnóstico, así como también la derivación y tratamiento adecuado en el caso de las PVV.

Al analizar el anclaje de esta estrategia en las policlínicas, en prácticamente todas ellas -aunque con diferentes énfasis- se hizo referencia a que la cantidad de test rápidos que realizaban había aumentado desde que se implementó la estrategia 90/90/90:

“Nosotros ahora estamos haciendo muchos más test que antes, se está haciendo una difusión que antes no se hacía y eso atrae más gente y se está haciendo en mayor cantidad test rápidos de VIH sobre todo. Me parece que es bueno porque es una forma de detectar precozmente, ahora es una enfermedad que tiene tratamiento en caso de ser necesario y bueno, me parece que es importante prevenir, promover y también aconsejar, también es una instancia para hacer conserjería sobre el tema, así que me parece que es importante”. (Personal médico, odontológico y de enfermería)

Las excepciones fueron la policlínica La Paloma y la policlínica de La Teja, donde si bien algunos entrevistados señalaron que se estaban realizando más test a partir de octubre, otros indicaron que ya se realizaban

muchos test antes de implementar la estrategia, por lo que no señalaron que percibieran incrementos significativos.

Como se indicó en el capítulo 2, en la policlínica de La Teja funciona un servicio denominado Policlínica de Infectología, que inició su actividad en agosto de 2013 con cuatro horas semanales y posteriormente amplió su horario. A partir de octubre de 2015, el servicio comprende 8 horas en La Teja y se agregó una consulta en el centro de salud del Cerro. La extracción de carga viral y recuento de CD4 se puede hacer en la zona, una vez por semana (ya que la logística implica que la sangre viaje al laboratorio de la RAP y luego al SEIC). A su vez, se realizan extracciones en la policlínica de La Teja casi desde el inicio de la experiencia. En cuanto a la dispensación de antirretrovirales, en un comienzo se realizaba únicamente en el Centro de Salud del Cerro, pero luego y a solicitud de las y los usuarios, se empezó a dispensar en todos los lugares donde hay farmacia de la RAP. Como se indicó previamente, la Policlínica de Infectología está a cargo de un médico ex residente de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la UdeLaR, que en este momento se encuentra preparando la prueba final para recibir el título de Infectólogo. Tanto él como la auxiliar de enfermería y la psicóloga de la Policlínica de Infectología son recursos que proporciona la RAP-ASSE, al igual que todo lo que tiene que ver con laboratorio, RX, etc.

El que existan este y otros servicios descentralizados marca una diferencia con el modelo hospitalocéntrico centralizado en el SEIC (tradicionalmente identificado por su ubicación en el Instituto de Higiene y dependiente del Hospital Pasteur), que segregaba y concentraba la atención a las personas con VIH/SIDA en un espacio “único y aislado” (Ponzo, 2015). Este modelo en sí mismo está en un proceso de cambio y reubicación, que no ha estado exento de polémica en términos más generales sobre las complejidades que implica apostar a la descentralización sin perjudicar la confidencialidad de las/los usuarios¹⁴. En este sentido, si bien la descentralización de los servicios favorece la accesibilidad y en el mediano plazo, una mayor familiarización y naturalización acorde con el nuevo paradigma de

14 Ver especialmente: <http://www.lr21.com.uy/sociedad/40925-enfermos-infecto-contagiosos-se-oponen-a-atenderse-en-policlinicas-y-http://eldiario.com.uy/2012/06/17/discriminacion-o-atencion/>

abordaje sobre el VIH/SIDA, también es necesario abordar la complejidad que muchas veces representa para las personas que viven con VIH el describir la atención a su entorno geográfico más inmediato, por el estigma y discriminación asociados a que su situación tome “estado público”.

De hecho, la Policlínica de Infectología parte del reconocimiento de esa complejidad ya desde su nombre (porque aunque su foco es el VIH/SIDA, en su denominación hace referencia a un marco más amplio, lo que se refleja a su vez en que la atención también abarca otras ITS, toxoplasmosis, Chagas, etc.). A su vez, se trabaja en la difícil tensión entre la confidencialidad y la naturalización, de una forma que respeta los procesos de las y los usuarios. Como señaló el médico responsable,

“Una paciente un día acá -éste es el consultorio de ginecología, nunca estoy en el mismo consultorio, hoy estoy acá y mañana estoy en psicología, o estoy en pediatría, no tengo un consultorio fijo- pero en éste cuando empezamos había habido una jornada antes y había un lazo rojo en la puerta, y una paciente me pidió que lo sacara. Decía ‘Ginecología’ tenía un lazo rojo y me dice: ‘estaría bueno que lo sacaras’. Una mujer que hace muchos años que tiene VIH, que es del barrio y que conoce a todo el mundo, y me dice: ‘yo sé que hay gente que no va a venir acá porque vos tenés eso en la puerta’. Y bueno, es difícil, porque tenemos que hacerlo lo más normal posible pero a la vez no podemos estarle complicando la vida a la gente y tenemos que asegurar la confidencialidad que hay que tener”. (Médico referente de Policlínica de Infectología)

La policlínica de La Paloma tiene a la policlínica de La Teja como una referencia en el municipio; las personas entrevistadas mencionaron a la Policlínica de Infectología como un recurso que tenían disponible para ofrecer a las y los usuarios, y también se mencionó como una referencia para los equipos, dado que como ya se indicó se afirmó que se realiza allí una gran cantidad de test por mes.

“En realidad nosotros desde quizás antes, el ofrecer el test rápido de VIH y además de sífilis siempre es algo que lo venimos haciendo, para mí es re valioso tenerlo porque en otro lugar donde trabajo no lo tengo, entonces lo ofrezco. No solo lo ofrecemos nosotros los médicos, acá lo ofrecen las chi-

quilinas en la administración, la enfermera es una crá la verdad, todo el tiempo lo está ofreciendo y ahora como con más formalidad". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

En los equipos de todas las policlínicas, también se identificó que había un cambio respecto a cómo se promocionaba el test (pasacalles, cartelera específica, mayor promoción en sala de espera) a partir de la nueva estrategia, ya que se indicó que ahora se promovía más activamente la realización del test rápido (a diferencia de situaciones anteriores, donde se reconocía -por ejemplo de parte del personal médico- que la recomendación de hacerse el test no era generalizada). También se hizo referencia a que el perfil de las consultas espontáneas había cambiado, y ya no se daba en aquellas personas que percibían que habían tenido "conductas de riesgo" sino que también se estaba generalizado como práctica¹⁵.

"Hay gente que viene y pide, hay gente mayor que viene y me resulta raro, te llama la atención, porque llega un persona de 80 años y decís 'ah, ¡mirá!'. Y después hay gente que quiere hacérselo todos los días... acá hay a veces pacientes que tienen como mucha ansiedad o necesitan llevarse algo, entonces igual vienen y dicen '¿puedo hacérmelo hoy?'. Vos sabés que vino hace dos días y no es necesario, yo también como entrego la medicación les ofrezco preservativos a todos cuando vienen y me plantean, y les digo '¿pero si te llevás esto?'. Pero ta, algunos todavía se resisten al preservativo, o sea que imagínate. Tuvimos el cartel como propaganda y hubo gente que venía y te decía: 'ah, quiero eso de la salud', y no tenía idea de que era VIH. Veían el cartel y venían a solicitarlo". (Personal administrativo)

15 En algunas policlínicas se hizo referencia a que parte de las consultas espontáneas provenían de personas que aspiraban a ingresar al Ejército, señalando que les pedían como requisito tener un examen de VIH negativo. Desde la sociedad civil, organizaciones con las que la IM trabaja como ASEPO han denunciado estas prácticas, señalando que acentúan el estigma y la discriminación hacia las PVV. Al respecto, ver: <http://www.montevideo.com.uy/contenido/HIV-polemica-por-examenes-en-el-Ejercito-136845>

“Se hacen los test, no la cantidad que yo quisiera pero se hacen los test, informando al usuario como nos enseñaron: (...) ‘vení a ver si estás sano’. Entonces nada más que con eso han venido una cantidad y sobre todo adolescentes, se le hace a las embarazadas que consultan con ginecología y no tienen el análisis que se les hace de rutina, se les hace acá, estamos haciendo campaña, publicamos en Facebook, tenemos una página de la policlínica. Saqué el cartel por el viento pero lo vamos a poner de vuelta”. (Coordinadores/as de las policlínicas seleccionadas)

“Nosotros empezamos a hacer los test y ya hicimos muchos, la gente lo toma bien, viene y solicita hacerse el test. Incluso nosotros tenemos estudiantes de enfermería, de auxiliares y de licenciados y han pedido ellos también para hacerse, así que venimos bien con la campaña. [Los usuarios/as] ahora lo piden más, incluso han venido parejas -en general han sido jóvenes- y vienen los dos a hacerse el test, vienen juntos, bien de bien”. (Coordinadores/as de las policlínicas seleccionadas)

“Lo que he visto es que la gente está como más abierta a hacerse el test (...) incluso pacientes que yo ya les he hecho VIH en la paraclínica por ejemplo igual van y se hacen el test. El otro día una señora grande me decía ‘voy a hacérmelo’. Sí, bárbaro, hacételo (...) Capaz desde que se empezaron a hacer hasta ahora, puede ser que la gente pueda como haber perdido el temor de hacérselo”. (Personal médico, odontológico y de enfermería)

Este mayor acercamiento a partir de la realización de los test rápidos fue señalado como una oportunidad por algunos de los/las entrevistadas, dado que tenía el potencial de acercar a la policlínica a usuarios/as no habituales, e incluso a perfiles que no suelen frecuentarla (por ejemplo, varones jóvenes).

A su vez, el realizar más test también enfrentaba a los equipos con la situación de multiplicar las tareas de consejería y los obligaba a completar un nuevo formulario, la Planilla de seguimiento Objetivo 90 a la que ya se hizo referencia en el apartado anterior. Además de los reparos expresados por los equipos respecto a considerar que algunas de las preguntas de dicho formulario entraban en la órbita de la vida privada de las y los usuarios, también se cuestionó la confidencialidad (porque

se identificaba el formulario con la cédula del usuario/a) y se indicó que esto implicaba un mayor esfuerzo respecto a la situación anterior: “*otro formulario más*” o “*hay que llenar las cosas doble*” (en referencia a que la información se registraba en el parte diario y en el formulario) fueron algunas de las expresiones al respecto.

En cuanto a la consejería, fue uno de los aspectos resaltados en la capacitación que recibieron todos los equipos de las policlínicas en el marco de la estrategia 90/90/90 y se destacó como un elemento central en prácticamente todos los entrevistados/as correspondientes al perfil 2 (coordinadoras/es de las policlínicas seleccionadas) y 3 (personal médico, odontológico y de enfermería).

Como parte de esta estrategia, como ya se indicó se realizó una capacitación a todos los equipos de las 24 policlínicas, centrándose en las metas 90/90/90, cómo hacer el test rápido y cómo orientar la consejería pre y post test. Esta capacitación fue planificada por la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la UdelaR, y en todas las instancias de capacitación participó un/a docente o un profesional vinculado a la cátedra. Como indicó uno de los integrantes del equipo docente, quien es además el médico responsable de la Policlínica de Infectología,

“Hicimos talleres hasta en Yano Rodríguez, que es la policlínica odontológica donde hay solo odontólogos, no hay médicos ni hay enfermería, solo odontólogos, y ellos también tienen (test rápidos) y los van a hacer ellos, los hacen los odontólogos. La idea es ofrecerlos no al que ellos sospechan, no solo al que viene a pedir, si no ofrecérselos a todos y si quieren hacérselo, que aprovechen y se lo hagan”. (Médico referente de Policlínica de Infectología)

Al igual que ocurrió con las instancias de formación orientadas a diversidad y salud, las capacitaciones centradas en VIH y la estrategia 90/90/90 recibieron una muy buena recepción en general por parte de los equipos de las policlínicas.

Este interés en los equipos también fue señalado por el médico responsable de la Policlínica de Infectología, quien a su vez al referirse a las capacitaciones destacó, por un lado: i) el énfasis en consejería pre y post test, que consideró de mayor complejidad que la realización del mismo; y

ii) la necesidad de trabajar en un plan permanente de capacitación de los equipos, para que el tema no se diluyera. En este sentido, una sugerencia fue el que se podría planificar una instancia longitudinal de formación con grupos más pequeños de asistentes.

“A mí me parece que en general a la gente le interesa, es un tema que interesa el VIH en sí. Claro capaz que les interesa también por todo lo que hay detrás de cosas que les parecen como misteriosas o como que no conocen, pero te das cuenta que cuando les mostrás números, cuando les mostrás situaciones, cuando les mostrás los avances médicos y científicos, la gente se interesa, se sorprende, se va como con esa cosa de que estaría bueno hacer cosas distintas para cambiar. Pero es como todo, el que no está todo el día en esto después es como que se va diluyendo: por eso me parece que la presencia permanente es importante”. (Médico referente de Policlínica de Infectología)

Para apoyar la consejería, se entregaron materiales específicos de soporte: concretamente, el documento “Recomendaciones para realizar consejería en VIH en poblaciones vulnerables y nuevos algoritmos diagnósticos”¹⁶, cuyo capítulo 4 se dedica al proceso de consejería pre y post test (ver cuadro 5), así como cuenta con anexos en donde se realizan recomendaciones respecto al acercamiento con las y los usuarios, incluyendo sugerencias respecto al uso de lenguaje para lograr su confianza y no reproducir mecanismos de estigma y discriminación.

El documento es conciso y brinda elementos puntuales para cada situación, lo cual fue destacado por las y los entrevistados. Allí figura contenido de consejería post test con test rápido no reactivo; consejería con test rápido reactivo; consejería luego de la segunda prueba rápida secuencial reactiva; consejería post test con confirmatorio positivo; consejería con segunda prueba rápida secuencial no reactiva; y consejería post test con confirmatorio negativo.

De hecho, más allá de la información concreta sobre la aplicación del test, en las entrevistas se destacó el que se incorporara a la consejería

16 Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional ITS-VIH/Sida, Área de Salud Sexual y Reproductiva, Fondo Mundial, 2014.

como contenido, señalando que era uno de los elementos novedosos de la capacitación (ya que a diferencia de lo que ocurría con la sensibilización centrada en diversidad sexual, donde fueron pocas las personas entrevistadas que señalaron haber tenido instancias de capacitación previas a 2016, en el caso de VIH sí se mencionaron instancias previas con contenidos similares).

“En VIH fue como que la gente que hace años que está en la Intendencia dijo que la mayoría de las capacitaciones que habían recibido no difieren mucho de esto, no es mucha cosa nueva; sí en la parte de la consejería, como que se acortó, que siempre era hiper larga. Ahora hay como ítems bien claros y bueno, esto nuevo de los test rápidos y el diagnóstico, el tratamiento, y llegar a la carga viral indetectable, eso era como lo nuevo”.
(Personal médico, odontológico y de enfermería)

CUADRO 5. Características de la consejería y recomendaciones sobre uso de lenguaje

"La consejería o asesoría es una instancia de carácter preventivo, educativo y asistencial; es un diálogo abierto entre el profesional de salud y el consultante en condiciones de privacidad y confidencialidad con el objetivo de brindar información que le permita tomar decisiones informadas, promover prácticas de autocuidado, reducir el estrés de la realización del test y el impacto de un diagnóstico positivo y responder a las interrogantes de cada usuario.

Debe tomarse como un proceso que comienza en el momento en que se solicita la prueba del VIH, continúa al entregar el resultado de la prueba de tamizaje (EIA o prueba rápida) y luego del resultado definitivo o confirmatorio de la prueba de tamizaje en el caso que la prueba de tamizaje sea reactiva.

El proceso de consejería o asesoría debe contener los siguientes componentes: educativo, apoyo emocional y evaluación de los riesgos, de recursos psicológicos y sociales. Para evaluar los riesgos y los recursos psicológicos y sociales el asesor deberá tener presente los contex-

tos de vulnerabilidad y las necesidades particulares de cada persona. Además de las prácticas sexuales sin protección deberá evaluar otras condiciones que generen mayor vulnerabilidad: condiciones físicas, mentales, culturales, sociales, económicas e institucionales.

La orientación sexual homosexual o bisexual y la identidad de género trans aún genera en nuestro país estigma y discriminación que puede volver a la persona más vulnerable. Respecto a las personas trans (travesti, transexual, transgénero) es importante considerar si han estado expuestas a situaciones de violencia o exclusión, saber cuál es su nivel educativo y qué redes de contención familiar o social cuentan dado que es frecuente que sean víctimas de violencia y exclusión social, familiar y educativa. Todos estos elementos ayudarán al asesor a comprender su situación global, y acompañarla/o en el proceso diagnóstico y lograr la continuidad en los controles en salud; ya sea que el resultado del testeo sea negativo o positivo.

Cuando se asesora a personas expuestas a discriminación de cualquier tipo (por género, etnia, orientación sexual e identidad de género, discapacidad, etc) debe indagarse si tienen redes sociales que los contengan y si existen otras situaciones personales que puedan afectar las conductas de autocuidado y permanencia en su atención médica o controles en salud.

El asesor debe prestar especial atención a mantener una actitud amplia y no discriminatoria. Las creencias o percepciones propias no deben influir en la consejería. Recuerde que quien consulta tiene derecho a recibir una atención integral y libre de prejuicios. Esto puede suceder con personas con orientación sexual e identidad de género diferentes a quien realiza la consejería.

En cuanto a los adolescentes debe considerarse el principio de autonomía progresiva; respetando el derecho de los mismos a decidir cuándo y cómo hacerse la prueba y teniendo en cuenta todas las consideraciones hechas previamente.

Respecto a otras poblaciones vulnerables, como población privada de libertad, deben tenerse en cuenta los mismos principios de prueba voluntaria y confidencial.

Lo que no debe olvidar en la consejería pre test:

- Explicar por qué realizarse la prueba: porque es importante conocer si se está infectado por VIH dado que esto posibilitaría un tratamiento oportuno.
- Explicar que la infección por VIH SIDA puede controlarse, como una enfermedad crónica, si se trata en forma oportuna y se controla periódicamente. Esto es útil para “preparar” a la persona para la eventualidad de un resultado reactivo.
- Reafirmar el carácter voluntario y confidencial del examen.
- Informar acerca del proceso diagnóstico, los eventuales resultados y significados de los mismos.
- Fomentar el uso de condón.
- Ofrecer la prueba diagnóstica de sífilis y otras ITS.
- Establecer un diálogo acorde a las necesidades de cada usuario.

Lo que no debe olvidar en la consejería post test:

La consejería post test se debe realizar en los siguientes momentos:

- Con la entrega de la prueba de tamizaje (EIA o prueba rápida) ya sea esta reactiva o no reactiva.
- Con la entrega del primer y segunda prueba rápida cuando se realiza diagnóstico con dos pruebas rápidas secuenciales.
- Con la entrega del resultado definitivo del Departamento de Laboratorios de Salud Pública cuando se realiza algoritmo de laboratorio".

ACERCAMIENTO AL USUARIO Y USO DEL LENGUAJE
Mantenga una actitud amplia y sin prejuicios que le permita abordar con naturalidad la atención de todas y todos los usuarios.
Utilice lenguaje acorde a la identidad de género de su paciente y utilice el nombre de elección aunque no sea el registrado en los documentos.
Sea particularmente cuidadoso con la confidencialidad de la consulta.
Evite usar el término "contagiarse de SIDA". Diga "infectarse con el VIH".
Evite decir "drogadicto". Diga "usuario de drogas o consumidor de drogas".
Evite decir "drogas o medicamentos para el SIDA". Diga "medicamentos para el tratamiento del VIH".
No diga "prostituta o prostituto". Diga "trabajador sexual-trabajadora sexual".
No pregunte si la persona es "promiscua". Pregunte por el "número de parejas sexuales".
No diga "usted debe". Diga "Las opciones son..."

Fuente: "Recomendaciones para realizar consejería en VIH en poblaciones vulnerables y nuevos algoritmos diagnósticos", páginas 18, 19 y 24.

No obstante ello, también hubo entrevistados/as que señalaron que los contenidos en general se habían actualizado respecto a instancias de formación anteriores, y que pudieron despejar dudas en estas instancias (por ejemplo, respecto a plazos del período ventana).

"[La capacitación] me pareció muy interesante porque se trataron diversos temas pero se aclaró mucho acerca de cómo se tiene que realizar, o sea de tener determinados cuidados con el tema de la realización del test rápido, los plazos que hay que esperar por el período ventana, una serie de datos que también aportaron bastante". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

"Me pareció que [la capacitación] estuvo buena, hubieron unos ítems como el período ventana que no sabíamos que era de tan corto tiempo ahora,

que seguíamos a veces con los 3 meses a los 6, que eso estuvo muy interesante. Bueno, las metas y lo que se quiere lograr con este 90/90/90 que está bueno, me pareció bien, y se tendría que hacer en todos los equipos de salud sea prestador privado o público (...) Fue muy útil lo del test y además muy... ¿cómo te puedo decir? Muy que cualquier persona -tenga estudio o no tenga estudio- lo entendía, que es una de las maneras de también captar la atención a los servidores públicos, porque hay profesionales y hay no profesionales, entonces está bueno que todos entiendan qué es lo que se quiere transmitir. Igual que la de diversidad, ¿qué es lo que se quiere transmitir? Bueno, se quiere transmitir esto de que no importa quién esté al lado tuyo: es un ser humano, es una persona más, es uno más en este mundo".
(Personal administrativo)

Si bien como ya se indicó la consejería fue uno de los énfasis de esta capacitación y fue destacada desde los equipos por contar con contenidos específicos para ponerla en práctica en cada posible resultado, el aumentar la cantidad de test que se realizaban en las policlínicas también enfrentó a los equipos con la situación de tener que comunicar más resultados positivos, lo cual fue descrito como una situación difícil por la mayoría de las/los entrevistados:

"Empezamos con todo esto, hicimos la capacitación y la otra semana tuvimos tres casos nuevos de VIH detectados con el test rápido. La consejería fue... no sé, creo que tengo más canas acá, la semana pasada dos casos nuevos. Justo ahora estaba con el equipo, con la enfermera y la licenciada mirando la nueva folletería porque era diferente a la que veníamos haciendo, entonces analizando un poco cómo íbamos a hacer el tema del 90/90/90, porque el equipo quedó muy impactado por esos cinco casos que vinieron en dos semanas. Si bien teníamos casos esporádicos, estos vinieron... además muchachos jóvenes de 22 años, 23 años, que estaban destruidos porque no pensaban y además que nos agarró como frío. Si bien nosotros tenemos un bagaje, ahora sabemos que es crónico, todo bárbaro, pero cuando tenés acá el diagnóstico y tenés al muchacho ahí enfrente que no sabés si se va a matar, no sabés qué va a hacer... es más le dimos plata para el taxi y lo acompañamos a tomarse el taxi, porque teníamos miedo de que hiciera cualquier cosa. Entonces estas cosas nos han movilizado mucho y bueno, estamos en este proceso de

aprender a cómo manejar estas situaciones -que a veces son muy lindas en los papeles y cuando nos dieron la charla fue muy amena- pero cuando te enfrentas al paciente que con ese diagnóstico que vos sabes que es crónico pero que él no lo sabe, y que sabe que van a haber cambios y que no solamente se afecta a él sino va a afectar a muchos integrantes, por lo menos a su pareja, bueno es complejo. Hemos estado en este proceso y estamos muy comprometidos, me parece que va a ser muy bueno el programa 90/90/90, creo que podemos llegar a contribuir; como viene la mano ya te digo, cinco en dos semanas y el equipo está como sorprendido por todo esto, 'pah, si esto va a ser así vamos a tener que acostumbrarnos a dar otro tipo de contención'. Porque si bien habíamos tenido diagnósticos de VIH y digamos hemos tenido el tema de la derivación al Instituto de Higiene, como te decía esto es un primer nivel de atención, nosotros no tenemos un laboratorio para certificar la muestra, no le podemos sacar sangre y decirle 'vaya al laboratorio a analizarla'. Yo le hago el papelito, le conseguimos hora desde acá para que vaya mañana a las 7 de la mañana, llamamos al centro de salud más cercano, es decir que hacemos otros pasos que a veces están por fuera de lo que hacemos con otros usuarios; cuando pasa esto yo le lleno todo, le hago una cartita para la doctora, le digo los horarios que atiende pero el tipo está destruido, entonces a vos te queda la duda de si va a ir, si no va a ir... por suerte algunos casos han vuelto acá, se han atendido en odontología, ya se están atendiendo en el Instituto de Higiene, te reconforta en cierta forma de que ya han dado los pasos, que están funcionando y bueno, por lo menos al equipo lo que más le genera estrés es no poder seguir el seguimiento, vos haces el diagnóstico, haces la conserjería y bueno ta, llevate eso pa' tu casa, es una carga en la mochila media pesada para llevarla y cómo el equipo puede hacer para alivianar. Alivianamos la mochila acá pero después cuando va para la casa, ahí tiene que haber un seguimiento y bueno, en eso estamos dando pasos y estamos aprendiendo". (Coordinadores/as de las policlínicas seleccionadas)

"Después lo otro que generaba dudas era cómo yo me paro frente al diagnóstico positivo, no es un test de glicemia que el paciente viene todo el tiempo, se controla o se toma la presión y ya sabe si es hipertenso, entonces bueno, hay unos libros de consejería que llegaron la semana pasada a la policlínica que están empezando a circular para poder leerlos y poder contener al paciente que es lo principal. Después se seguirá con el tema de derivarlo al

infectólogo, que se haga los análisis, pero que siempre esté el espacio abierto para la contención. Y como sacarle un poco el peso al diagnóstico también, eso era una de las cosas que en la capacitación nos decían, uno le pone mucho peso, no es lo mismo que yo te diga 'bueno, tenés un VIH positivo, vení por acá, vamos a charlar', a que yo te lo diga con cara de espanto y horror. Entonces está como el estigma, sacar el estigma y el peso, y explicarle al paciente que con la medicación y que justamente el diagnóstico es importante para que él pueda llevar una buena calidad de vida y que con un diagnóstico es una enfermedad crónica que va a tener una sobrevida y va a poder hacer una vida normal y que está bueno que se informe. Pero ta, acá lo que generó más fue eso; frente a un diagnóstico positivo, ¿qué hacemos? Fue como lo más... pero se están haciendo y hemos tenido casos nuevos”.

“Convivir con VIH es un estigma, porque cabeza de que es una enfermedad crónica no hay todavía, entonces no es sencillo; primero que la noticia no es sencilla de darla, no es sencillo de recibirla y no es sencillo que vos le digas 'mirá que con el tratamiento esto es como la hipertensión'. Sí, pero no es como la hipertensión y socialmente bueno, genera un gran estigma, porque vos en tu trabajo podés hablar de que tenés hipertensión, pero no vas a decir 'estoy con la terapia para el VIH'. ¿Por qué no? Y bueno, no lo vas a decir porque ya seguro hay alguien que aunque tenga cinco títulos universitarios va a decir 'yo con este no tomo mate’”. (Personal médico, odontológico y de enfermería)

A nivel discursivo, se observó una diferencia importante en este punto entre la Policlínica de La Teja y las demás policlínicas, ya que las personas entrevistadas en dicha policlínica no transmitieron que existiera esa dificultad en la comunicación del resultado positivo:

“Estamos haciendo pila de test y eso está bueno, hicimos varios diagnósticos la verdad que son así, porque hicimos el test nomás (...) porque se han librado cantidad y hay pila, y hay como una movida de que se hagan, entonces estamos haciendo, se lo ofrecemos a todo el mundo, están siempre disponibles, hay carteles de que hay, la gente lo hace, aprovechamos a pedir. Y cuando van los estudiantes de enfermería -que acá hay estudiantes de licenciatura en realidad y vienen- y hacen como un cuestionario de

salud y ya les ofrecen tomarle la presión, hacerles la diabetes, el hemogluco-test y ya le hacen sífilis y VIH que tenemos disponibilidad, y eso está bueno también, tomarlo como una rutina (...) Tenemos un diagnóstico reciente ahora de un muchacho que vino a control y se lo hicimos y le dio, un muchacho joven y que ya está acá desde el día 1 que le hicimos (...) en comparación con lo que pasaba antes, yo no tenía ninguno nuevo y ahora tengo dos, o sea en el correr de estos dos meses tengo dos nuevos". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

"Y bueno hay que decirle que la prueba que le hicimos es reactiva, o sea, es muy importante la consejería desde antes de hacer el test, por eso hay una consejería pre test y una consejería post. Entonces cuando nosotros vamos a hacer el test tratamos de preparar el terreno para lo que pase, para el resultado que sea, cualquiera sea y dar más que nada la información oportuna, explicar bien de qué se trata el test, qué es lo que da, ya desde antes le decimos que el resultado si es reactivo es un resultado que es preliminar y que después habría que confirmarlo. Yo no he tenido grandes problemas, obviamente hay personas que se angustian pero es difícil que un test rápido de VIH reactivo sea una sorpresa, la gente en general tiene sus sospechas, nadie va a salir de acá a tirarse abajo del ómnibus porque le dio reactivo, nadie, eso no pasa. Yo veo que los colegas y algunos equipos tienen ese miedo de 'cómo le digo' y esas cosas han llevado a situaciones terribles por ejemplo en embarazadas, que demoren meses en tener el confirmatorio y una mujer (...) que estaba en contacto desde el primer trimestre, que se hacía los controles y que iba siempre y que el primer resultado reactivo le dio al principio del embarazo, llegue al último trimestre al [Hospital] Pereira [Rossell] o al Hospital de Clínicas sin tratamiento antirretroviral; esas cosas han pasado y pasan, por eso, por el miedo a decir. Ahora la ordenanza del Ministerio de Salud Pública dice que el resultado tiene que decir "reactivo"¹⁷, no puede venir un resultado de laboratorio que diga "repetir", tiene que ser reactivo y solicitarte una segunda muestra y sin embargo desde

17 Ordenanza MSP 567 - 2014. Protocolos de diagnóstico de VIH, Artículo 4°. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Ordenanza%20MSP%20567-%202014%20Protocolos%20de%20diagn%C3%B3stico%20de%20VIH.pdf>

el laboratorio nos sigue llegando “repetir” (...) Yo creo que lo principal es que le tenemos que perder el miedo y tratar de lograr esa capacidad de ver qué es lo que necesita cada persona en ese momento: hay algunos que van a precisar más información, otros menos, otros más contención emocional, otros... lo que sí me parece que es fundamental es que la gente no se vaya con dudas de esa instancia y que se vaya con más certezas que dudas, porque obvio te va a generar muchas cosas, genera cosas feas, va a ser angustiante, pero si vos por lo menos en lo que tiene que ver con lo médico le podés dar ciertas certezas de decir ‘mirá, ahora vamos a hacer tal cosa; lo siguiente es esto, vas a venir tal día’, como que por lo menos en esto te da como cierta seguridad”. (Médico referente de Policlínica de Infectología)

Además, por las particularidades de esa policlínica, allí era posible atender directamente no solo “al primer go”, sino también a los dos restantes. El poder tener un mayor involucramiento con las diferentes etapas del proceso de tratamiento que iniciaban los usuarios/as con VIH, así como el estar más familiarizados con la atención de estos usuarios/as (que concurrían no solo a la Policlínica de Infectología sino también a otras especialidades de la policlínica de La Teja) fue otra de las características distintivas de este servicio:

“Esta policlínica tiene la particularidad que está [el médico responsable de la Policlínica de Infectología] que nos da una terrible mano, porque está ahí y cualquier duda, cualquier cosa, está él, está bueno eso. Por otro lado también nos da la oportunidad de tener contacto con más pacientes VIH que capaz en otro lado no tendríamos; yo tengo pila de pacientes que vienen, como que rebotan por él también, vienen a medicina porque van a él también, capaz que en otro lugar no tendría tantos pacientes. Ha cambiado mucho el concepto de VIH, el tipo de vida que tienen, los tratamientos son espectaculares, los pacientes andan bien; es como toda enfermedad crónica que requiere como un seguimiento muy cercano y es un desgaste para el paciente el hecho de tomar medicación, ya solamente de encargarse de tener la medicación, tomarla, tener algún efecto adverso, venir, eso ya es un tema. Pero digo, sacando esa parte que todavía no hemos podido pulir un poco más para que la medicación sea más accesible y más fácil de sacar, pero como cualquier paciente con una enfermedad crónica, ¿no?

Como que eso, cambiar de ver el VIH desde un lugar como de una enfermedad rara (...) a pasar a verlo como una enfermedad crónica como cualquier otra, que tiene sus tratamientos y que los pacientes andan bien y los vemos, y cómo los pacientes lo empiezan a entender, los familiares, y eso está bueno". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

En prácticamente todas las policlínicas, se dijo que asistían pocas personas viviendo con VIH a atenderse allí; debido a ello (el bajo número de PVV), al conocimiento muy personalizado que se expresa en el discurso de los equipos de las policlínicas respecto a los usuarios/as de las mismas, y a la incorporación en los equipos de especialidades que priorizan el seguimiento (como la Medicina Familiar y Comunitaria), se indicó que el seguimiento de estos usuarios/as era muy cercano, por lo que se podría inferir que allí radicaba una de las claves de que se atendieran en las policlínicas:

"Quizás como el tipo de especialidad que tengo yo es una especialidad que lo que hace es seguir a la gente, seguir si estás bien o mal, a veces vienen espontáneamente por alguna complicación vinculada al tratamiento, a veces por alguna infección oportunista, o a veces sencillamente yo los cito para seguirlos porque seguirlos no es solamente ver si fuiste al infectólogo, estás tomando el remedio, cuál es tu carga viral, sino cómo la vas llevando, estás con pareja, no, cómo cayó la noticia si es nueva. Un poco el seguimiento de lo que implica... porque está bien que nosotros tengamos el discurso de que es una enfermedad crónica, porque lo es, pero el impacto de decirte 'tenés VIH' no es el mismo que decirte 'tenés diabetes', nunca va a ser el mismo porque si bien quizás estén influidas por conductas, muchas veces para la persona es una gran decepción, de su pareja por ejemplo. Entonces a veces implica caída de muchas cosas de tu vida... entonces bueno, es variable, quizás si me dijeras estoy en la puerta de emergencia sí vienen por las infecciones, pero acá puede ser por el tratamiento, o por el seguimiento, es variable". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

"Hay muchos que ya hace muchos años que los conocemos, entonces si vienen te explican, o te dicen por ejemplo que la familia no sabe o te preguntan a dónde pueden ir, o si tienen dudas dónde pueden hacerse un test

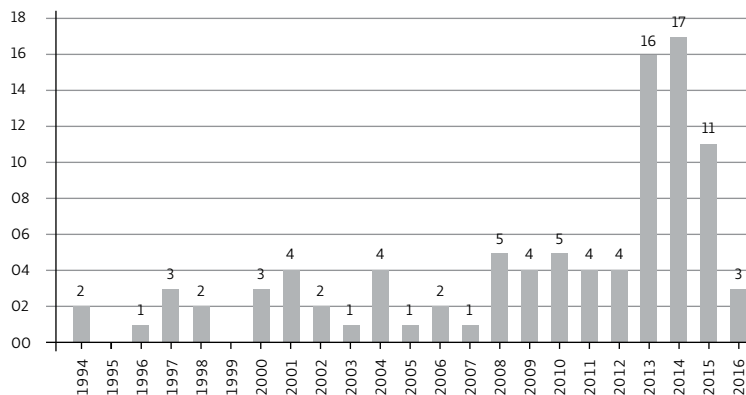
rápido de VIH, si pueden hacérselo, o te preguntan sobre la enfermedad misma. Sí, como que la gente viene a conversar, no sólo se vacuna y se va. Como ya nos conocen se abren más a esas cosas". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

Como se indicaba la excepción fue la policlínica de La Teja, ya que en la Policlínica de Infectología allí situada han concurrido al menos una vez a consulta programada o espontánea un total de 95 personas de entre 16 y 65 años¹⁸ (desde su apertura en 2013). A su vez, de estos usuarios/as, 69 han continuado la atención en la policlínica y se atendían allí hasta este año, mientras que los restantes 26 se atienden en otros centros públicos (CHPR, SEIC), en IAMC (CASMU, CUDAM, SMI), están en centros de reclusión, fallecieron o son casos que se han perdido. La alta adherencia se explica en parte por el seguimiento que se realiza desde el equipo de la policlínica, que incluye llamados telefónicos para recordarles sobre la consulta a los usuarios/as o para averiguar los motivos por los que no concurrieron. A su vez, desde la farmacia todos los meses se informa al equipo quién retiró la medicación, por lo que a veces el usuario/a no se presenta a la consulta pero el equipo sabe que cuenta con medicación. De hecho, los datos proporcionados por el médico responsable indican que 80 de las 95 personas habían iniciado TARV, y 22 de ellas lo habían hecho desde la policlínica de La Teja. A la fecha, 55 de estas personas presentaban una carga viral indetectable (menor a 20 copias/ml).

Según se desprende de los datos, la mayoría de las personas que concurrieron a la policlínica (58%) tenían un diagnóstico reciente (posterior a 2011). No obstante, hay casos diagnosticados que se remontan a 1994, como se observa en el gráfico 1.

18 Datos actualizados a octubre de 2016, extraídos de la base que genera y autogestiona el médico responsable de la policlínica, que fueron facilitados por el profesional para esta consultoría.

GRÁFICO 1. Cantidad de usuarias/os diagnosticados que se atienden o atendieron en la Policlínica de Infectología, por año de diagnóstico. 1994-2016 (n=95, números absolutos)



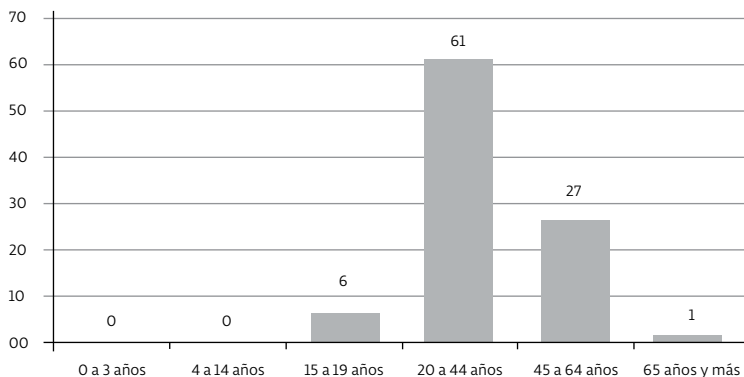
Fuente: Elaboración propia en base a datos de Policlínica de Infectología (octubre de 2016)

Los motivos más frecuentes para la realización del test fueron screening generales y de embarazo (45 de los 95 casos), siendo minoritarios otros motivos como el haber tenido conductas de riesgo, síntomas, enfermedades oportunistas, etc. En cuanto a la probable vía de transmisión, en 88 de los 95 casos fue sexual, en 5 vertical y en un caso, intravenosa (no habiendo datos para el caso faltante). En 17 de los 95 usuarios/as, se detectó SIDA al momento del diagnóstico.

En cuanto a las edades de las y los usuarios de la policlínica, tomando como referencia los mismos tramos etáreos que utiliza la UCI se obtiene que la amplia mayoría se ubica en el tramo de entre 20 y 44 años. Esto coincide con los datos generales sobre usuarios/as de policlínicas, dado que se observa que también es el tramo en el que se concentra el mayor número de usuarios/as (ver tabla 1 del capítulo 2).

En cuanto al lugar de derivación, como se observa en el gráfico 3 la mayoría de las personas que se asisten en la policlínica fueron derivadas desde el primer nivel de atención, desde el CHPR o se acercaron de manera espontánea. En este sentido y con referencia al primer nivel de atención, el médico responsable de la Policlínica de Infectología señaló

GRÁFICO 2. Edad de usuarios/as que se atienden o atendieron en la Policlínica de Infectología (n= 95, números absolutos)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Policlínica de Infectología (octubre de 2016)

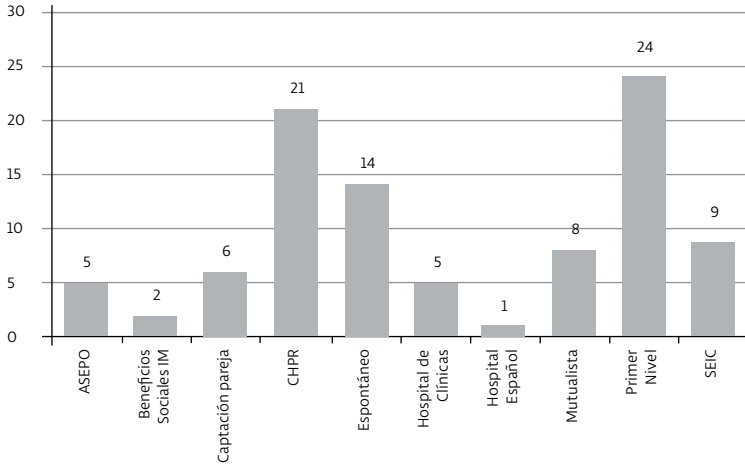
que acudían porque se les dirigía a la policlínica desde una consulta con ginecólogo/a, médico/a general o de familia, partera, trabajador/a social, equipos en territorio de UCC, etc. En cuanto a las derivaciones del CHPR, se trataba de mujeres puérperas y de adolescentes con transmisión vertical. Por su parte las consultas espontáneas eran muy variadas y tenían diversos orígenes¹⁹.

En cuanto a la distribución por sexo, la gran mayoría de las personas que se asisten o asistieron en la policlínica son mujeres cis, como se aprecia en el gráfico 4.

El que la mayoría de las personas que se atienden en la policlínica sean mujeres cis es una singularidad en un servicio de estas características.

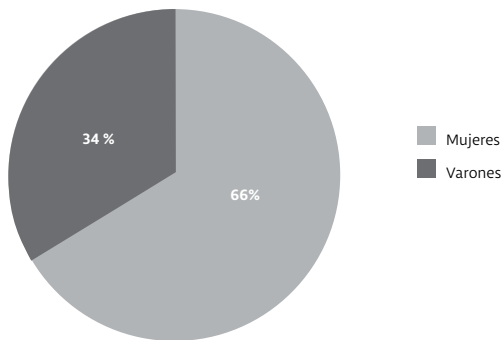
19 “Llegan de todas partes, algunos espontáneos, una persona vino porque estaba esperando para retirar una medicación cualquiera en el centro de salud del Cerro y en las pantallas ponían ‘Policlínica de Infectología, tal día a tal hora’ y dijo: ‘me voy a atender ahí en vez de ir hasta el SEIC’” (Entrevista con médico referente de Policlínica de Infectología).

GRÁFICO 3. Cantidad de personas por lugar de derivación
(n= 95, números absolutos)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Policlínica de Infectología (octubre de 2016)

GRÁFICO 4. Distribución por sexo de PVV que se atienden o atendieron
en la Policlínica de Infectología (n= 95, en porcentaje)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Policlínica de Infectología (octubre de 2016)

Según indicó el médico responsable de la policlínica²⁰, esto se explica debido a que en un inicio, las derivaciones provenían del CHPR (mujeres puérperas). Sin embargo, actualmente no asisten tantas mujeres puérperas como en un comienzo, pero se observa que las mujeres siguen predominando en las personas que se acercan al servicio porque ya están vinculadas al sistema (ej: mujeres de más de 40 años que se atienden por hipertensión a las que se les detecta el VIH en exámenes de screening). Esto se condice a su vez con los datos generales de distribución por sexo de usuarios/as de policlínicas que se presentaba en la tabla 1 del capítulo 2 (61% de mujeres y 39% de varones), donde se observa que a partir de los 15 años, las mujeres prácticamente duplican a los varones de todos los tramos etáreos, siendo la diferencia más pronunciada en el tramo que abarca de los 20 a los 44 años. También coincide con la percepción de los equipos de las policlínicas respecto a que el grueso de las y los usuarios son mujeres con hijos/as.

Por otra parte, si bien se estableció que actualmente el sistema de registro tiene dificultades para identificar otro sexo que no sea “mujer” y “varón” cis, no es un problema que esté presente en el registro autogestionado que realiza el médico responsable de la Policlínica de Infectología: el que se representen aquí solo varones y mujeres cis se debe a que no acuden a la policlínica personas trans. Esto es particularmente significativo porque además, en la policlínica de La Teja se cuenta con la presencia de otras especialidades en el equipo que lo hacen muy interesante para replicar aprendizajes de experiencias como la de la UDA de Saint Bois, ya que entre otros se cuenta con especialistas en endocrinología y medicina familiar y comunitaria.

“Personas trans no tenemos ni una, yo todas las veces que me preguntan para evaluar digo lo mismo: no puede ser que no tengamos un solo usuario trans, ni mujer ni varón trans. Es más, desde que trabajo acá creo que dos veces vi entrar mujeres trans a la policlínica, que creo que venían a vacu-

20 Datos presentados por el Dr. Gabriel González en el ateneo “Continuo de atención de las personas con VIH en Maldonado y La Teja/Cerro”, realizado el 28/10/16 y coordinado por las Profs. Dra. Zaida Arteta y Dra. Susana Cabrera.

narse porque no usan el servicio de salud. Es más a veces se burlan, pero yo una de las cosas que siempre pedí es que quiero tener una administrativa o una enfermera trans en esta policlínica, porque además el coordinador siempre dice 'a nosotros lo que nos falta es un administrativo', y le digo: 'tenés que conseguir una administrativa que sea una mujer trans', creo que es la mejor manera de ver que esto es una cosa abierta a todo el mundo y que acá puede venir cualquiera y que ellas también vengan a atenderse. No por el VIH, eso es otra cosa que a mí siempre me costó porque no quiero hacer cosas que asocien ser trans con tener VIH, porque si bien es un problema grave que tienen porque son quienes tienen la prevalencia más alta, no tenemos por qué asociarlo... entonces hacer cosas así, yo creo que tenemos que hacer otro tipo de actividades que engloben la salud de las personas en general tratando de incluirlas y aprovechar para esto también". (Médico referente de Policlínica de Infectología)

Si bien el referente de la Policlínica de Infectología tiene características que de por sí favorecen la articulación interinstitucional (es médico de área de la RAP, fue residente de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas y mencionó articulaciones con organizaciones de la sociedad civil, particularmente ASEPO pero también Ovejas Negras), este hecho habla de la necesidad de fortalecer la articulación con otros actores para trascender el alcance de la propuesta y ampliarla a las personas no vinculadas tradicionalmente con el sistema de atención de las policlínicas de la IM. En el capítulo siguiente, se profundizará sobre esta articulación.

A modo de síntesis de este apartado, debe señalarse lo siguiente:

- En lo referente a respuesta frente al VIH, desde hace varios años la IM cuenta con oferta permanente de test rápido para toda la población, independientemente de su cobertura de salud; no obstante, con la puesta en marcha de la estrategia 90/90/90, se buscó fortalecer “el primer 90” a través de una mayor promoción del diagnóstico, así como también la derivación y tratamiento adecuado en el caso de las PVV.
- Al analizar el anclaje de esta estrategia en las policlínicas, en prácticamente todas ellas se hizo referencia a que la cantidad de test rápidos

que realizaban había aumentado desde que se implementó la estrategia 90/90/90. Las excepciones fueron la policlínica La Paloma y la policlínica de La Teja, donde si bien algunos entrevistados señalaron que se estaban realizando más test a partir de octubre, otros indicaron que ya se realizaban muchos test antes de implementar la estrategia, por lo que no señalaron que percibieran incrementos significativos.

- En los equipos de todas las policlínicas, también se identificó que había un cambio respecto a cómo se promocionaba el test (pasacalles, cartelera específica, mayor promoción en sala de espera) a partir de la nueva estrategia, ya que se indicó que ahora se promovía más activamente la realización del test rápido. También se hizo referencia a que el perfil de las consultas espontáneas había cambiado y se estaba generalizado como práctica.
- Este mayor acercamiento a partir de la realización de los test rápidos fue señalado como una oportunidad por algunos de los/las entrevistadas, dado que tenía el potencial de aproximar a la policlínica a usuarios/as no habituales, e incluso a perfiles que no suelen frecuentarla (por ejemplo, varones jóvenes).
- A su vez, la nueva estrategia obligaba a los equipos a completar un nuevo formulario, la Planilla de seguimiento Objetivo 90, lo cual despertó resistencias.
- Como parte de esta estrategia, se realizó una capacitación a todos los equipos de las 24 policlínicas, centrándose en las metas 90/90/90, cómo hacer el test rápido y cómo orientar la consejería pre y post test. Esta capacitación fue planificada por la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la UdelaR.
- Al igual que ocurrió con las instancias de formación orientadas a diversidad y salud, las capacitaciones centradas en VIH y la estrategia 90/90/90 recibieron una muy buena recepción en general por parte de los equipos de las policlínicas.
- El énfasis en la consejería que se hizo en las capacitaciones y el contar con materiales específicos asociados a ello fue destacado en las entrevistas.
- El aumentar la cantidad de test que se realizaban en las policlínicas también enfrentó a los equipos con la situación de tener que comunicar más resultados positivos, lo cual fue descrito como una situación

difícil por la mayoría de las/los entrevistados. A nivel discursivo, se observó una diferencia importante en este punto entre la Policlínica de La Teja y las demás policlínicas, ya que las personas entrevistadas en dicha policlínica no transmitieron que existiera esa dificultad en la comunicación del resultado positivo.

- La discriminación y estigma social asociado al VIH es un elemento presente en el discurso de las y los profesionales de la salud, que muchas veces entra en tensión con el nuevo paradigma de abordaje del VIH como enfermedad crónica.
- Salvo por la policlínica de La Teja, en el resto de las policlínicas se dijo que se atendían pocos usuarios/as que vivían con VIH.
- En cambio en la en la Policlínica de Infectología allí situada han concurrido al menos una vez a consulta programada o espontánea un total de 95 personas de entre 16 y 65 años (desde su apertura en 2013).
- La mayoría de las personas que se asisten allí son mujeres cis, de entre 20 y 44 años, lo cual coincide con el perfil general de usuarios/as de las policlínicas de la IM. Esto habla de la necesidad de fortalecer la articulación con otros actores para trascender el alcance de la propuesta y ampliarla a personas no vinculadas tradicionalmente con el sistema de atención de las policlínicas de la IM. ¶

CAPÍTULO IV

Articulación con otras instituciones u organizaciones

ARTICULACIONES CON MSP Y RAP/ASSE

ARTICULACIONES CON UDELAR

ARTICULACIONES CON ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

Articulación con otras instituciones u organizaciones

En este capítulo, se presenta un análisis de las entrevistas efectuadas a actores referentes de instituciones u organizaciones que por su rol y trabajo en la temática, resultan claves para la articulación interinstitucional: Ministerio de Salud Pública (Área de Salud Sexual y Reproductiva; Área Programática ITS-VIH/SIDA); Administración de los Servicios de Salud del Estado, ASSE (Presidencia de ASSE); Facultad de Medicina de la UdelaR (Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Cátedra de MFyC, UDA St Bois) y Facultad de Psicología de la UdelaR (Centro de Referencia Amigable, CRAM); y cinco organizaciones de la sociedad civil con trabajo en diversidad y salud y/o VIH. Estas organizaciones fueron: Asociación de Ayuda al Sero Positivo (ASEPO); Asociación Trans del Uruguay (ATRU); Ovejas Negras; Red Uruguaya de Jóvenes y Adolescentes Positivos (RUJAP); Trans Boys Uruguay (TBU) y Unión Trans del Uruguay (UTRU). El listado completo de personas entrevistadas figura en el anexo de esta consultoría; como se observa allí, algunas de las personas entrevistadas tenían doble inserción institucional.

Lo que aquí se explora es la posibilidad de articulación con la IM en las áreas que abordó esta consultoría, señalando tanto las articulaciones existentes como las posibilidades de ampliación o profundización del vínculo, desde la óptica de cada uno de los actores entrevistados.

ARTICULACIONES CON MSP Y RAP/ASSE

A nivel del Ministerio de Salud Pública, desde el Área Programática ITS-VIH/SIDA se recalcó que el ministerio hace rectoría y no tiene funciones asistenciales, por lo que se indicó que la principal función articuladora

refería a difundir información a través de los mecanismos institucionales que corresponden:

“Por ejemplo, si se hace una pauta de atención para el primer nivel, vamos a poner mucho foco para que realmente llegue al primer nivel, ver cómo se puede implementar, tener reuniones con las autoridades como para articular, ayudar y apoyar o empujar a la implementación, pero no implementamos nosotros. Lo digo porque a veces hay como mucha confusión en eso que el ministerio tiene que ir y a hacer asistencia o ir a hacer charlas; las hacemos igual pero no sería el rol desde el ministerio, pero con todos los servicios sí se ha tratado de que haya bastante comunicación en ese sentido, para comunicar cuáles son las políticas y el por qué, porque si orientamos que desde el primer nivel que se asuma una responsabilidad que no sea solamente entregar preservativos o hacer promoción, que es muy importante porque ellos tienen muchas acciones en promoción y salen a la comunidad, pero que además pueden dar un pasito más como es el diagnóstico y hasta el seguimiento de los pacientes estables. Y eso es lo que mejora el acceso y que las personas se mantengan en el cuidado”. (Referente Área Programática ITS-VIH/SIDA)

Desde el Área de Salud Sexual y Reproductiva, se indicó que se había coordinado con la IM, RUJAP y UdelaR para realizar jornadas de testeo de VIH. En lo referente a diversidad, se indicó que se habían coordinado instancias puntuales de capacitación. Se dijo que la articulación era importante para no duplicar esfuerzos y que había mucha voluntad de coordinar acciones en estas áreas:

“Desde el Área de Salud Sexual y Reproductiva hay pila de intención de coordinar, a veces el ministerio es como demasiado grande y es demasiado difícil lograr algunas coordinaciones aunque haya voluntad de las partes, pero desde acá yo creo que todos estamos abiertos a coordinar y hay veces que sí, que se necesitaría un poco más de coordinación. No sé si una instancia permanente porque no hay ninguna instancia permanente con ningún efector de salud, pero sí pensar en comunicar ‘bueno, vamos a hacer tal cosa’. Estar en contacto”. (Referente Área de Salud Sexual y Reproductiva)

Desde ASSE, en términos generales, se indicó que la coordinación con la IM en lo referente a la atención a la salud era amplia y abarcaba diversas acciones, sobre todo en materia logística, por ejemplo coordinaciones con el segundo y tercer nivel, facilitación de especialistas focales, medicamentos, etc.

“De hecho la Intendencia tiene usuarios de ASSE entonces ahí ya hasta por la naturaleza de las acciones compartimos muchas cosas, inclusive muchas veces compartimos territorio. También coordinamos muchas veces que en el servicio de la Intendencia participa personal de ASSE o en servicios de la Intendencia participan alianzas que tenemos en conjunto con la Universidad de la República, por ejemplo la policlínica Los Ángeles es de la Intendencia y hay una UDA, que es una alianza entre la Universidad y ASSE, donde se mezclan recursos de la Intendencia, de la UdelAR y de ASSE”. (Referente ASSE)

En lo referente a la vinculación con la IM en diversidad y salud, se destacó que los cupos que eran para ASSE en el curso que se da en Facultad de Medicina sobre Salud y diversidad sexual se habían compartido con la IM (donde el referente de ASSE que fue entrevistado es a su vez docente por la Cátedra de MFyC). En este sentido, se consideró muy relevante que personal de las policlínicas de la IM participara de esa formación:

“La Intendencia es pionera en lo que tiene que ver con el primer nivel de atención, la medicina familiar y comunitaria, el desarrollo de la medicina territorial. Entonces cuando pensamos esto en ASSE no hay otra forma de pensarlo -si pensamos en un sistema- que no sea el primer nivel de atención”. (Referente ASSE)

El curso se consideró a su vez como un paso importante, que requería seguir dando otros como vincularse más cercanamente con la práctica:

“Empezamos con las primeras acciones y en el resto estamos súper abiertos también como para seguir interactuando y seguir trabajando juntos, yo les propuse a los médicos de la Intendencia que si tenían algún paciente usuario o usuaria trans puedan acompañarlo, derivarlo al Saint Bois o acompañar parte del proceso porque estas cosas se aprenden. El curso da un

lineamiento general pero es teórico, si no estás en la práctica es difícil que ellos puedan abrir una agenda para atención a las personas trans, a mí me parece que esto recién es el paso inicial pero son necesarios otros pasos, como la práctica”. (Referente ASSE)

Se indicó que el año que viene está planificado un curso exclusivo para las policlínicas de la IM, y se insistió en que era necesario continuar coordinando para que desde la IM se pudiera atender globalmente la salud de las personas trans, inclusive coordinando con otros niveles para lo referente a intervenciones quirúrgicas como se hace desde la UDA del Saint Bois. Asimismo, se indicó que se podría avanzar en dar formalidad al sistema de derivaciones y referencia de usuarios/as hacia la UDA del Saint Bois,

“Con la Intendencia [de Montevideo] creo que falta esa charla de si ocurre, cómo lo vamos a hacer. Por ejemplo con la Intendencia de Canelones ya nos pusimos a trabajar en eso, con la Intendencia de Canelones que tuve una reunión la semana pasada vinieron ellos interesados en decir ‘bueno, genial, queremos capacitarnos’. Vamos a empezar la capacitación con la Intendencia de Canelones y ya nos pusimos a charlar de cómo vamos a hacer la referencia y cómo va a ser el flujo, ver qué área le corresponde a Canelones, cuál va a ser el servicio correspondiente para qué, hasta qué paso van a hacer esto. Todo eso ya lo estamos haciendo con la Intendencia de Canelones”. (Referente ASSE)

ARTICULACIONES CON UDELAR¹

Desde la Cátedra de Enfermedades Infecciosas, se hizo referencia a la articulación que se había establecido con la IM a demanda de la División Salud, ya que como fue mencionado en capítulos anteriores, desde la Cátedra se realizaron capacitaciones enfocadas en testeo, contextualizando en las cifras nacionales y brindando orientaciones para la consejería pre

1 Las referencias a la Cátedra de MFyC, UDA St Bois, fueron incluidas en la articulación a través de ASSE.

y post test. Esto se consideró interesante dado que comenzaba un diálogo y se resaltó que estaban “los canales abiertos” para que dicho diálogo continuara. A futuro, se indicó que se podría profundizar la formación en los equipos de las policlínicas a los que se capacitó en diagnóstico, para que pudieran hacer seguimiento.

También se mencionó que se organizaron jornadas de diagnóstico en conjunto con ASSE, MSP y con organizaciones de la sociedad civil, y que en las dos últimas la Intendencia participó aportando test y recursos humanos.

Desde el CRAM, se indicó que no se habían realizado articulaciones con la IM ni con los servicios de salud en general, salvo por la UDA de Saint Bois (dado que ambos servicios tenían una relación intermediada por su enclave universitario y por su vinculación con el MIDES). Se indicó en este sentido que se trabajaba a demanda con las instituciones que así lo solicitaban, y que no habían recibido consultas por parte de policlínicas dependientes de la Intendencia de Montevideo (aunque sí de parte de varios SOCAT y de policlínicas del Interior del país). Al consultar sobre si les parecería relevante establecer una articulación con la IM, se indicó:

“Sí, nos encantaría de verdad, poder hacer como instancias de ateneo, pero no en el sentido patologizante, porque si algo en el CRAM tenemos muy claro y hemos insistido muchísimo es que las identidades de la diversidad sexo-género no están asociadas a psicopatologías (...) cuando hablo de ateneos hablo de compartir enfoques, compartir miradas no psico-patologizantes, ver justamente dónde a veces se nos está contaminando la mirada con esto de la psicopatología, el poder compartir, el tener co-visión con otros colegas del ámbito de la salud. No solo psicólogos, psiquiatras, también endocrinólogos, ginecólogos, pediatras, etc. Es sumamente importante”. (Referente CRAM)

ARTICULACIONES CON ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

En el caso de las organizaciones de la sociedad civil, algunas de ellas señalaron que tenían un relacionamiento cercano con la IM desde hacía varios años, otras indicaron que el relacionamiento era reciente, y en

otros casos no se indicó que existiera relacionamiento. Las que tenían un mayor relacionamiento con la IM en el área de salud fueron las organizaciones que trabajan en torno al VIH/SIDA (tanto a través de un vínculo con la División Salud como con la Secretaría de la Diversidad), mientras que las más directamente vinculadas con derechos de las personas LGTBI dijeron tener contacto con la Secretaría pero no en el área de salud (y una sola de ellas mencionó haber tenido algún tipo de vinculación en el área salud). A continuación se presenta una descripción de estas articulaciones, comenzando en orden descendente por las OSC que actualmente tienen un mayor relacionamiento con la Intendencia en temas de salud.

Entre las organizaciones que indicaron que se relacionaban con la IM, el caso más longevo es el de ASEPO, dado que la intendencia financia la línea 0800 3131 desde 1993, que en un comienzo fue un servicio exclusivamente para Montevideo e incluso hasta el año 1998, esta línea funcionó dentro de la IM. Hoy en día la línea es de alcance nacional (aunque se indicó que el 60% de las llamadas provienen de Montevideo) y ha incorporado otros temas como acompañamiento en el proceso de interrupción voluntaria del embarazo. La línea dispone de cuatro recursos humanos y atiende desde las 12 del mediodía a la medianoche todos los días inclusive fines de semana (contando además con presencia en las redes sociales a través de Facebook), y según se indicó desde ASEPO, la mayoría de las consultas sobre VIH refieren a conocer el período ventana, dónde hacerse el test rápido y por su parte las personas recién diagnosticadas, llaman para recibir orientación. También se indicó que se estaba haciendo una activa promoción del test rápido a todas las personas que llamaban a la línea, derivándolas a las policlínicas:

“Porque la persona que es del Buceo quiere ir pero no quiere ir a la policlínica del Buceo, pero quiere conocer cuáles hay. En el Cordón saber si hay policlínicas, en qué horarios los realizan y está bueno, porque al ser confidencial y universal podés ir y no tenés que esperar, no tenés que esperar más de los minutos de la lectura del resultado del test pero bueno, te permite también [ser] un poco más anónimo en cuanto al barrio y todo, vivís en el centro y vas a la Crotoggini, a la Aguada, y te lo hacés ahí”. (Referente ASEPO)

Desde ASEPO, se expresó preocupación por lo que sucedía luego de que el test rápido diera un resultado reactivo (es decir, sobre el seguimiento de los casos) y sobre la continuidad de esta iniciativa vencido el plazo en que el laboratorio proveerá los test. También se expresó preocupación sobre la interrupción de la línea telefónica y sobre los recursos asignados al servicio. Por otra parte, se indicó que la organización participa en jornadas de promoción de salud con realización de test rápidos que se organizan desde la IM, y hay una vinculación además con la Policlínica de Infectología (ver capítulo 3). Si bien se trata de una organización pequeña (con un cuerpo estable de ocho personas) se consideró que sería bueno profundizar la articulación con la IM, incluso explorando la posibilidad de hacer un trabajo en sala de espera de la policlínica de La Teja y que alguno de los grupos de autoayuda que gestiona la organización funcionara desde allí (actualmente funcionan en el Sindicato Médico y en el local de ASEPO).

Por su parte, la RUJAP ha trabajado recientemente con la IM, no directamente con la División Salud sino con la Secretaría de la Diversidad, aunque aspiran a profundizar la vinculación:

“Todo lo que hemos trabajado desde la red lo hicimos con Secretaría, la verdad que la Secretaría para nosotros fue un apoyo enorme porque no tiene que ver con la temática, no está dentro de salud, sin embargo nos dio un apoyo súper fuerte y súper bueno, que hoy por hoy parte del reconocimiento y parte de donde llegó la Red es por el apoyo de ellos (...) Sin duda que tenemos que articular con la División Salud, pero sin duda, y hasta la parte de Desarrollo Social, porque el VIH no afecta solo a los pobres, a los medios, a los ricos, pero cuando afecta a los pobres también tenemos que compensar no solo retirar la medicación; y no te estoy hablando ni de una pensión ni de canasta básica ni nada de eso, sino de las formas en que podemos pensar que todas personas que tienen VIH y no tienen trabajo o tienen recursos muy bajos tengan un plan de formación”. (Referente RUJAP)

Entre las líneas de trabajo a desarrollar a futuro, la RUJAP tiene la planificación de una propuesta de certificación en las instituciones de salud junto con ASSE, en donde se le dé un reconocimiento a las instituciones

que cumplen con requisitos en normas básicas de atención a las personas con VIH. También se está planificando en trabajar en talleres de concientización y de sensibilización a las/los funcionarios de la salud:

“[Se trata de] ir y cerrar un centro de salud para hablar con todos sus funcionarios, hacerlo en todos y poder sensibilizar y que se encuentren con la otra cara de lo que ellos ven diariamente. Porque diariamente pueden ver al afectado con VIH o con SIDA en una situación clínica internado, por lo que sea, que no estén en tratamiento, y no los que sí elegimos tratamiento que estamos bien de bien y que vivimos perfectamente, y que ojalá nunca tengamos que pasar por el médico por un tema de internación porque la medicación lo que produce es que nunca te enfermes, y estamos articulando con eso para la mejora de políticas”. (Referente RUJAP)

En referencia a la estrategia 90/90/90, se indicó que la RUJAP estaba muy comprometida con sus metas y que se promovía activamente la realización de testeos, señalando que se había participado de jornadas con la IM para realizar test rápidos pero que el trabajo no debía reducirse a ello si se buscaba alcanzar los objetivos (y debía ser más permanente durante el año):

“Desde la persona que está digitando cuántos test se hicieron en la parte de la Intendencia, esa persona tiene que sentir que es parte de eso, que yo estoy ingresando esta estadística para el 90/90/90, qué genial. O decirle a una amiga ‘¿te hiciste el test?’. Entonces mientras no incorporemos la necesidad no solo por cumplir un objetivo de llegar al 90 sino por la importancia que tiene la temática en todos los seres humanos, por la discriminación, por lo que se sufre, por las consecuencias si no tenés tratamiento, entonces al momento de asumir me parece importante que el 90/90/90 primero se tiene que concebir en las cabezas de las personas que toman decisiones políticas y después de ahí ser bajado”. (Referente RUJAP)

Por otra parte, desde Ovejas Negras se indicó que se habían tenido contactos con la División Salud para la realización de sensibilizaciones en varias policlínicas y también se había tenido contacto cuando se abrió la Policlínica de Infectología de La Teja. Más recientemente, se dijo que se había

trabajado con la Secretaría de la Diversidad, pero no en temas de salud particularmente. En este sentido se indicó que el vínculo más fuerte que se había establecido por estos temas era con el Ministerio de Salud Pública, reconociendo la importancia del trabajo que se realizaba desde el ministerio en lo referente a salud y diversidad sexual. Se indicó que la organización estaba dispuesta a participar de ámbitos de coordinación con la IM si era convocada, pero se reafirmó la necesidad de que también estuviera presente el MSP debido al trabajo que venía realizando en esta área.

Desde ninguna de las organizaciones que nuclean a personas trans cuyos referentes fueron entrevistados/as para esta consultoría (ATRU, UTRU y TBU) se indicó que tuvieran contacto con la IM en el área de salud (aunque sí se mencionaron contactos con la Secretaría de la Diversidad). Sin embargo, todas las personas entrevistadas consideraron que sería interesante explorar la posibilidad de la articulación en este sentido. De hecho, todas ellas tienen trabajo en lo referente a salud, y tanto ATRU como UTRU han trabajado a su vez en el abordaje de VIH/SIDA. Asimismo, desde TBU se afirmó que había disposición desde integrantes de la organización para participar en charlas o sensibilizaciones.

“Lo que sí se puede hacer es tratar de acercarnos, tratar de acercarnos a esas personas que tienen que trabajar con nosotros, para mí es fundamental porque vos podés ser, no sé, licenciada en comunicación y tener un tanto así de títulos, pero vos no estás viviendo lo que yo vivo y transmitir mi vivencia no lo vas a lograr nunca. Entonces me parece que es diferente si me paro yo, no voy a tener los estudios por ahí o la capacitación técnica, pero esto va más allá. Sí tengo la experiencia como un hombre trans y eso creo que a todas las personas que trabajan con salud sería bueno... es como llevarlo a la práctica, acá lo tenés, un hombre o una mujer trans, son personas comunes y corrientes, o sea podemos interactuar con ellos desde otra forma y que no sea en el consultorio, y que ellos puedan ver de que está todo bien”. (Referente TBU).¶

CAPÍTULO V

Análisis final y recomendaciones

POLICLÍNICAS LIBRES DE LGTBI-FOBIA

RECOMENDACIONES

Análisis final y recomendaciones

En este capítulo, se presenta un análisis de contenido de las 36 entrevistas realizadas, con el objetivo de estudiar cuál es la percepción de los distintos actores respecto a las características que debería tener un servicio de salud del primer nivel para ser verdaderamente inclusivo de todas las personas, independientemente de su orientación sexual, identidad de género, o su situación respecto al VIH.

Por último, se ofrece una serie de recomendaciones a ser consideradas por la IM, para operacionalizarse posteriormente en un sistema de indicadores que permitan el monitoreo de la experiencia.

POLICLÍNICAS LIBRES DE LGTBI-FOBIA

En esta sección, se presenta un análisis de las percepciones volcadas por todos los actores entrevistados para esta consultoría sobre qué características debería tener un servicio de salud del primer nivel para incluir efectivamente a todas las personas, independientemente de su orientación sexual, identidad de género, o su situación respecto al VIH. Se denomina a estos servicios como policlínicas “libres de LGTBI-fobia” dado que es el nombre adoptado desde la IM para ello, aunque durante el campo de esta consultoría surgieron cuestionamientos y denominaciones alternativas.

Como fue establecido desde un comienzo, en la Agenda de diversidad sexual e igualdad social 2016 - 2020 se planteó certificar al menos a cinco policlínicas de distintos municipios de Montevideo como “Centros de salud libres de LGTBI-fobia” (IM, 2016: 48), lo cual luego se amplió a seis policlínicas:

“Nuestro objetivo conjunto con la Secretaría de la Diversidad es trabajar hacia la designación de seis policlínicas, siempre dudamos qué nombre ponerle, nunca estamos conformes con el nombre final pero vendría a ser libres de homo-lesbo-transfobia, en el sentido de que realmente estén acreditadas hacia esas prácticas de no discriminación”. (Equipos de dirección de la División Salud)

Aunque el abordaje concreto sobre qué se considera un servicio de salud libre de LGTBI-fobia aún se encuentra en discusión, algunos de los actores entrevistados tanto de los Equipos de dirección de la División Salud como del Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud tendieron a asociar estas policlínicas con el modelo de la Policlínica de Infectología.

En términos generales, este objetivo está en línea con los Objetivos Sanitarios Nacionales que se impulsan desde el Ministerio de Salud Pública (ver cuadro 6). De hecho el Área de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio se encuentra en este momento trabajando en un modelo de acreditación de los servicios de salud en buenas prácticas para convertirse en servicios libres de homo-lesbo-transfobia.

“Me parece que es una buena medida y ya como que es un proceso que ha demostrado que sirve en otros temas como puede ser la lactancia materna, la atención a niños y niñas que también como que se busca la acreditación del servicio en la nutrición (...) Para mí es una cosa que no se puede tomar a la ligera y que requiere después un seguimiento y que a veces falla el hecho de que muchas veces la población que trabaja en los servicios de salud se mueve mucho y no se logra como establecer un criterio que bueno, que siga y permanezca durante un tiempo. Pero en realidad me parece que es el camino empezar a capacitar a los servicios y que sea además algo que los servicios consideren que tienen que hacer”. (Referente Área de Salud Sexual y Reproductiva)

Asimismo, es interesante la experiencia de esta área en la sistematización de características clave que debe tener un servicio de salud para ser respetuoso de la diversidad. En 2015, el Área de Salud Sexual y Reproductiva realizó un primer relevamiento del estado de los servicios de salud en referencia a diversidad sexual, en donde se relevaba la existencia de

cartelería y folletería amigable a la diversidad; si se había recibido formación en esta área en los últimos dos años; si las variables orientación sexual e identidad de género estaban incluidas en los sistemas de registro; si se asistían personas trans; si se ofrecía la prestación de hormonización (y si se ofrecía con costo o no); si se hacían cirugías a personas trans (y si eran con costo o sin costo); cómo eran los mecanismos de asignación de camas para personas trans; y si habían recibido denuncias de funcionarios/as o de usuarios/as de haber sido discriminados o discriminadas.

“Lo que se hizo fue eso preguntar algunas cosas concretas que para nosotros es lo que hace la diferencia, porque todo el mundo cuando vos le preguntas te va a decir que trata bien a la gente y está bien que así sea y aparte creo que es así que en la mayoría de los servicios, tratan bien a las personas. Pero tratar bien a las personas puede llegar a ser muy superficial y no tiene nada que ver con brindar una buena atención, no hablarle mal a alguien no quiere decir estarlo atendiendo de acuerdo a lo que esa persona necesita”. (Referente Área de Salud Sexual y Reproductiva)

CUADRO 6. Morbimortalidad por VIH/SIDA y transmisión vertical de sífilis y VIH. Propuestas de intervención de los OSN

Área de intervención 31. Acceso al diagnóstico. Líneas de Acción:

- 31.1. Campañas comunicacionales que promuevan la realización de las pruebas diagnósticas de VIH y otras ITS
- 31.2. Facilitar el acceso al testeo con énfasis en poblaciones más vulnerables.
 - 31.2.1. Plan de capacitación dirigido a Directores Técnicos laboratorios privados y de instituciones prestadoras de servicios de salud, en nuevos algoritmos diagnósticos. Coordinación con Laboratorio de Salud Pública.
 - 31.2.2. Fiscalizar la implementación de algoritmos en base a pruebas rápidas en los laboratorios sin infraestructura para realizar otras

pruebas de tamizaje, en servicios de salud alejados de laboratorios, en poblaciones de difícil captación y seguimiento (aplicación ordenanza 567/14).

- 31.2.3. Implementar espacios de testeo voluntario con consejería, en servicios de salud donde el usuario pueda concurrir por iniciativa personal. Coordinación con prestadores públicos y privados. Costo a cargo del prestador.
- 31.2.4. Realizar oferta de tamizaje de sífilis y VIH en el control de salud de cualquier persona (independientemente de edad, sexo, orientación sexual) según las pautas del MSP. Solicitar Plan de sensibilización y capacitación a los DT de los prestadores, dirigido a su cuerpo médico, priorizando equipos de salud del primer nivel.
- 31.2.5. Implementar oferta de prueba diagnóstica en los sitios de consulta de las poblaciones más vulnerables: puerta de emergencia, policlínicas, refugios, móviles de otros programas estatales (JND), rondas rurales, etc.
- 31.2.6. Ofrecer el control de salud integral, que incluya oferta de tamizaje de sífilis y de VIH, vinculado al acceso y renovación de planes y/o beneficios sociales.

Área de intervención 32. Acceso a atención de calidad a personas con VIH adoptando un modelo de atención de enfermedad crónica con características de accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y libre de discriminación. Líneas de Acción:

- 32.1 Facilitar el Acceso a la atención.
- 32.2. Generar el marco normativo desde la rectoría para la descentralización de la atención (elaboración de ordenanza que defina roles de los diferentes niveles de atención, criterios de referencia-contrarreferencia, directivas para la distribución descentralizada de ARV, antimicrobianos para profilaxis y para acceso a exámenes paraclínicos)

- 32.2.1. Implementar un modelo de enfermedad crónica que incluya la dispensación prolongada de TARV. Fiscalizar disponibilidad de fármacos en farmacias.
- 32.2.2. Regular las tasas moderadoras para órdenes y tickets de medicamentos y de exámenes de control (población linfocitaria, carga viral), en el marco de la línea general de avanzar en la regulación de los copagos en las prestaciones clave para el cumplimiento de los OSN.
- 32.2.3. Difundir las pautas de atención desde la rectoría, para apoyo de los equipos de salud en territorio.
- 32.3. Generar mecanismos que faciliten la vinculación y retención en el proceso de atención integrando al contrato de gestión de las instituciones los requerimientos que se detallan en los siguientes numerales.
 - 32.3.1. Utilizar el registro de seguimiento de pacientes con VIH como herramienta para la detección de personas diagnosticadas que no se vinculan a la atención, o que interrumpen el retiro de fármacos ARV, y generar mecanismos de alerta a las instituciones asegurando el respeto por la confidencialidad en el manejo de la información
 - 32.3.2. Promover que las instituciones elaboren hojas de ruta para asegurar la captación de usuarios/as con diagnóstico de VIH para su seguimiento clínico.
- 32.4. Facilitación del acceso al TARV
 - 32.4.1. Diseñar e implementar estrategias para mejorar el acceso al TARV que aborden todos los obstáculos identificados:
 - 32.4.1.1. Descenso de los costos, por compras conjuntas a través del Fondo Estratégico de OPS/OMS.
 - 32.4.1.2. Revisión programada y periódica del FTM, con la dinámica habitual para todos los fármacos. Eliminar barreras burocráticas al acceso al TARV cuando el tratamiento se ciñe al protocolo. Eliminar la condición de aprobación por parte de comités especiales o estructuras burocráticas similares, de los tratamientos de primera línea, de los prescriptos por indicación y/o supervisión de expertos.

- 32.4.2. Fiscalizar el cumplimiento de las pautas nacionales de TARV para los planes de inicio establecidos como preferenciales.
- 32.4.3. Fiscalizar la disponibilidad de ARV en las farmacias y detectar episodios de desabastecimiento.

Área de intervención 33. Estrategias intersectoriales de promoción de salud y prevención y reducción de la transmisibilidad del VIH.

Líneas de Acción:

- 33.1. Asegurar la capacitación de los equipos docentes de primaria y secundaria en temas de educación en sexualidad con un abordaje integral, en promoción del ejercicio de una sexualidad libre, segura y placentera, de respeto por las diversidades y las identidades de género con énfasis en prevención de ITS.
- 33.2. Facilitación del acceso a preservativos y geles, desmedicalización del condón, expendedores en lugares públicos. (Ref. Líneas de acción 37.2.6. y 37.2.2)
- 33.3. Estrategias de comunicación con énfasis en jóvenes y poblaciones clave.
- 33.4. Utilización de TIC para apoyo de la adherencia al TARV (mensajes de texto, recordatorios, etc.)
- 33.5. *Promover la multiplicación de servicios libres de homo-lesbo-transfobia que faciliten el acceso a poblaciones en particular riesgo frente a las ITS. Implementar estrategia de Acreditación. (Ref. Línea de acción 71.4)***

Área de intervención 44. Abordajes intersectoriales de promoción de salud sexual y salud reproductiva con énfasis en prevención de ITS.

Líneas de Acción:

- 44.1. Capacitación de los equipos docentes de primaria y secundaria en temas de educación en sexualidad con un abordaje integral, en promoción del ejercicio de una sexualidad libre, segura y

- placentera, de respeto por las diversidades y las identidades de género, con énfasis en prevención de ITS
- 44.2. Campañas comunicacionales que promuevan la utilización de métodos de barrera para la prevención de ITS.
 - 44.3. Desarrollar experiencias piloto de colocación de expendedores de condones en lugares públicos de acercamiento y concentración de adolescentes y jóvenes (boliches, instituciones educativas secundarias y terciarias, clubes deportivos, estaciones de servicio), en zonas focalizadas con base departamental.
 - 44.4. Acceso y entrega a condones gratuitos en lugares de acercamiento y/o concentración de poblaciones más vulnerables: dispositivos del MIDES, cárceles y otros contextos de encierro, centros de atención de usuarios de drogas, unidades móviles de salud, ONG.

Área de intervención 45. Acceso a diagnóstico de sífilis y VIH de toda la población. Líneas de Acción:

- 45.1. Campañas comunicacionales que promuevan la realización de las pruebas diagnósticas de sífilis y VIH.
- 45.2. Facilitar el acceso al testeo con énfasis en poblaciones más vulnerables: 45.2.1. Plan de capacitación costeadado para alcanzar a todos los laboratorios institucionales en la implementación de nuevos algoritmos diagnósticos
- 45.2.2. Obligatoriedad de implementar algoritmos en base a pruebas rápidas en los laboratorios sin infraestructura para implementar otras pruebas de tamizaje, en servicios de salud alejados de laboratorios, en poblaciones de difícil captación y seguimiento, cuando sea necesario una confirmación urgente del diagnóstico (ordenanza 567/14)
- 45.2.3. Implementar espacios de testeo voluntario con consejería en servicios de salud donde el usuario pueda concurrir por iniciativa personal
- 45.2.4. Realizar oferta de tamizaje de sífilis y VIH en el control de salud (Ref. Línea de acción 30.2.4)

- 45.2.5. Implementar oferta de pruebas diagnósticas de sífilis, VIH (VHB y VHC según pautas) en los sitios de consulta y encuentro de las poblaciones más vulnerables: puerta de emergencia, policlínicas, refugios, móviles de salud y de otros programas estatales (JND), rondas rurales, centros de atención a usuarios de drogas, etc. (Ref. Línea de acción 30.2.5)
- 45.2.6. Realizar control de salud integral que incluya oferta de tamizaje de sífilis y de VIH vinculado al acceso y renovación de planes y/o beneficios sociales

Área de intervención 46. Acceso y la calidad del control del embarazo.

Líneas de Acción:

- 46.1. Fiscalizar el cumplimiento de la ordenanza ministerial 447/12 con énfasis en:
 - 46.1.1. Garantizar el acceso al diagnóstico de embarazo en el punto de atención, asegurando la disponibilidad de técnicas de detección de β -HCG para diagnóstico en el mismo día.
 - 46.1.2. Iniciar las acciones del control de embarazo ante la constatación clínica o paraclínica del mismo (incluye test rápido realizado por la institución o que trae la usuaria). Se destaca que el control del embarazo incluye: registro completo y entrega del carné SIP; realizar test rápido de sífilis y VIH
- 46.2. Fortalecer las redes con otros sectores que faciliten el acercamiento y captación de mujeres embarazadas:
 - 46.2.1. Optimizar el trabajo conjunto desde el sector salud con los programas de cercanías ya existentes a nivel de territorios (MIDES, INAU, CAIF, MEC, Jóvenes en Red, Intendencias, UCC, mesas interinstitucionales)
- 46.3. Fiscalizar el cumplimiento de la norma referida a acceso a consulta ginecológica en un plazo máximo de 48hs.
- 46.4. Promover el acompañamiento de la mujer por su pareja en el control prenatal al menos una vez en el 1° y una vez en el 3° trimestre (Decreto del Poder Ejecutivo 35/14).

Área de intervención 47. ITS en la mujer, especialmente sífilis y VIH, durante el embarazo y la lactancia. Líneas de Acción:

- 47.1. Asegurar la provisión de preservativos durante embarazo y lactancia con asesoría, involucrando a ginecólogos, parteras, peditras.
- 47.2. Ofrecer la prueba diagnóstica de sífilis y VIH a la pareja de la mujer embarazada, una vez durante el control del embarazo, sin costo para el usuario y a cargo del mismo prestador de la usuaria. (Ordenanza en proceso)

Área de intervención 48. Diagnóstico oportuno de sífilis y/o VIH durante el embarazo. Líneas de Acción:

- 48.1. Monitorear el cumplimiento de la realización de las pruebas diagnósticas de sífilis durante el embarazo, como está establecido en la pauta (1er control, 2º y 3º trimestre).
- 48.2. Asegurar la disponibilidad oportuna de los resultados de las pruebas diagnósticas de sífilis y VIH. Acción desde el laboratorio hacia el médico tratante y hacia la paciente.
- 48.3. Fiscalizar la disponibilidad de pruebas rápidas para diagnóstico de sífilis y VIH en el punto de atención (policlínica, emergencia).

Área de intervención 49. Tratamiento de sífilis y/o VIH durante el embarazo. Líneas de Acción:

- 49.1. Monitorear (a través de la auditoría) el cumplimiento de la pauta de tratamiento de sífilis: a) tratamiento inmediato con prueba reactiva; b) al menos 2 dosis, la última en un tiempo mayor a 1 mes del parto.
- 49.2. Monitorear (a través de la auditoría) el cumplimiento de la pauta de tratamiento de VIH durante el embarazo, que debe ser comenzado con el resultado de la primera prueba reactiva sin necesidad de esperar la confirmación.

Área de intervención 50. Acceso y continuidad de cuidados de las mujeres con VIH luego del parto. Líneas de Acción:

- 50.1. Establecer mecanismos para asegurar su captación y correcto seguimiento posterior al parto, con énfasis en la continuidad del TARV. Diseño de planes de seguimiento por parte de la DT de las instituciones.

Área de intervención 51. Pauta de diagnóstico y tratamiento establecida por MSP para prevenir la transmisión vertical de VIH y sífilis connatal. Líneas de Acción:

- 51.1. Fortalecer la actividad de auditoría de los casos de mujeres que durante el embarazo, trabajo de parto o durante el puerperio inmediato tienen una prueba reactiva de sífilis y/o VIH, y de los casos probables y confirmados de VIH y sífilis connatal.
- 51.2. Promover la aplicación y dar difusión a la pauta de diagnóstico y tratamiento de VIH y sífilis connatal.
- 51.3. Analizar la factibilidad de disponer de fórmulas lácteas y proveerlas de forma gratuita para sustitución de lactancia en recién nacidos hijos/as de mujeres con VIH.

Área de intervención 52. Seguimiento luego del alta de los niños expuestos a sífilis y VIH. Líneas de Acción:

- 52.1. Fortalecer el seguimiento del recién nacido expuesto a VIH y sífilis connatal: 52.1.1. Calendario predeterminado de controles al egreso de la maternidad. 52.1.2. Sistema de alarma en historia clínica electrónica
- 52.1.3. Conformación de un equipo de enlace entre el medio hospitalario y extrahospitalario (que interactúe con los diferentes actores del primer nivel de atención ante la no concurrencia al control predeterminado)

Si bien las líneas de acción 33.5. y 71.4 de los OSN asocian los servicios libres de homo-lesbo-transfobia con facilitar el acceso a estos servicios de poblaciones “en particular riesgo” frente a las ITS, durante las entrevistas se expresó una fuerte tensión entre asociar diversidad sexual y mayor riesgo de contraer VIH. Aunque se reconocía que la prevalencia era mayor en algunos grupos LGTBI (particularmente mujeres trans y varones que tenían sexo con otros varones), la construcción de esta población como “población de riesgo” fue cuestionada como una práctica estigmatizante y expulsiva del sistema de salud. Debe recordarse a su vez que una de las recomendaciones de la experiencia de consultorios amigables de Argentina se orientaba justamente a este punto, ya que se observó que asociar diversidad y VIH/SIDA podía resultar contraproducente en términos de la población a la que se quería alcanzar, ya que desalentaba la demanda.

“Creo que hay una relación bastante tensa en ese aspecto y mucho tiene que ver con el discurso médico y la estigmatización, entonces aquello de los ochentas de que todos los gays tenían VIH y toda la comunidad tenía VIH eso sigue como presente y creo que ahí se tensa la relación, porque las personas de la comunidad LGTB creo que no encuentran el espacio como para generar la confianza (...) me parece que tiene que haber como esa idea de que vos estás tratando un cuerpo sano, estás tratando un paciente sano, el problema es cuando parte de la base de que por ser trans tenés tal cosa o tal otra. Yo siempre cuento la anécdota, cuando fui a la otra sociedad que estaba me asignaron médica referente y después de media hora de entrevista, la doctora descubrió que yo no era una mujer biológica... le dije porque me preguntaba ‘cuanto hacía que se me había retirado’ y ‘si tenía antecedentes de cáncer de ovario’, cosas así, hasta que le dije ‘soy una mujer trans’. Y me dice: ‘¿tenés examen de VIH?’. Y entonces claro, ahí vos te das cuenta: si sos trans para la corporación médica sos VIH y hasta que no se rompa ese binomio es como muy difícil generar la confiabilidad desde el paciente o la paciente hacia el personal. Y cuando hablo de personal hablo de médicos, enfermeros, hasta el que te da el número, todo. Entonces hasta que no se rompan esos estigmas va a ser como muy difícil”.
(Referente UTRU)

“Es muy hasta vergonzoso diría yo, ir y decirle a un médico que ponele que no conocés, que no confías en el médico, enfermero o lo que sea, no sé, ‘tengo VIH’ o ‘me puse silicona industrial’, o cosas así. De hecho pasa y le pasa a las compañeras que te van a dar una vacuna y les preguntan: ‘¿tenés SIDA?’. Esas cosas pasan, entonces vos dejás de ir y te automeDICÁS, ya está”.
(Referente UTRU)

Esta tensión tiene un fuerte arraigo en cómo se asoció al VIH/SIDA y a la homosexualidad en la década de 1980, una corriente que bajo la denominación de “la peste rosa” reforzaba la discriminación hacia quienes vivían una orientación ya de por sí estigmatizada, estigmatizando a su vez prácticas que consideraban “promiscuas” y responsabilizando a las personas por su situación de vulnerabilidad. No obstante, esto no se traducía en negarse a abordar el VIH en el acercamiento con la población LGTBI más expuesta, pero sí en considerar que no era la única intervención que debía hacerse y que se debía contemplar en el marco de un abordaje realmente integral sobre la salud de esta población.

“Por ejemplo las mujeres trans tienen más prevalencia de VIH vinculado a muchas cosas, también a trabajo sexual, pero tiene que ser una intervención más en varias el tema del VIH, no puede ser la única intervención que vos hagas y creo que pasa bien por ese lado, la persona se da cuenta, todos nos damos cuenta. Si cuando vas al médico por hormonización o por una cefalea o por una lumbalgia o por lo que fuera, el médico te dice ‘te voy a mandar un VIH y un VDRL’ ahí ya hay una señal. Vos vas por una cosa y el médico puso el foco en otra. Yo creo que eso solo te lo da la longitudinalidad de la atención, o sea cuando vos tenés repetidos encuentros con la persona te podés plantear -como hacemos nosotros- un acuerdo: ‘mirá, perfecto, vos viniste por la hormonización. Bien, la hormonización se va a dar a tal paso de acá, pero en el medio nosotros tenemos que asegurarnos de que tu salud está bien’. Entonces ahí te voy a preguntar cómo es tu núcleo familiar, qué apoyos tenés, cuáles son tus enfermedades, qué medicación tomás, te voy a mandar algunos exámenes y si veo –ahí también se aclara- si veo que algunos exámenes dan mal te voy a tener que mandar otros para profundizar. Un poco la estrategia va por si abordo el VIH pero no solamente el VIH, o sea, es innegable que tenemos que abordar el VIH en la población

trans, sobre todo trans femeninas, pero abordar solo el VIH termina expulsando muchas veces, porque es reforzar que lo único que tenés para hacer es el abordaje en el VIH (...) (Referente MFyC-UDA Saint Bois)

“La salud tiene que tener una mirada integral y no es con el infectólogo que se tiene que atender una persona trans. De la misma manera, si tiene VIH lo tiene que atender su médico de referencia, que no solo le va a atender la particularidad que tiene un VIH sino que necesita hormonización, que capaz que tiene que controlar la presión o la glicemia porque se esta hormonizando o sea, el abordaje de salud no puede centrarse en la enfermedad o en una necesidad específica de salud ni tiene que haber un servicio para trans solo para hormonizar ni tienen que las personas trans con VIH atenderse solo en un lugar. Por eso es tan importante el rol que juega el primer nivel de atención, porque es el único capaz de dar esa mirada y de decir: ‘bueno, yo les controlo las hormonas, se las repito y cada 6 meses va al endocrinólogo para que me oriente cómo seguir, pero va a mirar no solo la hormona, va a mirar si esa persona por ejemplo ejerce el trabajo sexual, si es víctima de violencia, si se droga, si tiene problemas de salud mental... va a tener una mirada sobre la persona y no sobre la enfermedad. Por eso nos parece que necesitamos más involucramiento del primer nivel de atención, desde la medicina familiar, porque solo ahí se puede cumplir”. (Referente Cátedra de Enfermedades Infecciosas).

“El colectivo Ovejas Negras participó desde un principio en lo que fue la descentralización de la policlínica de la Teja en atención a VIH, justamente porque le parecía súper relevante aportar desde la mirada de salud LGTB y salud integral a este tema, porque en realidad es un tema que es verdad que afecta de manera desigual a varones gay y a mujeres trans, porque hay una intersección de vulnerabilidades y porque además los servicios de salud en muchos temas están mucho más enfocados en la prevención de embarazos que en la prevención de ITS y eso es algo que a veces cuesta realmente hacer énfasis, si bien se ha avanzado y se sigue avanzando. Por ejemplo ahora está trabajándose [desde el MSP] en desmedicalizar la entrega de preservativos, que hasta ahora es con una orden, entonces es como una barrera más y bueno, me parece que la forma es nunca perder el foco de que en realidad lo que estás promoviendo en

todas las personas, sin importar su orientación sexual o su identidad de género, es la salud en su más amplio sentido y me parece que también han habido dificultades en cómo enfocar el VIH, si enfocarlo solamente en prevención -que es lo que en general se hace- porque en realidad hay un montón de personas que ya están viviendo con VIH y que podrían vivir de manera mucho mejor. Toda la inversión que hay en prevención no la hay a veces en reforzar y promover la adherencia al tratamiento o mejores tratamientos, o cómo cuidar a las personas en el sentido integral realmente. Entonces claro, cuando solamente por ejemplo se le habla a la población LGTB para decirle que se haga un test de VIH entonces ta, si ese es tu discurso es muy difícil. Por eso nuestra apuesta ha sido también hablar de salud integral y de salud en general". (Referente Área de Salud Sexual y Reproductiva)

Otra precaución habitual que se estableció desde las personas entrevistadas fue que el abordar estos temas no debía hacerse generando servicios especializados en diversidad sexual o en abordaje de VIH.

"Yo creo que se debe de atender a todo el mundo por igual, o sea puedo ir yo porque me quiero hormonizar, puede ir la señora que está al lado por el reuma, el otro va por el riñón, ¿se entiende? Entonces yo creo que en primer lugar hay como que generalizar eso, como integrar, por el otro lado también bueno, la famosa sensibilización de la gente, o sea, la gente tiene que tener un perfil, hay que buscar el perfil de quien trabaja en esos servicios, no puede cualquiera". (Referente UTRU)

En este sentido, se indicó que debería revisarse el nombre que se adoptó para la experiencia: debe recordarse que el nombre fue algo también discutido en el proyecto "Centros de Salud Libres de Homofobia", ya que se argumentó que generaba confusiones, dado que podía interpretarse que se trataba de centros de salud de atención exclusiva a la población LGBTI. Otras denominaciones podrían ser: centros abiertos, centros inclusivos, policlínicas amigables, servicios de atención integral, servicios de referencia. Estas denominaciones tienen no obstante la contracara de qué ocurre con los demás servicios que no atravesaron este proceso: ¿son acaso cerrados, exclusivos, poco amigables?

“Es como que no tengo muy claro si está bueno pero, es como que por un lado es como recalcar algo que debería ser de hecho y eso es lo que me hace como un poco de distorsión... ¿amigos? Sí yo qué sé, somos amigos de la gente, tendría que entrar cualquiera sin tener problema, no habría que... pero bueno esas son estrategias que no sé si estoy capacitada para saber si está bueno o no”. (Personal médico, odontológico y de enfermería)

Esta es una preocupación que surge en los equipos de las policlínicas y particularmente, en aquellas personas que no identifican que exista un problema en la actualidad y que se resisten a generar abordajes distintos en relación a la diversidad. Se observa en este sentido que existe un discurso de igualdad, muy fuertemente asociado a la matriz de políticas públicas universalistas, que choca con la incorporación de la diferencia porque la interpreta en términos de desigualdad. En este sentido, es importante transmitir a los equipos el enfoque de equidad en salud; es decir, que si nos manejamos con el mismo tipo de respuesta para cada persona, no estamos construyendo igualdad sino reproduciendo la desigualdad preexistente. Como se indicó en las entrevistas,

“Lo que no se nombra no existe y lo que no existe no se puede tratar de ninguna manera. Si la diversidad sexual no es un tema que la salud aborde queda invisibilizado y por lo tanto podemos tener por un lado muy buenas políticas de derechos y por el otro lado no tenemos las garantías de que esos derechos sean hechos en la efectividad de la atención que la persona necesita de acuerdo a su condición, le damos un status de humanidad en clave de derechos singularizando su necesidad y luego no le damos la herramienta necesaria, el soporte necesario para que eso sea llevado a cabo. Ahí a la salud le corresponde un papel fundamental”. (Referente CRAM)

“Cuando nosotros planteamos esto como un derecho y desde una perspectiva de derechos de los usuarios y de avanzar en la agenda de derechos del país desde el prestador público, surgió esto de ‘hay usuarios que no tienen el privilegio de... ¿por qué a estos usuarios?’. Entonces también ahí hay una construcción de un discurso, ¿y cómo es la construcción del discurso nuestra, parados desde dónde? Trabajar eso es súper desafiante y lo trabajamos con argumentos, que van desde los derechos, la vulneración de derechos y

van desde la expectativa de vida hasta argumentos técnicos, que desde el otro lado como tampoco hay formación respecto a los temas técnicos realmente impacta. Cada vez que yo hablo un poco de los argumentos técnicos, por qué técnicamente hay que abordar a una persona trans y hablamos de la silicona industrial, el examen físico que se hace, cómo es la estrategia, cómo es el abordaje, las herramientas que hemos elaborado y demás, del otro lado hay una cosa tipo 'opa, no es improvisación'. Cuando digo por qué derechos para unos y para otros no -porque la construcción del otro lado es por qué derechos para unos sí y para otros no- y ni siquiera visibilizan que estamos hablando de las cosas mínimas, cuando ya existe un daño producto del odio y la discriminación de años, entonces trabajar sobre el discurso es súper rico". (Referente ASSE)

No obstante, por lo general se interpretó de parte de los equipos de las policlínicas que era positivo transitar por un proceso de certificación de estas características. Se explicitó justamente de esta forma, como un proceso, que tenía en la sensibilización y capacitación de los equipos un elemento clave, y se interpretó que el que las policlínicas hubieran sido seleccionadas en esta etapa era un reconocimiento:

"Para nosotros fue un gran honor que nos nombraran, que por lo menos en los pocos cupos que habían tenido se acordaran que en [nuestra policlínica] podemos llegar a tener ese perfil digamos de apertura y bueno, transitar un camino. Certificarte no quiere decir que seas el mejor, por lo menos desde el punto de vista nuestro, no digo que vamos a estar libres de homofobia y libres de... no, me parece que es transitar un camino de apertura y aprender en ese camino a ver cómo podemos mejorar. Porque en realidad nosotros lo que tenemos enfrente, el objetivo común nuestro, es que el usuario logre tener las necesidades cubiertas en salud, entonces ese es nuestro objetivo: sea sordo, sea una persona con diabetes, sea una persona hipertensa, sea una persona trans o una persona afro. Entonces me parece que eso es lo más importante, teniendo claro el objetivo después es ir acomodando, ir viendo cómo hacemos el proceso para lograrlo y creo que la policlínica está dando esos pasos". (Coordinadores/as de policlínicas seleccionadas)

“A mí me parece fantástico y lo aplaudo porque en realidad nuestro equipo es así, nuestro equipo yo considero que... no solo yo como persona sino nuestro equipo de nuestra policlínica se califica para eso, porque en realidad somos así, somos personas que no discriminamos, al contrario, somos personas que captamos todo eso que tal vez, que le hacen en otro lado y que vienen acá y se sienten bien y por eso se siguen atendiendo con nosotros y eso está bueno. Porque de alguna manera uno se siente que realmente hace bien su trabajo y para eso está”. (Personal administrativo)

Ello no obstante, no estaba exento de dudas e inseguridades, por ejemplo respecto a qué prestaciones se podía ofrecer a los/las usuarias (y en este sentido lo referente a la hormonización se expresó como preocupación), así como también se expresaron dudas respecto a contar con los suficientes recursos humanos en caso de que se asistiera mucha población nueva. Sin embargo, otras personas entrevistadas señalaron que en esto último radicaba la potencialidad de la idea: es decir, en la difusión que permitiera que se acercaran al centro de salud personas que no se asistían habitualmente en el sistema.

“Me parece que es importante para poder de repente permitir que más gente de la población LGTB pueda acceder al servicio y sientan que es un servicio amigable con ellos y no existan esas barreras que muchas veces ellos sienten que hay. Inclusive en el curso una de las cosas que yo no sabía y que me pareció interesante fue que el personal de salud es uno de los que muchas veces más discrimina a [esta] población (...) Eso me parece que no está bien, precisamente esta política que se está llevando adelante de sensibilizaciones me parece que va en sentido de cambiar esa situación y eso me parece muy importante”. (Personal médico, odontológico y de enfermería)

Por otra parte, dentro de los actores clave para la articulación, hubo también opiniones respecto a que el enfoque de los centros libres de homofobia, si bien había sido muy importante en su momento, de cierta forma ya estaba siendo superado:

“Para nosotros los centros libres de LGTBI fobia fue un proceso pasado. Fue muy importante que ocurriera, en su momento era lo que había que hacer,

pero en esta etapa nosotros entendemos que no va más por ahí sino que va en dar un paso más y pensar en esto, en los servicios habituales que tenemos que generar agenda habitual y eso no se da por un nombre o por... en nuestro proceso pasó mucho eso. Nosotros ya tenemos bastante tiempo en todo este proceso desde los centros libres de homofobia y fue necesario que estuvieran los centros libres de homofobia, muy necesario, pero también después nos dimos cuenta que en los espacios de convivencia es que se dan los cambios; esta estrategia de tener la agenda del médico de familia y que el médico de familia este ahí y que justamente hace que en la misma sala de espera esperando al mismo médico confluya la mujer embarazada, la persona trans, la adulta mayor, el trans... entonces esos espacios de convivencia compartiendo el mismo médico hace un abordaje mucho más efectivo. No es en la misma sala de espera todas personas trans esperando a ser atendidas por un único médico y el adulto mayor esperando a otro médico sino que se dan espacios de convivencia donde uno puede hasta inclusive adaptar la sala de espera, intercalar los pacientes como hacemos nosotros. Una de las mujeres que al principio cuando empezamos con esto ya era paciente mía, que yo controlé su primer embarazo, participé en el parto de esa señora, controlé a su hija, después volvió a quedar embarazada y controlé su embarazo en la policlínica del turno nocturno. Y al principio cuando llegó lo primero que me hizo fue un reclamo, que en la sala de espera había gente rara y ahora hace poco ya tuvo su hijo y yo la cité para hacerle el PAP. Su hijo es un bebé relativamente, no es un recién nacido y en todo ese proceso entre las primeras consultas del recién nacido que son súper frecuentes y después se van espaciando, compartió mucho con las personas trans en la sala de espera. Cuando la hice pasar para hacerle el PAP quien se quedó cuidando su hijo fue una persona trans, una mujer trans, entonces esto de compartir para entender creo que es muy importante. En este proceso vamos por ese camino, en el camino de la sala de espera como un espacio de convivencia y ahí hay un click súper importante, porque no solo nos pasa a nosotros los integrantes del equipo de salud, le pasa a nuestros usuarios que no son trans, pero empiezan a entender". (Referente MFyC - UDA Saint Bois)

RECOMENDACIONES

DISEÑO INSTITUCIONAL

- Configurar al Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud como una referencia y apoyo a los equipos de las policlínicas. El promover la incorporación de la perspectiva de diversidad en salud genera cambios que pueden suscitar dudas e inseguridades en los equipos; se debe establecer por ello un mecanismo de referencia al que puedan acudir.
- Conformar un grupo de trabajo ampliado con reuniones periódicas que incorpore a referentes de las seis policlínicas seleccionadas. Fortalecer la figura de “referentes en diversidad” en las policlínicas, que colaboren activamente en la descentralización y naturalización de la perspectiva de la diversidad en sus equipos de pertenencia.
- Establecer un seguimiento de los avances en materia de diversidad y salud, a través del monitoreo de indicadores asociados.

SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN

- Desarrollar una propuesta de sensibilización y capacitación continua de los equipos de las policlínicas en diversidad sexual y salud.
- Generar contenidos específicos en diversidad y salud por perfiles de la policlínica (ej: habilidades comunicacionales para personal administrativo; promoción de salud y prevención de enfermedades en población LGTBI para personal más directamente vinculado a la atención sanitaria).
- Contar con entrega de material de apoyo luego de las sensibilizaciones. Generar para tal fin una guía breve de recursos en diversidad y salud, en donde se expliciten términos básicos, se establezcan referencias a material audiovisual, guías y protocolos, etc.
- Asegurar que la Guía en Salud y Diversidad Sexual esté disponible para los equipos de las policlínicas.
- Desarrollar una propuesta de sensibilización y capacitación continua de los equipos de las policlínicas en abordaje de VIH.

- Incorporar charlas con las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en diversidad y salud y en VIH como parte de las estrategias de sensibilización.
- Generar prácticas para referentes de policlínicas en la UDA del Hospital Saint Bois y en la Policlínica de Infectología de La Teja.
- Establecer mecanismos para que los equipos de las policlínicas puedan: i) evaluar la formación recibida; ii) sugerir la incorporación de contenidos específicos.

CAPTACIÓN

El captar personas que estén por fuera del perfil de usuarios/as de las policlínicas es un desafío que se debe afrontar y que no debe quedar librado únicamente a la consulta espontánea. En este sentido, hay varias acciones que se pueden emprender:

- Tener una actitud de captación frente a las personas trans y otros/as usuarios no habituales que se acercan a las policlínicas para utilizar las instalaciones del baño, realizarse test rápido, solicitar preservativos o realizarse intervenciones puntuales que no los incorpora formalmente como usuarios/as. La folletería resulta clave en este aspecto.
- Incorporar a las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en la temática de diversidad y salud o en relación a VIH en las actividades de promoción en salud que se realizan desde las policlínicas.
- Aprovechar las posibilidades de las policlínicas para establecer contactos informales en el barrio.
- Establecer coordinaciones interinsitucionales para promover los servicios con los que cuenta la IM (tanto con actores estatales y de la academia, como con las OSC).

CAMPAÑA

- Un elemento que se trajo una y otra vez desde las/los entrevistados fue la ausencia de campañas masivas sobre VIH. Si bien la realización de una campaña de estas características debería explorarse con otros actores clave (ej: Ministerio de Salud Pública, sociedad civil) el ponerla en práctica sería útil para lograr otro tipo de difusión sobre la realización del test rápido en las policlínicas. La universalización de la realización del test es un gran activo de la estrategia 90/90/90, ya que no se focaliza en las poblaciones más expuestas pero tiene el potencial de incluirlas a través de la generalización de la práctica. Asimismo, se podría pensar integralmente esta campaña para reforzar el nuevo paradigma de abordaje de la enfermedad y fortalecer los mecanismos de acompañamiento para PVV (que existen por ejemplo desde la sociedad civil).
- Además, se podría explorar la posibilidad de difundir públicamente a través de los medios el proceso que atraviesan las policlínicas de la IM en relación a la incorporación de la perspectiva de la diversidad (tal como se hizo con la experiencia piloto de los Centros de Salud Libres de Homofobia).

CARTELERÍA Y FOLLETERÍA

- Incorporar cartelera alusiva a la diversidad en espacios comunes de la policlínica. El MSP dispone de cartelera que se puede solicitar; si se planifican campañas específicas, los ejemplos de Argentina y Brasil son una base sobre la que se podría trabajar.
- Distribuir folletería en las policlínicas sobre diversidad y salud. Elaborar folletería sobre métodos de barrera enfocada en prevención de ITS, que no asocie la prevención a la anticoncepción.
- Incorporar cartelera sobre “mitos” referentes a VIH en las policlínicas, con datos básicos como: no hay riesgo de transmisión por compartir el mate, por darse un beso, por el sudor, la orina, la picadura de un insecto. No es necesario que la persona tenga su propio plato, vaso o cubiertos en su casa, etc.
- Distribuir la folletería sobre VIH recientemente elaborada por la IM y organizaciones de la sociedad civil como RUJAP y MásVIHdas.

BAÑO

Dado que en las policlínicas que fueron visitadas para esta consultoría, se observó que en la mayoría se empleaba un baño único para usuarios/as y otro para el personal, sería muy sencillo identificarlos como “no generalizados” para reforzar la idea de que se trata de un espacio inclusivo.

DISTRIBUCIÓN DE PRESERVATIVOS Y GELES

- Desmedicalizar la distribución de preservativos “masculinos” y “femeninos” en las policlínicas.
- En línea con los OSN, explorar que una de las vías de distribución sea a partir de máquinas expendedoras en las policlínicas (que no requieran dinero para expedir preservativos).
- Incorporar la distribución de geles en las policlínicas.

REGISTRO

- Es importante incorporar la orientación sexual y la identidad de género en la atención sanitaria, tanto para mejorar la calidad de la atención en lo inmediato como para generar mejores registros que también permitan una mejora de atención en el futuro (por ejemplo, para identificar situaciones que pueden estar más asociadas a un grupo poblacional que otro).
- Es necesario modificar la historia clínica para incluir las variables orientación sexual e identidad de género. También armonizar el modo en el que se incluye estas variables con cómo se contemplan (o no) en el resto de los registros que se utilizan en las policlínicas, con el objetivo de unificar criterios (ej: no referirse a las personas trans como “transgénero”). Dado que los instrumentos de registro no dependen únicamente de la IM o se inspiran en formularios desarrollados por el MSP, ello también puede implicar un esfuerzo de coordinación con otros actores si lo que se busca es que los criterios sean compartidos interinstitucionalmente.

- Se debe reconocer el nombre social de las personas trans en el registro papel y electrónico. El no hacerlo, perpetúa prácticas expulsivas de esta población.
- Se debe habilitar el registro de arreglos familiares homoparentales.
- Se debe procurar la calificación de la violencia por orientación sexual e identidad de género dentro de los motivos de consulta, para dar visibilidad a la violencia ejercida contra la población LGTBI.

PROPUESTAS A CONSIDERAR EN LAS POLICLÍNICAS

- Analizar la posibilidad de ampliar el horario de atención o de atender un día a la semana en otro horario, para ampliar la accesibilidad.
- Publicitar los mecanismos de los que dispone la IM para recepcionar inquietudes y denuncias.
- Considerar que el buzón de recepción de sugerencias, opiniones o quejas que existe en varias policlínicas sea identificable pero se ubique en sitios que garanticen la confidencialidad para los usuarios/as. En los casos en que no existe, incorporarlo con el mismo criterio.

ARTICULACIÓN

Generar articulación con los actores que se encuentran desarrollando protocolos, ordenanzas y planes de certificación en:

- Policlínicas libres de homo-lesbo-trans fobia (Área de Salud Sexual y Reproductiva del MSP)
- Propuesta de certificación en las instituciones de salud donde se le dé un reconocimiento a las instituciones que cumplen con requisitos en normas básicas de atención a las personas con VIH (ASSE / ONG de personas viviendo con VIH)
- Descentralización de la atención a personas que viven con VIH (Área Programática ITS-VIH/SIDA)

FUTURAS LÍNEAS DE TRABAJO A DESARROLLAR

Generar un sistema de indicadores que permita el seguimiento de la experiencia

Para monitorear y medir los cambios que se proponen en lo relacionado a salud, diversidad sexual y una atención a personas con VIH que sea libre de estigma y discriminación, es necesario desarrollar un sistema de indicadores que permitan el seguimiento de la experiencia. Dicho sistema de indicadores parte de la operacionalización del análisis y recomendaciones efectuados en esta consultoría, y deberá ajustarse a las características que la IM defina como centrales para que un servicio de salud del primer nivel sea verdaderamente inclusivo de todas las personas, independientemente de su orientación sexual, identidad de género, o su situación respecto al VIH.

Continuar desarrollando líneas de investigación sobre salud y diversidad sexual en las policlínicas

Si bien el contar con el monitoreo de la experiencia dará insumos valiosos para retroalimentar la política pública (y para futuras investigaciones sobre la experiencia), se podría a su vez considerar la apertura de otras líneas de investigación relacionadas con diversidad y salud, como por ejemplo:

- Estudiar la vinculación entre violencia y diversidad sexual, desde un enfoque que analice la violencia ejercida por motivos vinculados a la orientación sexual e identidad de género como un problema de salud pública.
- Estudiar cómo se aborda lo referente a género, orientación sexual e identidad de género en la infancia desde el primer nivel.
- Estudiar la perspectiva de los usuarios/as de las policlínicas sobre estos temas.
- Asimismo, además de los insumos del sistema de indicadores que reportará sobre las policlínicas libres de LGTBI-fobia, sería necesario considerar el continuar estudiando la experiencia desde otros enfoques complementarios (como por ejemplo, estudios de carácter cualitativo).

Continuar desarrollando líneas de investigación sobre atención en salud libre de estigma y discriminación para personas que viven con VIH

- Estudiar en profundidad la respuesta llevada adelante por la IM frente al VIH/SIDA, haciendo énfasis en la implementación de la estrategia 90/90/90 (considerando aspectos tanto cuantitativos como cualitativos).
- Realizar un estudio de caso sobre la Policlínica de Infectología, que incorpore la perspectiva de actores médicos, no médicos, y de usuarios/as del servicio..g

BIBLIOGRAFÍA

- AGUIRRE, R. (2001) "La multidimensionalidad del género". En Araujo, A., Behares, L. y Sapriza, G. Género y sexualidad en el Uruguay. Montevideo: Ediciones Trilce, FHCE-UdelaR.
- ARTETA, Z. (2015) Profundizando en el abordaje de ITS y VIH desde una perspectiva de derechos y diversidad sexual. En: MSP, ASSE, UdelaR, Ovejas Negras y UNFPA, Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud. Montevideo.
- BETONE, C. et al (2012) Aportes para la atención de la salud integral de personas trans desde una perspectiva local. Disponible en: <http://www.rosario.gov.ar/sitio/verArchivo?id=6893&tipo=objetoMultimedia>
- BETTI, L. et al (2011) El acceso a la atención de la salud de la población de la diversidad sexual. Construcción de políticas públicas a partir de un diagnóstico participativo.
- BUTLER, J. (1988) Performative Acts and Gender Constitution: An Essay in Phenomenology and Feminist Theory. *Theatre Journal*, Vol. 40, No. 4., pp. 519-531.
- BUTLER, J. (2002) Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo. Buenos Aires: Paidós.
- CAMPOS, T. (2016) Experiencia del Ambulatorio de Medicina Familiar y Comunitaria para personas trans y travestis. Ponencia presentada en Coloquio Regional sobre Salud y Diversidad Sexual. Organizado por ASSE, Facultad de Medicina (UdelaR) y UNFPA, Montevideo.
- CIDH (2015) Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciapersonasLGTBi.pdf>

- De Barbieri, T. (1999) "Derechos sexuales y reproductivos. Aproximación breve a su historia y contenido", en *Mujer y Salud*, nº 2, Santiago de Chile.
- FAILACHE, E. et al (2013) "Privaciones objetivas y subjetivas de la población Trans en Uruguay". CSIC, Montevideo.
- FORRISI, F. Y GELPI, G. (2015) Normativas nacionales e internacionales vigentes sobre diversidad sexual. En: MSP, ASSE, UdelaR, Ovejas Negras y UNFPA, *Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud*. Montevideo.
- FORRISI, F. (2016) Inclusión de las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública en diversidad sexual. Resultados del Relevamiento Nacional a Servicios de Atención a la Salud Públicos y Privados. Informe Preliminar.
- GUARANHA, C. (2013) O desafio da equidade e da integralidade. Travestilidades e transexualidades no Sistema Único de Saúde. Tesis de maestría, Porto Alegre.
- IM (2016) Agenda de diversidad sexual e igualdad social 2016 - 2020.
- IMPO (2016) Una salud libre de estigma y discriminación en una ciudad que reconoce, respeta y celebra la diversidad. Disponible en: http://www.impo.com.uy/revista/IMP_revista_14.pdf
- MAULEN, S. (2016) Análisis de la estrategia de consultorios amigables. Ponencia presentada en Coloquio Regional sobre Salud y Diversidad Sexual. Organizado por ASSE, Facultad de Medicina (UdelaR) y UNFPA, Montevideo.
- MELLO, LUIZ, PERILO, MARCELO, BRAZ, CAMILO ALBUQUERQUE DE, & PEDROSA, CLÁUDIO. (2011). Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (9), 7-28. <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872011000400002>
- MIDES (2015) TRANSFORMA: Diversidad sexual y derecho a la salud: El acceso de las personas trans. Documento Base. División de Derechos Humanos de la Dirección Nacional de Promoción Sociocultural (DNPSC). Montevideo.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa (2013) Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília.
- MSP, ASSE, UdelaR, Ovejas Negras y UNFPA (2015) *Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud*. Montevideo.
- MSP (2016a) Pautas de atención a personas con VIH en el primer nivel de atención. Área Programática de ITS-VIH/Sida. Montevideo.

- MSP (2016b) *Objetivos Sanitarios Nacionales 2020* (librillo). Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=475&Itemid=241
- MSP (2016c) *Objetivos Sanitarios Nacionales 2020* (libro completo). Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Objetivos%20Sanitarios%20Nacionales%20COMPLETO%20final%20MAYO%202016.pdf
- MSP (2014) *Recomendaciones para realizar consejería en VIH en poblaciones vulnerables y nuevos algoritmos diagnósticos*. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Recomendaciones%20consejeria%20VIH%20en%20poblacion%20vulnerable%202014.pdf>
- MSP (2010) *Informe epidemiológico ITS-VIH/SIDA*. Dirección General de la Salud DEvisa - PPITS/SIDA. Montevideo.
- MYSU (2012) *Relevamiento de necesidades de salud en personas trans*. Montevideo.
- NÚÑEZ, G (2007) *Masculinidad e intimidad: identidad, sexualidad y sida*. Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género. México DF.
- OMS (2005) *Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual*. Disponible en: http://files.sld.cu/sida/files/2016/06/manejo-de-its_spa.pdf
- OMS (2016) *Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH, 2016-2021*. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_31-sp.pdf?ua=1&ua=1
- OPS (2010) *Sistema Informático del Adolescente. Historia Clínica del Adolescente y formularios complementarios*. Disponible en: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones&alias=191-sistema-informatico-del-adolescente-sia&Itemid=219&lang=es
- PONZO, J. (2015) *Informe de Sistematización de la Atención a Personas con VIH en el primer nivel de atención a partir del estudio de dos experiencias: Policlínica La Teja (Montevideo) y Centro Cívico Salvador Allende (Canelones)*. Área Programática de ITS-VIH/Sida, UNFPA. Montevideo.
- PNUD (2013) *Guía de implementación de Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual*. Buenos Aires.

- ROCHA, C. (2014) Diversidad sexual en Uruguay. Las políticas de inclusión social para personas LGTB del Ministerio de Desarrollo Social (2010-2014). Disponible en: http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/112_file1.pdf
- ROCHA, C. (2015) Experiencias en políticas de salud y diversidad sexual en Uruguay. Cuadernos del UNFPA. Año 9, N°8.
- ROCHA, K. (2009) La atención a la salud en Brasil a partir de la percepción de travestis, transexuales y transgéneros. *Qualitative Social Research*. Volumen 10, No. 2, Art. 28 – Mayo 2009.
- SCOTT, J. (1996) El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas, M. (comp) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG.
- SEDGWICK, E. K. (1998) *Epistemología del armario*. Barcelona: Ediciones de la Tempestad.
- SEMPOL, D. (coord.) (2013). *Políticas públicas y diversidad sexual. Análisis de la heteronormatividad en la vida de las personas y las instituciones*. Montevideo, Ministerio de Desarrollo Social.
- SEMPOL, D. (COORD.) (2014). *De silencios y otras violencias*. Montevideo, Ministerio de Desarrollo Social.
- SEMPOL, D., CALVO, M., ROCHA, C. Y SCHENCK, M. (2016) *Corporalidad trans y abordaje integral. El caso de la Unidad Docente Asistencial Saint Bois*. Montevideo, Ministerio de Desarrollo Social.
- SOSA, A., ROSSELLI, K. Y FORRISI, F. (2015) Salud y derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque de diversidad sexual. En: MSP, ASSE, UdelaR, Ovejas Negras y UNFPA, *Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud*. Montevideo.
- VALLESPÍN, D. (2002) El modelo constitucional de juicio justo en el ámbito del proceso civil. *Atelier*, Barcelona.
- VIGNOLO, JULIO, VACAREZZA, MARIELA, ÁLVAREZ, CECILIA, & SOSA, ALICIA. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. Recuperado en 24 de noviembre de 2016, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.
- WEEKS, J. (1986) *Sexuality*. London: Routledge.

ANEXOS

Listado de personas entrevistadas

INSTITUCIÓN/ ORGANIZACIÓN	ENTREVISTADO/A	CARGO / ROL	FECHA ENTREVISTA
Asociación de Ayuda al Sero Positivo (ASEPO)	César Dos Santos	Referente	18/11/2016
ASSE -UDA Saint Bois - MfyC	Daniel Márquez	Adjunto a la Presidencia de ASSE / Docente de Medicina Familiar y Comunitaria	27/09/2016
Asociación Trans del Uruguay (ATRU)	Gloria Álvez	Directora	11/11/2016
Cátedra de Enfermedades Infecciosas	Zaida Arteta	Prof. Agregada	09/11/2016
Cátedra de Enfermedades Infecciosas - Programa Nacional ITS-VIH/Sida	Susana Cabrera	Prof. Agregada / responsable del Programa Nacional ITS-VIH/Sida	09/11/2016
Centro de Referencia Amigable (CRAM)	Anabel Beniscelli	Docente	01/12/2016
División Salud IM	Analice Berón	Directora	15/08/2016
División Salud IM	María Eugenia Robledo	Integrante del Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud	15/11/2016
Ministerio de Salud Pública - Área de Salud Sexual y Reproductiva	Florencia Forrissi	Asesora técnica en Salud LGTB	22/11/2016
Ovejas Negras	Magdalena Bessonart	Referente	25/11/2016

INSTITUCIÓN/ ORGANIZACIÓN	ENTREVISTADO/A	CARGO / ROL	FECHA ENTREVISTA
Policlínica Crottogini	Álvaro Díaz	Coordinador / Integrante del Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud	29/09/2016
Policlínica Crottogini	Sofía Fernández	Administrativa	14/11/2016
Policlínica Crottogini	Judith Cruz	Médica general	15/11/2016
Policlínica Giraldez	Marta Arenas	Coordinadora	06/10/2016
Policlínica Giraldez	María del Socorro Fierro	Médica general y de Familia	06/10/2016
Policlínica Giraldez	Silvia Méndez	Administrativa	06/10/2016
Policlínica La Paloma	Mónica Gonzalvez	Coordinadora	26/09/2016
Policlínica La Paloma	Jorge Colo	Médico general	10/11/2016
Policlínica La Paloma	Victoria Novoa	Médica de Familia	11/11/2016
Policlínica La Paloma	Paula Leal	Administrativa	26/09/2016
Policlínica La Paloma	Ana Arriola	Vacunadora	26/09/2016
Policlínica La Paloma	Susana Álvarez	Vacunadora	26/09/2016
Policlínica La Teja	Marcelo Berta	Coordinador	25/10/2016
Policlínica La Teja	Gabriel González	Médico	17/10/2016
Policlínica La Teja	Aercio Rodales	Administrativo	11/11/2016
Policlínica La Teja	Sofía Comas	Médica de Familia	11/11/2016
Policlínica Tiraparé	Eugenia Cladera	Odontóloga	18/10/2016
Policlínica Tiraparé	Gustavo Milano	Coordinador	28/09/2016
Policlínica Tiraparé	Claudia Miraballes	Administrativa	04/11/2016
Policlínica Yucatán	Enrique Banizzi	Coordinador / Integrante del Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud	03/11/2016
Policlínica Yucatán	Álvaro Belando	Vacunador	03/11/2016
Policlínica Yucatán	Claudia Carloman	Administrativa	03/11/2016

INSTITUCIÓN/ ORGANIZACIÓN	ENTREVISTADO/A	CARGO / ROL	FECHA ENTREVISTA
Red Uruguaya de Jóvenes Positivos (RUJAP)	Mauricio Sosa	Referente al momento de hacer la entrevista. Actual Coordinador de MásVIHdas	15/11/2016
Servicio de Atención a la Salud de la IM	Alicia Guerra	Directora	15/11/2016
Trans Boys Uruguay (TBU)	Rodrigo Falcón	Referente	22/11/2016
Unión Trans del Uruguay (UTRU)	Alejandra Collette Richard	Presidenta	18/11/2016

Índice de cuadros

CUADRO 1	
<i>Una experiencia del primer nivel en profundidad: el caso de la Policlínica del Centro de Saúde Lagoa da Conceição</i>	37
CUADRO 2	
<i>Recomendaciones de los Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual sobre contenidos de las capacitaciones</i>	44
CUADRO 3	
<i>Características de la Atención de los Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual</i>	47
CUADRO 4	
<i>Fuentes de registro</i>	100
CUADRO 5	
<i>Características de la consejería y recomendaciones sobre uso de lenguaje</i>	114
CUADRO 6	
<i>Morbimortalidad por VIH/SIDA y transmisión vertical de sífilis y VIH. Propuestas de intervención de los OSN</i>	149

Índice de tablas

TABLA 1	
<i>Usuarios/as de policlínicas de la IM por sexo según tramo etario, 2015</i>	65
TABLA 2	
<i>Atenciones en las policlínicas seleccionadas en 2015, según especialidad</i>	82
TABLA 3	
<i>Visitas domiciliarias y Actividades Educativas en las policlínicas seleccionadas (2015)</i>	83

Índice de figuras

FIGURA 1	
<i>Piezas de campaña dirigidas a la salud de varones homosexuales y bisexuales en Brasil</i>	33
FIGURA 2	
<i>Piezas de campaña dirigidas a la salud de personas trans en Brasil</i>	34
FIGURA 3	
<i>Piezas de campaña dirigidas a la salud de mujeres lesbianas y bisexuales en Brasil</i>	35
FIGURA 4	
<i>Folleto sobre relaciones sexuales anales (Argentina)</i>	45
FIGURA 5	
<i>Organización del Consultorio Amigable (Argentina)</i>	46
FIGURA 6	
<i>Red de servicios de la IM según región y municipio</i>	66
FIGURA 7	
<i>Foto de Policlínica Crotozzini con cartelería de promoción de test rápido</i>	78
FIGURA 8	
<i>Fragmento sobre sexualidad en Historia del Adolescente</i>	95

Índice de gráficos

GRÁFICO 1	
<i>Cantidad de usuarias/os diagnosticados que se atienden o atendieron en la Policlínica de Infectología, por año de diagnóstico. 1994-2016.</i>	125
GRÁFICO 2	
<i>Edad de usuarios/as que se atienden o atendieron en la Policlínica de Infectología (n= 95, números absolutos)</i> . . .	126
GRÁFICO 3	
<i>Cantidad de personas por lugar de derivación (n= 95, números absolutos)</i> . . .	127
GRÁFICO 4	
<i>Distribución por sexo de PVV que se atienden o atendieron en la Policlínica de Infectología (n= 95, en porcentaje)</i>	127

Glosario de siglas empleadas en este informe¹**APS**

Atención Primaria en Salud

ASEPO

Asociación de Ayuda al Sero Positivo

ASSE

Administración de los Servicios de Salud del Estado

ATRU

Asociación Trans del Uruguay

CIDH

Comisión Interamericana de Derechos Humanos

DSyETS

Dirección de SIDA y ETS, Ministerio de Salud Pública de Argentina

ETS

Enfermedades de Transmisión Sexual

GTB

Gays, Bisexuales y Trans

IM

Intendencia de Montevideo

ITS

Infecciones de Transmisión Sexual

LGTB

Lesbianas, Gays, Trans y Bisexuales

LGTBI

Lesbianas, Gays, Trans, Bisexuales e Intersex

OMS

Organización Mundial de la Salud

ONUSIDA

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA

1 No se incluye en este glosario a siglas o acrónimos que aparecen con una única mención en el texto

OPS

Organización Panamericana
de la Salud

OSC

Organización de la Sociedad Civil

OSN

Objetivos Sanitarios Nacionales

PNUD

Programa de las Naciones
Unidas para el Desarrollo

PVV

Personas que Viven con VIH

RAP

Red de Atención Primaria

RUJAP

Red Uruguaya de Jóvenes
y Adolescentes Positivos

SAS

Servicio de Atención
a la Salud de la IM

SEIC

Servicio de Enfermedades
Infecto Contagiosas

SIDA

Síndrome de Inmunodeficiencia
Adquirida

SNIS

Sistema Nacional Integrado
de Salud

SUS

Sistema Único de Salud de Brasil

TARV

Tratamiento Antirretroviral

TBU

Trans Boys Uruguay

UCI

Unidad Central de Información

UdelaR

Universidad de la República

UNFPA

Fondo de Población de
las Naciones Unidas

UTRU

Unión Trans del Uruguay

VDRL

Venereal Disease Research
Laboratory (prueba
serológica para la sífilis)

VIH

Virus de Inmunodeficiencia
Humana

CIUDAD {ES} POLICLÍNICAS INCLUSIVAS

La ciudad es un escenario clave en las luchas de gays, lesbianas, bisexuales, trans e intersex por el reconocimiento de sus derechos. La polis deviene espacio público de lucha y de resistencia y, a la vez, de transformación y celebración. Conocerla, en su complejidad, es fundamental. Esta serie de publicaciones, abierta, es un aporte a pensar la ciudad en relación a la diversidad sexual y de género de las personas que la habitan.



Montevideo
Igualarario

