



Al servicio  
de las personas  
y las naciones



Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

Guía de implementación

Argentina



# CONSULTORIOS AMIGABLES PARA LA DIVERSIDAD SEXUAL

## **EQUIPO DE TRABAJO**

**Investigación y redacción:** Silvana Weller. *Con la colaboración de Julia Recchi, Fernando D'Elío, Cecilia Santamaría y Luciana Betti, responsables de la Coordinación del Proyecto de Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual.*

**Asesoramiento médico:** Claudio Bertone.

**Diseño y edición:** Carolina Berdiñas.

**Revisión del texto:** Estela Lorente.

**Referente de PNUD Argentina:** Manuel Irizar.

# CONSULTORIOS AMIGABLES PARA LA DIVERSIDAD SEXUAL

GUÍA DE IMPLEMENTACIÓN



# CONTENIDO

Tabla de ilustraciones.....	5
Siglas utilizadas.....	5
Conformación de los equipos locales.....	6
<b>Presentación.....</b>	<b>7</b>
Los contenidos de la guía.....	9
Características distintivas del Consultorio Amigable.....	11
<b>Sección I: Gestiones para la instalación de Consultorios Amigables.....</b>	<b>12</b>
Financiamiento, gastos elegibles y contratos de gestión.....	13
Actividades referidas a la conformación de los Consultorios Amigables.....	14
Selección de las localidades.....	14
Conformación de equipos locales.....	15
Acompañamiento del Equipo de Coordinación al Equipo Local.....	16
Capacitaciones.....	17
Estímulo y apoyo técnico para la confección de materiales locales.....	18
Oferta de rotaciones y pasantías a los integrantes de los consultorios por otros servicios de salud del país.....	18
Monitoreo y evaluación.....	19
Lecciones aprendidas – Recomendaciones.....	19
<b>Sección II: Estructura y funcionamiento del consultorio amigable.....</b>	<b>22</b>
El nombre del Consultorio.....	22
Establecimiento en el que se instala.....	22
Lugar en el que se ancla dentro del establecimiento.....	23
Días y horario de funcionamiento.....	23
Tareas, conformación del equipo e insumos necesarios.....	24
Promoción y prevención en la comunidad.....	26
Recepción.....	27
Atención.....	28
Recursos de apoyo o Equipo ampliado.....	30
Medicación y otros insumos sanitarios necesarios para el funcionamiento.....	33
Sobre la población beneficiaria.....	33
Estrategias de comunicación.....	34
Lecciones aprendidas - Recomendaciones.....	35
<b>Sección III: Herramientas para compartir.....</b>	<b>38</b>
Materiales para sensibilización y capacitación de los equipos.....	38
Audiovisual.....	38
Capacitaciones para el equipo de salud: programas y material bibliográfico.....	39

Materiales para el trabajo de los equipos con la población .....	40
Piezas de mano y Afichetas .....	41
Notas periodísticas, leyes y ordenanzas .....	41
Trabajos citados .....	41
<b>Anexo – Medicamentos y otros insumos sanitarios .....</b>	<b>42</b>
Medicación necesaria para tener disponible en un Centro Amigable .....	42
Medicación recomendable para hormonización de personas trans.....	42
Estudios de laboratorio útiles para tener disponibles en un Centro Amigable:.....	43
Otros insumos necesarios .....	43
Insumos útiles pero no indispensables: .....	43

## TABLA DE ILUSTRACIONES

<b>Ilustración 1</b>	Esquema de la metodología utilizada para la sistematización de la experiencia (2012) .....	8
<b>Ilustración 2</b>	Conformación del equipo impulsor del proyecto.....	12
<b>Ilustración 3</b>	Actores a nivel local.....	13
<b>Ilustración 4</b>	Esquema de los pasos sugeridos para la conformación de un Consultorio Amigable.....	14
<b>Ilustración 5</b>	Funciones del Equipo Coordinador Central .....	19
<b>Ilustración 6</b>	Propuesta de organización del Consultorio Amigable .....	25

## SIGLAS UTILIZADAS

<b>CA</b>	Consultorio Amigable
<b>DSyETS</b>	Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual
<b>EO</b>	Equipo Operativo
<b>GTB</b>	Gay, <i>Trans</i> y Bisexual
<b>HSH</b>	Hombres que tienen sexo con hombres
<b>ITS</b>	Infecciones de Transmisión Sexual
<b>LGTBI</b>	Lesbianas, Gay, <i>Trans</i> , Bisexuales e Interesex
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida
<b>OPS/OMS</b>	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
<b>OSC</b>	Organización de la Sociedad Civil
<b>PNUD</b>	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>SIDA</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
<b>SNU</b>	Sistema de Naciones Unidas
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de Naciones Unidas
<b>VIH</b>	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

## CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS LOCALES

### SAN JUAN

**ACTORES** Programa provincial de VIH, Acercándonos Asociación Civil, Hospital Dr. Guillermo Rawson, Hospital Dr. José Giordano, Centro de Salud René Favaloro y Hospital Dr. Marcial Quiroga.

**EQUIPO** Sandra Basso Bernal, Zulema Paredes, Ariel Gonzalez Bautista, Elba Cobos, Rosana Castro, Norma Gomez, Claudia Noriega, Celina Carrascosa, Lorena Riveros, Ana Díaz, María Rosa Aciar, Agustín Gutierrez, Gabriela Días, Sonia Cívico, Sandra Grillo, Estela Berrido, Paparotti, Gustavo Mallea y Miguel Albarracín.

### SALTA

**ACTORES** Observatorio de promoción de derechos de la diversidad sexual, Hospital San Bernardo y Programa Provincial de Sida.

**EQUIPO** Matías Hessling, Celeste Nogales, Vanesa Ferrill, Lorena Choque, Hugo Iñigo, Celiana Spaventa, Nicolás Pecci, Marcela Vinciguerra, María del Carmen Escalante, Ernesto García Senín, Carolina Albergo y Guillermo Lemir.

### LA MATANZA

**ACTORES** Hospital Provincial Paroissien, Movimiento Antidiscriminatorio de Liberación (M.A.L.) y Programa Municipal de VIH.

**EQUIPO** Diana Sacayán, Eduardo Warley, Norma Heine, Silvina Tavella, Inés Vieni y Fernando Silva Nieto.

### MAR DEL PLATA

**ACTORES** Red de personas con VIH-sida de Mar del Plata, Asociación de Travestis, Transexuales, Transgénero de Argentina (ATTTA), Centro de Salud No 1 y Programa de la Región Sanitaria VIII.

**EQUIPO** Estela Carrizo, Patricia Rasmussen, Alexis Manso, Cynthia, Elisa Sosa, Enrique Tomaselli, Romina, Gloria Sánchez, Daniel Rocco, Graciela, Florencia y Limay Ameztoy.

### SAN MARTÍN

**ACTORES** Creación Asociación Civil, ATTTA, Hospital Dr. Alexander Fleming y Programa de Sida del Municipio de San Martín.

**EQUIPO** Diego Teruggi, Claudia Petracca, Cecilia Marzoa, Mariano Lozza, Andrea Ferrai, Liliana Pelliza, Vilma Gómez, Patricia Pinto, Paola Acevedo, Guadalupe Aramallo, Natalia Galeano Miner, Romina Bustamante, Silvana Sosa, Gabriela Ojeda y Jennifer Ybiris.

### LANÚS

**ACTORES** Agrupación Jóvenes por la Diversidad, Hospital Interzonal General de Agudos "Evita" y Coordinación de Políticas de Género y Diversidad Sexual.

**EQUIPO** Darío Arias, Edith Dinerstein, Darío Días Pérez, Juan Pablo Panebianco, Arturo Lizuain, Leonardo Andrés Lamatta Triviño, Fabio Berretta, Nelson Gimenez, Luciano Ciccolella y Karina Nazabal.

### ROSARIO

**ACTORES** Vox Asociación Civil, Hospital Provincial Centenario y Programa Provincial de VIH.

**EQUIPO** Guillermo Lovagnini, Raul Bortolozzi, Alcira González, Violeta Jardón, Martín Clapié, Marcos Fabricio, Marcela Viegas, Selva Sánchez, Oscar Di Paolo, Paula, Valeria, Ana María y Eduardo Codino.

## PRESENTACIÓN

En los comienzos de los años '80 se diagnosticaron los primeros casos de sida en hombres homosexuales. Esta relación entre una enfermedad nueva, que por entonces era mortal y una práctica sexual fuertemente estigmatizada, implicó un enorme sufrimiento extra para las personas homosexuales y también una falsa seguridad para las personas heterosexuales –en particular las mujeres– que se consideraron invulnerables o por fuera de los riesgos de contraer la infección por VIH.

Las décadas siguientes pusieron de manifiesto el carácter “amoral” del virus que, al transmitirse de modo dominante a través de las relaciones sexuales desprotegidas, afectaba en todo el mundo a personas sexualmente activas, más allá de su orientación sexual. Sin embargo, la epidemia de VIH en Argentina y en otros países de la región es una epidemia *concentrada*, en el sentido que afecta de modo desproporcionado a ciertos grupos poblacionales que son los de las personas que se identifican como *gays*, bisexuales, otros hombres que tienen sexo con hombres y *trans* femeninas.

Esta realidad epidemiológica nos pone ante el desafío de generar políticas diferenciales, centradas en la *discriminación positiva* de estos colectivos. Precisamos pasar de respuestas justas a respuestas equitativas. Precisamos asumir el desafío de realizar propuestas focalizadas que no sean estigmatizantes pero que consideren la vulnerabilidad diferencial de estos grupos. El Proyecto de los Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual se inscribió en este desafío.

En el año 2009, la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS) del Ministerio de Salud de Argentina –en alianza con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida (ONUSIDA), Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)– tomó la decisión de profundizar su política preventiva-asistencial hacia la población de la diversidad sexual. El primer paso fue la realización de una investigación en 14 localidades del país<sup>1</sup>, destinada a conocer mejor la experiencia de ser gay, bisexual o trans en las distintas regiones y culturas de nuestro extenso país, y a profundizar el conocimiento sobre el vínculo existente entre esta población y el sistema público de salud.

Los resultados de la investigación<sup>2</sup> permitieron identificar **tres núcleos fuertes** que afectaban

- 
- 1 Florencio Varela y La Matanza (Conurbano de la provincia de Buenos Aires), Olavarría y Mar del Plata (provincia de Buenos Aires), Rosario (provincia de Santa Fé), Córdoba (provincia de Córdoba), Mendoza (provincia de Mendoza), Neuquén (provincia de Neuquén), San Carlos de Bariloche (provincia de Río Negro), San Salvador de Jujuy (provincia de Jujuy), Santiago del Estero (provincia de Santiago del Estero), Salta (provincia de Salta) y Ciudad de Buenos Aires.
  - 2 Para obtener una información más detallada de las características metodológicas y los resultados obtenidos en el estudio su-gerimos la lectura de los informes finales (Margulies, Stival, & Name, 2010) (Margulies, Recoder, García, & Gagliolo, 2010) (Nuñez, Sotelo, & Recoder, 2010) y de la Guía Escenarios y estrategias para la prevención del VIH e ITS en la comunidad GTB (D'Elio, Weller & Recchi, 2010). [http://www.msal.gov.ar/sida/inves\\_informes.html](http://www.msal.gov.ar/sida/inves_informes.html)

de modo negativo la relación de la diversidad sexual con los servicios de salud, limitando el acceso y la calidad de la atención. Estos fueron:

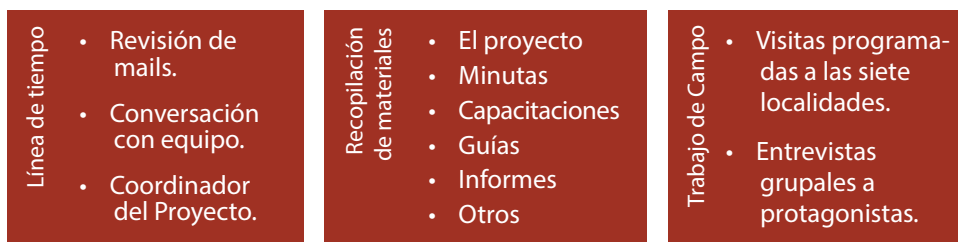
- el temor a revelar la orientación sexual o las prácticas sexuales obstaculizaba el acceso y enturbiaba la relación equipo de salud-paciente;
- las personas trans temían ser objeto de burlas y malos tratos;
- las instituciones y los equipos de salud no estaban (ni se sentían) en general suficientemente capacitados para trabajar de modo más específico con esta población.

Fue así que a la evidencia epidemiológica que mostraba la desigual distribución del VIH en la Argentina, se sumó la fuerza de los resultados cualitativos producidos por la investigación, poniendo de manifiesto la necesidad de experimentar algún tipo de intervención destinada a mejorar el acceso al sistema público de salud y la calidad de la atención que éste brindaba.

Impulsados por este desafío, la DSyETS y las Agencias del SNU dieron un segundo paso que consistió en el diseño e implementación –entre los años 2010 y 2012– del *Proyecto de Creación de Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual* que permitió experimentar la instalación de Consultorios Amigables (CA) en 7 (siete) localidades del país. Las ciudades donde se llevó adelante la iniciativa fueron San Juan, Salta, La Matanza, Mar del Plata, Rosario, Lanús y San Martín.

Esta rica e intensa experiencia de trabajo fue sistematizada durante el segundo semestre de 2012. En la Ilustración 1 se muestra un esquema de la metodología utilizada.

#### ILUSTRACIÓN 1. Esquema de la metodología utilizada para la sistematización de la experiencia (2012)



**Línea de tiempo:** Utilizando como soporte la revisión de más de mil correos electrónicos referidos al Proyecto, se construyó una cronología de la experiencia que fue revisada y corregida en conversaciones con el Equipo de Coordinación.



**Recopilación y análisis de materiales y productos:** Se revisaron, ordenaron y analizaron alrededor de 700 archivos que incluían los antecedentes del proyecto; el documento del proyecto original; minutas de reuniones e informes de viajes; informes técnicos y financieros producidos por las localidades; programas de capacitaciones y pasantías; guías y otros materiales de educación y difusión producidos en el marco del proyecto; notas periodísticas aparecidas en diarios nacionales y locales referidas a los Consultorios Amigables y leyes y normativas vinculadas al mejoramiento del acceso a la salud de las personas de la diversidad sexual.

**Trabajo de campo:** en trabajo conjunto con el Equipo de Coordinación se programaron visitas a las siete localidades y, tomando como base una Guía de Entrevista, se mantuvieron entrevistas grupales e individuales con los protagonistas de los Consultorios. Como se explicitó en la apertura de cada una de las entrevistas, el objetivo no era generar “una auditoría” sobre el proyecto, sino tratar de construir un espacio de reflexión colectivo sobre qué cosas se habían hecho y pensado y, a la luz de la experiencia concreta, destilar aquellas lecciones que permitieran brindar pistas, pautas e insumos a otros que tuvieran la intención de instalar un Consultorio Amigable en otro hospital, en otra localidad, en otra provincia del país, en otro país. El trabajo de campo implicó la participación de los protagonistas de las **siete localidades**; se realizaron un total de **23 entrevistas** –la gran mayoría fueron entrevistas grupales– que involucraron las opiniones y reflexiones de **84 personas con perfiles variados** tales como jefes de programas locales de VIH-sida e integrantes de dichos programas; responsables e integrantes de las organizaciones de la sociedad civil; médicos infectólogos, médicos clínicos, médicos generalistas y médicos ginecólogos; psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, bioquímicos, técnicos de laboratorio y otros integrantes de los equipos de salud que brindaron atención directa a la población de la diversidad sexual que concurrió a los Consultorios Amigables; promotores callejeros encargados de la convocatoria; población objetivo y otras personas tales como directores y vicedirectores de hospital, jefes de consultorios externos y de departamentos de enfermería que ocupaban cargos de conducción en los establecimientos sanitarios donde se desarrolló el proyecto y docentes expertos que capacitaron a los equipos de los Consultorios.

## Los contenidos de la guía

En esta Guía se ha buscado transformar los resultados de las lecciones aprendidas a partir de esta experiencia concreta en una serie de criterios y recomendaciones que puedan ser aprovechados por otras agencias, gobiernos, organizaciones de la sociedad civil (OSC) y establecimientos sanitarios que estén interesados en apostar a estos desarrollos focalizados en el marco de políticas universales de acceso a la salud.

La Guía tiene como propósito brindar lineamientos o recomendaciones orientados a dos grandes audiencias que son, en primer lugar, los actores interesados en impulsar la creación de Consultorios Amigables. Nos referimos a los gobiernos, las agencias, las grandes OSC y otros tomadores de decisión con capacidad de incidir en el diseño de proyectos sanitarios y/o políticas públicas de alcance nacional. En segundo lugar, a los actores locales: gobiernos de estados o municipios, responsables de establecimientos sanitarios, OSC locales y equipos sanitarios dispuestos e interesados en organizar un CA.

En la **Sección I** –orientada especialmente a la primera audiencia– se describen las características del Proyecto de creación de Consultorios Amigables, un modelo de diseño o arquitectura institucional (actores involucrados), la conformación y las principales actividades del equipo impulsor o gestor de un proyecto de esta naturaleza.

En la **Sección II** –orientada especialmente a los actores interesados en poner en marcha un CA– se detallan diversos aspectos técnico-operativos referidos a la conformación de los equipos, la localización institucional y los horarios para el funcionamiento del CA; las principales estrategias de comunicación recomendadas para dar a conocer el proyecto, una propuesta de organización del trabajo preventivo-asistencial y los insumos necesarios para tener disponibles en los consultorios. También se hacen sugerencias con respecto a temas y modalidades de capacitaciones.

En la **Sección III** se presenta una amplia gama de materiales (Herramientas para compartir) que fueron producidos en el marco del Proyecto de Argentina, y que se encuentran disponibles para su uso o consulta en el DVD que acompaña esta Guía. Los materiales incluyen diferentes guías y videos para la **capacitación de los equipos** del CA, materiales para el **trabajo de los equipos con la población** de la diversidad sexual (rotafolios, modelos de *dispenser* de preservativos y otras piezas de mano y afichetas), **notas periodísticas** en las que se vio reflejada por los medios de comunicación la experiencia argentina así como algunos ejemplos de **leyes y reglamentaciones** destinadas a normatizar el mejoramiento del acceso de la población de la diversidad sexual al sistema de salud<sup>3</sup>.

Al momento en el que se redacta esta Guía, los Consultorios llevan entre uno y dos años de existencia. Así, las propuestas de trabajo, experiencias de organización y materiales que se presentan no pretenden ubicarse como normas o modelos probados, sino como una serie de recursos, fruto de un trabajo arduo y colectivo, que esperamos sean de utilidad (o punto de partida) para aquellos equipos interesados en ensayar nuevas formas de trabajo específicas e inclusivas, tendientes a mejorar la salud y la calidad de vida de la población de la diversidad sexual.

---

3 También se encuentran disponibles el Resumen Ejecutivo y el Informe Final del trabajo de sistematización de los Proyectos Consultorios Amigables, para aquellos interesados en profundizar los contenidos de la presente Guía.

## Características distintivas del Consultorio Amigable

- Es una estrategia destinada a mejorar el acceso y la calidad de la atención de la población de la diversidad sexual en el sistema público de salud.
- Propone generar al interior de los establecimientos sanitarios espacios de efectiva reafirmación de los derechos a la salud de la diversidad sexual
- Traduce o materializa el lineamiento político que recomienda el trabajo conjunto de la sociedad civil y el Estado en una propuesta concreta de organización del trabajo sanitario.
- Se trata de un reordenamiento de recursos existentes (lo que apuesta a la sustentabilidad de la estrategia en el tiempo) centrado en las características y necesidades específicas de esta población.
- Consiste en conformar un **equipo mixto de trabajo** entre las OSC con trabajo en VIH-sida y/o derechos sexuales y un equipo de salud inserto en un Hospital Público.
- Las funciones específicas de la OSC serán la promoción del Consultorio en los escenarios donde se mueven los grupos de la diversidad, ya sea lugares de esparcimiento, lugares de encuentro y/o lugares de trabajo sexual. Serán también los encargados de acompañar y/o recibir a esta población cuando acceda al Consultorio.
- El equipo de salud asume el compromiso de capacitarse en temas novedosos y brindar en horario aceptable (de preferencia vespertino o nocturno) y por demanda espontánea una canasta de prestaciones tales como atención clínica, asesoramiento y diagnóstico en VIH y otras ITS, apoyo psicosocial y hormonización para el caso de las personas *trans* que lo demanden.



## SECCIÓN I Gestiones para la instalación de Consultorios Amigables

El Proyecto **Consultorios amigables. Una propuesta para mejorar el acceso a la salud de la población de la diversidad sexual** fue pensado como una estrategia orientada hacia la población gay, bisexual y *trans* (GTB) en el contexto de un país que promovía desde su Ministerio de Salud Nacional políticas universales en materia de prevención, diagnóstico y tratamiento en VIH-sida y leyes novedosas destinadas a garantizar los derechos sexuales y la salud de las personas de la diversidad sexual<sup>4</sup>. El Proyecto fue impulsado por la Dirección de Sida y ETS en alianza con las Agencias del SNU. Estas instituciones conformaron una Mesa de Gestión que fue el motor técnico-político del Proyecto.

La propuesta consistió en impulsar la creación de Consultorios Amigables en siete localidades del país a través de la oferta de apoyo político, técnico y financiero.

Se conformó un equipo técnico de Coordinación del Proyecto integrado por cuatro profesionales<sup>5</sup> que lograban la confluencia de las siguientes capacidades:

- Conocimiento sobre la problemática de la diversidad sexual y el VIH-sida;
- Experiencia en trabajo con las OSC;
- Experiencia en trabajo con el sistema público de salud;
- Experiencia en atención clínica de personas con VIH;
- Experiencia en manejo contable.

Estos profesionales formaban parte del Área de Prevención de la DSyETS, es decir que formaban parte de la gestión nacional.

### ILUSTRACIÓN 2.

**Conformación del equipo impulsor del proyecto.**



4 En el DVD están disponibles los textos completos de la Ley de Matrimonio Igualitario y Ley de Identidad de Género.

5 El equipo de Coordinación estuvo liderado por Julia Recchi e integrado por Fernando D'Elío, Cecilia Santamaría y Luciana Betti.

## Financiamiento, gastos elegibles y contratos de gestión

El presupuesto del proyecto se conformó a través de los aportes de las agencias del SNU y los fondos propios del Ministerio de Salud. Los aportes de las agencias se utilizaron fundamentalmente para la transferencia de recursos a las OSC, para la contratación de 4 consultores (uno que se integró al equipo de gestión y tres que funcionaron como capacitadores en temas específicos<sup>6</sup>) y para contribuir en diferentes rubros a la realización de las publicaciones novedosas (ver Sección III).

El Ministerio de Salud participó financiando todos los gastos referidos a los viajes y viáticos necesarios para realizar las actividades en las localidades (apoyos de gestión para los acuerdos y resolución de conflictos, eventos de inauguración de los consultorios, visitas de acompañamiento y de monitoreo) y tuvo un rol protagónico en la financiación de pasantías en las cuales los integrantes de los Consultorios Amigables funcionaron primero como “aprendices” visitando lugares de mayor desarrollo en ciertos temas y luego como docentes recibiendo profesionales de diferentes regiones interesados en implementar esta propuesta en otras localidades del país. El presupuesto del proyecto destinado a cada una de las localidades constaba, en primer lugar, de dos grandes rubros: una parte para financiar las actividades de la OSC y una parte para ser transferida al hospital.

### ILUSTRACIÓN 3. Actores a nivel local



**Programa local de VIH**



**Organización de la Sociedad Civil**



**Hospital Público o Centro de Salud**

La parte destinada a la OSC podía ser utilizada para honorarios de coordinación del proyecto y administración de los fondos, producción de material gráfico local para la difusión del consultorio, pago de viáticos para promotores de la diversidad sexual para realización de actividades en terreno y difusión de la existencia y servicios del Consultorio Amigable, gastos de librería y refrigerios para actividades comunitarias y reuniones de trabajo.

6 Los capacitadores fueron el Dr. Ricardo Duranti, el Dr. Claudio Bertone y la Dra. Luciana La Rosa.

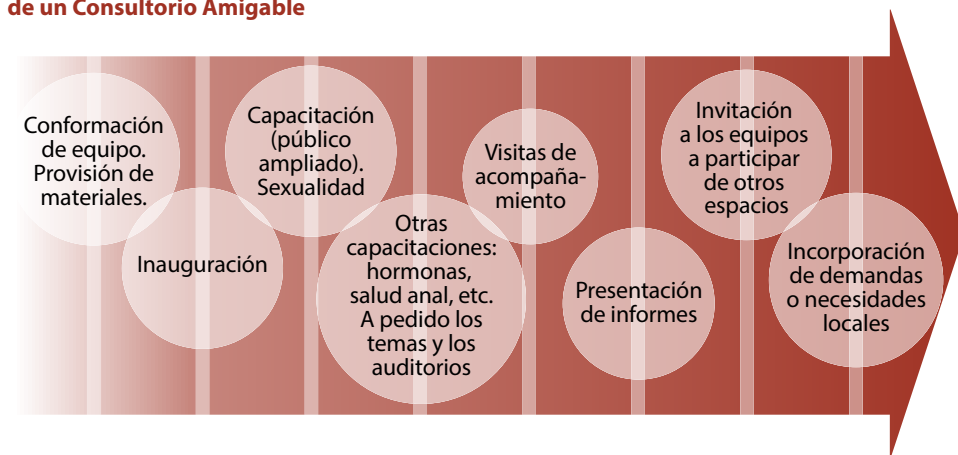
La parte destinada al hospital comprendía tres rubros: uno para realizar alguna mejora en el espacio físico que fuera destinado al consultorio –mejora que quedaba a criterio de cada hospital–, uno para refrigerios y otro para la realización de algunas actividades extras ocasionadas por la apertura del Consultorio.

Todas las especificaciones reseñadas en este apartado fueron puestas por escrito en un Contrato de Gestión firmado al momento de iniciar la actividad del proyecto en cada localidad, momento del cual participaban la OSC, el hospital, el Programa local de VIH-sida y el Equipo Coordinador, contando en casi todos los casos con la presencia también de algún integrante de las agencias del SNU.

## Actividades referidas a la conformación de los Consultorios Amigables

A continuación se listan las principales actividades que desarrolla el equipo gestor a fin de impulsar la creación de Consultorios Amigables. Los pasos son: selección de las localidades, apoyo para la conformación de los equipos locales y conversaciones destinadas a lograr los primeros acuerdos de trabajo, apoyo para la inauguración de los consultorios, capacitaciones, visitas destinadas al acompañamiento y monitoreo, revisión de informes y acciones de soporte y mediación ante la aparición de conflictos.

### ILUSTRACIÓN 4. Esquema de los pasos sugeridos para la conformación de un Consultorio Amigable



### Selección de las localidades

Las localidades fueron seleccionadas en función de los siguientes criterios:

- dimensión de la epidemia del VIH-sida en la población GTB;

- acuerdo de las autoridades sanitarias locales con las líneas principales de intervención de la Dirección de Sida y ETS (propuestas de acceso universal) y vocación de trabajo articulado;
- existencia de por lo menos una OSC de referencia para la población de la diversidad sexual;
- existencia de un Hospital Público de referencia para la población, dispuesto a experimentar una nueva forma de trabajo.

### Conformación de equipos locales

El proyecto a nivel local se inicia con una reunión programada y con agenda previamente pautada, en terreno, con todos los actores involucrados y el Equipo de Coordinación para transmitir los objetivos del proyecto (se recomienda contar con una versión impresa abreviada o resumen ejecutivo del proyecto para ser distribuido). La reunión implica **por lo menos** un día entero de trabajo. La agenda de conversaciones y decisiones es la siguiente:

- Ubicación física del consultorio dentro del establecimiento (Hospital o Centro de Salud). Identificación de necesidades de reforma o acondicionamiento.
- Horario de funcionamiento y consideraciones que se derivan de esta decisión.
- Conformación del equipo mixto (OSC y hospital), análisis de necesidades, objetivos y roles de cada uno de los actores. Consideración de necesidades de promoción del servicio en circuitos GTB y de trabajo sexual, y de actividades en terreno de carácter preventivo. Consideración de los circuitos para recibir a la gente en el hospital, acuerdos indispensables con el laboratorio para facilitar las extracciones en horarios de consultorio. Construcción de un primer esquema de trabajo que incluya la recepción, asesoramiento, primera consulta, visitas posteriores, derivaciones internas y a otros servicios, etcétera. Este esquema se irá construyendo en el proceso, pero es fundamental trazar un primer modelo de trabajo para identificar los circuitos que realizarán los usuarios (este aspecto se profundiza en la Sección II).
- Necesidades de capacitación percibidas por los integrantes del Equipo Local, a ser atendidas en el futuro inmediato por el Equipo Coordinador
- Entrega de guías y otros materiales para la formación del Equipo Local (ver Sección III). Compromiso de la DSyETS y del programa local de VIH de garantizar provisión adecuada de preservativos, geles, folletería, material educativo que pudiera ser necesario; provisión de reactivos, medicamentos y otros insumos sanitarios (ver Sección III y Anexo); material educativo de apoyo para el asesoramiento, fichas de registro para consignar actividades a desarrollar por el consultorio, otros registros que permitan monitorear a futuro la experiencia a fin de evaluar logros e introducir modificaciones en el dispositivo “sobre la marcha” en función de lo que va sucediendo.

- Destacar la importancia de producir material local para promocionar la existencia del Consultorio en la población de la comunidad GTB, con lenguaje y gráfica adecuados. Se recomienda incluir en el material gráfico, además de la dirección, el teléfono y un mail de contacto, un pequeño mapa que permita facilitar el acceso al establecimiento y dentro del establecimiento al consultorio (ver en el DVD los materiales creados por los CA).
- Realizar acuerdos para fecha y evento de inauguración. La inauguración es una buena oportunidad para dar a conocer la iniciativa entre los actores comunitarios relevantes (organizaciones de la comunidad GTB) y los profesionales y otros trabajadores del hospital, así como otras autoridades técnicas y políticas de la localidad. Destacar la importancia política y técnica que tiene el momento de inauguración.
- Agendar fechas posibles para capacitaciones.

### **Acompañamiento del Equipo de Coordinación al Equipo Local**

Una vez que el Equipo Local inicia sus actividades, el Equipo de Coordinación pasa a cumplir un rol activo de *acompañamiento*. Esto en la medida que la Coordinación del proyecto (del nivel nacional) es quien fomentó una alianza que posiblemente era inexistente de modo previo, y precisa entonces de sostén para que el equipo se conforme como tal y pueda trabajar. Al decir de la sanitarista argentino-brasileña R. Onocko Campos, se trata en principio de “*maternar*” (ejercer función de sostén) al nuevo equipo para que pueda consolidarse y crecer, y esto requiere de diferentes tipos de aportes que llama de “*soporte*” (de cuidado, de protección, de sostén) y de “*manejo*” (intervención, toma de decisión, límite) (ver Ilustración 5).

***Muchas veces, para tener un proyecto, un grupo precisará de soporte y manejo que lo ayude a estructurarse como intersubjetividad (con un grado razonable de circulación de afectos) y la planificación comienza ahí y no después (...) Estos procesos requieren de un lugar y de un tiempo y se caracterizan por el hacer, no por el puro pensar. - Onocko Campos, 2003:130.***

Las actividades más frecuentes que se han realizado para consolidar los Equipos Locales fueron:

- Propuestas para la realización del evento de inauguración y presencia junto con representantes de las agencias del SNU “in situ”, participando del evento con alguna ponencia o simplemente brindando apoyo político a través de la participación en la Jornada.
- Oferta de docentes y bibliografía<sup>7</sup> para capacitaciones en:



- Diversidad sexual: conceptos para pensar y trabajar en salud.
- Experiencia de atención a personas *trans* desde el sistema de salud: la hormonización.
- Relaciones sexuales anales y cuidados de la salud.

## Capacitaciones

Se recomienda incluir diferentes tipos de capacitaciones, orientadas a los múltiples grupos vinculados al trabajo del CA, en diferentes momentos del proceso y con diferentes modalidades.

De la experiencia realizada se desprenden las siguientes recomendaciones:

Con respecto a los **contenidos**:

- Todos los integrantes del equipo encargado del Consultorio tendrán que participar de una capacitación sobre diversidad sexual, brindada de preferencia por un experto con experiencia en trabajo en salud.
- Todos los integrantes del equipo tendrán que participar de alguna clase de capacitación donde se transfiera la experiencia de instalar un Consultorio Amigable.
- De acuerdo a las especialidades de los integrantes del equipo, es recomendable realizar capacitaciones en salud anal, ITS más frecuentes en la población GTB y hormonización.
- Todas las personas que participen de procesos de promoción, prevención y asesoramiento deberían estar formados o capacitarse en nociones de sexualidad, prácticas sexuales, cuidados en las prácticas sexuales, nociones sobre el trabajo en asesoría pre y post test en VIH y otras ITS, nociones básicas sobre diagnóstico, nociones de confidencialidad y capacidades para el trabajo cara a cara.

## Tiempos y modalidades de las capacitaciones:

- Se recomienda planificar las capacitaciones teniendo en cuenta las siguientes preguntas: ¿Cuál es el mejor momento para esta capacitación?, ¿De qué tiempos se dispone para esta capacitación? (disponibilidad del docente, disponibilidad de los participantes), ¿Será más fructífero para esta capacitación que participen juntos profesionales y no profesionales, o para el momento o el tema es mejor realizar capacitaciones por perfil de trabajo?, ¿Qué modalidad es la más adecuada para este tema y esta población? (modalidad expositiva “clásica”, modalidad participativa estilo taller, trabajo sobre casos o situaciones).

- Con respecto a los momentos de las capacitaciones, si bien parece a primera vista ideal que tengan lugar antes de iniciar la nueva propuesta de trabajo, es preciso considerar el tiempo que requiere el equipo para consolidarse (puede haber cambios de personas al inicio) y también un tiempo para que se cristalicen en el equipo las preguntas y problemas que permitan definir mejor los temas de capacitación que se precisan para ese grupo particular.

En el caso del Proyecto de Argentina, la necesidad de ofertar nuevos conocimientos a los equipos de los Consultorios Amigables fue el motor para organizar tres capacitaciones y su respectivo material bibliográfico, que se encuentran disponibles para su uso en la Sección III.

### **Estímulo y apoyo técnico para la confección de materiales locales**

El Proyecto contemplaba recursos financieros para creación y duplicación de materiales simples (piezas de mano y afichetas) que informaran de modo preciso sobre la existencia de los Consultorios Amigables, los días y horarios de funcionamiento, la localización y el tipo de prestaciones que se brindaban (ver materiales creados por CA en DVD). Las afichetas son muy útiles también para señalar al interior del establecimiento el modo de llegar al Consultorio Amigable.

### **Oferta de rotaciones y pasantías a los integrantes de los consultorios por otros servicios de salud del país**

Esta oferta es sumamente personalizada y está vinculada a las necesidades de cada uno de los equipos, en función de las profesiones y trayectorias de los profesionales médicos que se integran a los equipos (infectólogos, ginecólogos, clínicos, generalistas o de familia, etc.).

*A partir de febrero de 2012, el Consultorio Amigable de la provincia de San Juan abrió su experiencia en el modo de una pasantía, oferta que aprovechó hasta la fecha el Consultorio de Lanús y la oficina de OPS en Paraguay. La pasantía de San Juan ofrece intercambiar no solo la experiencia de prácticas médicas sino también el trabajo articulado con la OSC, es decir se hace transferencia entre los "equipos mixtos".*

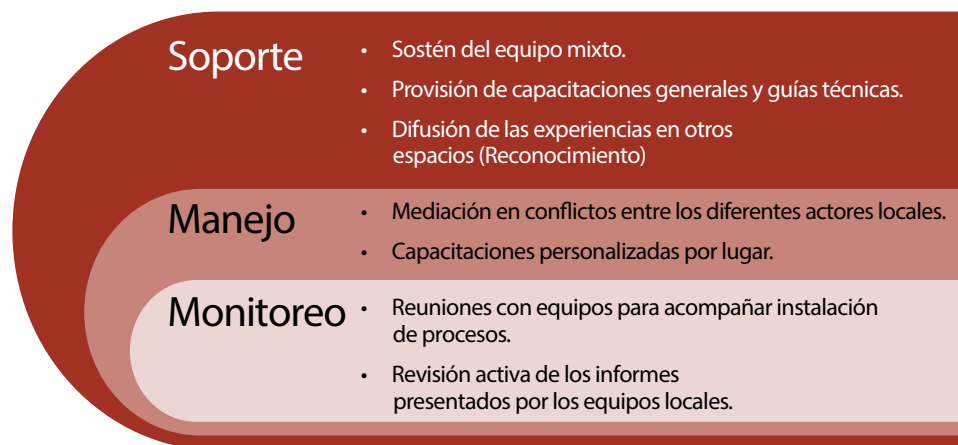
Las actividades realizadas por el Equipo de Coordinación a nivel nacional listadas hasta aquí, pueden ser clasificadas como actividades de SOPORTE (cuidado, sostén, entrega de recursos) (ver Ilustración 4).

Otras actividades tienen más que ver con lo que hemos definido como acciones de MANEJO, intervenciones que se realizan a pedido de los equipos locales o en función de las percepciones del Equipo de Coordinación, destinadas a la resolución de diferentes clases de conflictos que se pueden producir entre diversos actores, todos concernientes a cada una de las realidades locales. Estas intervenciones podrán ser realizadas “a distancia” (teléfono, correos electrónicos) o de modo presencial.

### Monitoreo y evaluación

Finalmente, el Equipo de Coordinación cumple también una función más clásica de la gestión que es la de realizar tareas de monitoreo y evaluación. La principal herramienta para cumplir esta actividad fue el diseño de un Modelo de Informe Técnico y Financiero que debía ser enviado de modo trimestral por las OSC al Equipo de Coordinación. En la experiencia de Argentina, el Informe fue también una herramienta de trabajo de “ida y vuelta” en la medida en que cada vez que era recibido un informe, los integrantes del Equipo de Coordinación lo revisaban y realizaban comentarios que eran respondidos por los equipos locales.

### ILUSTRACIÓN 5. Funciones del Equipo Coordinador Central



### Lecciones aprendidas – recomendaciones

- Se recomienda realizar un diagnóstico rápido en las localidades donde se implementará el Proyecto a través del cual pueda conocerse, entre otros aspectos, el nivel de implementación que tienen los programas de VIH-sida y de salud sexual para la población general, así como las percepciones que tienen los actores locales sobre la población GTB, sus dificultades de acceso y sus problemas diferenciales de salud. Esta fue una innovación llevada adelante por Salta.

- Con respecto a la arquitectura del Proyecto, la sistematización permitió revalorizar y recomendar la creación de una Mesa de Gestión conformada por las autoridades de la Dirección de Sida y ETS, las de las Agencias del Sistema de Naciones Unidas y también por los equipos técnicos de los diferentes organismos. Este espacio horizontal de conversación y toma de decisiones potenció los recursos humanos y financieros y agilizó la toma de decisiones. En aquellos países o ciudades donde fuera posible, se recomienda incluir en la Mesa de Gestión a los responsables de los programas de salud sexual, en la medida en que el tema de la diversidad sexual forme también parte de su agenda.
- El Proyecto logró, a nivel local, poner en diálogo de trabajo a los programas locales de VIH-sida, las OSC y los equipos de salud de los hospitales. En varias localidades se incluyó un actor que no estaba contemplado en la arquitectura original: los nuevos desarrollos institucionales públicos que tienen por objetivo promover los derechos sexuales y ciudadanos de las personas integrantes de la diversidad sexual. Esta inclusión es recomendable en la medida en que estas agencias estatales tienen contacto con el colectivo de la diversidad sexual (en muchos municipios se encontraban integradas por referentes de la sociedad civil), y también otros actores gubernamentales, lo que implicó un aumento en la potencia de la estrategia.
- El rol de las OSC fue absolutamente clave en el desarrollo de los consultorios, en la medida en que tenían la mayor responsabilidad en lo referido a la creación de la DEMANDA para el Consultorio. En las localidades donde este trabajo no fue desarrollado de modo adecuado, no fue posible consolidar los Consultorios, aún cuando se había logrado constituir un equipo sanitario adecuado (la OFERTA) en el espacio hospitalario.
- Una **lección aprendida** a partir de la experiencia fue descubrir los riesgos que puede tener para un proyecto de esta naturaleza el trabajar con una sola OSC. En algunas localidades ocurrió que el Consultorio Amigable, si bien estaba situado en un hospital público, era visualizado por la población objetivo como perteneciendo a la OSC, lo que dificultó el acceso de la población de la diversidad que no se referenciaba con esa Organización.
- A partir de este aprendizaje se **recomienda**, en la medida de lo posible, iniciar la experiencia del Consultorio Amigable con más de una OSC o bien ir incluyendo en el equipo de promotores a personas que representan a diferentes grupos o segmentos de la población objetivo, a fin de estructurar diferentes canales de estímulo de la demanda al Consultorio.
- Con respecto a las capacitaciones que se brindaron en el marco del Proyecto, vale la pena señalar que los temas que se habían considerado en el diseño inicial estaban referidos a brindar contenidos de Derechos Humanos y Sexuales para los equipos de salud y de Fortalecimiento

Institucional para las OSC. Sin embargo, la demanda de los equipos locales fue la que marcó los temas finalmente elegidos: sexualidad y diversidad sexual, atención de personas trans con énfasis en los aspectos vinculados a hormonización y contenidos sobre salud anal, temas prácticamente desconocidos en el ambiente sanitario. Es recomendable prestar atención a las necesidades concretas de los equipos que llevarán adelante el Proyecto a la hora de ofertar capacitaciones.

- Es recomendable también considerar –en la medida de lo posible– los tiempos de los equipos para recibir las capacitaciones. La experiencia mostró que es preferible dejar pasar un tiempo de trabajo concreto ANTES de brindar las capacitaciones, dando tiempo así a que los profesionales y otros integrantes del equipo de prevención-atención puedan contrastar su experiencia previa con los desafíos a los que los enfrenta la nueva modalidad de trabajo y el contacto con la población beneficiaria. Es decir, darles tiempo para que se hagan preguntas y detecten sus propias lagunas de desconocimiento.
- Se recomienda también sugerir espacios de “capacitación cruzada” entre los integrantes de las OSC y los equipos sanitarios, a fin de propiciar que los promotores manejen información adecuada sobre el tipo de prácticas que se ofertan desde el Consultorio, y que los equipos sanitarios tengan oportunidad de conocer algunas de las características de la población que atenderán. Esto es especialmente importante para el caso de la atención de las personas *trans*, que llegan a la consulta con un importante historial de maltrato y consecuente carga de desconfianza hacia los equipos de salud, desconfianza que puede interferir en las primeras consultas o encuentros.
- Finalmente, vale la pena señalar que las capacitaciones al interior de un Proyecto de esta naturaleza pueden tener diferentes objetivos y estar dirigidas a diferentes grupos. Las capacitaciones pueden tener “objetivos de gestión” tales como **integrar** a los equipos nuevos, **difundir** el proyecto entre colectivos más amplios, **mejorar los vínculos** entre grupos que se conocen poco o no se tienen confianza o **instalar un lenguaje común** que facilite intercambios a futuro. En este caso es posible que las capacitaciones se realicen con grupos más numerosos y heterogéneos. Cuando las capacitaciones estén más centradas en los “objetivos de conocimiento” (por ejemplo actualizar a los promotores en ITS y VIH, transmitir conceptos sobre hormonización a profesionales médicos y otros integrantes del equipo de salud, etc.) se recomienda trabajar con grupos más pequeños y homogéneos (por ejemplo, sólo médicos, o sólo integrantes de una OSC) a fin de garantizar climas más protegidos en los cuales los participantes se sientan más cómodos para mostrar sus dudas e interactuar con los docentes.

## SECCIÓN II: ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL CONSULTORIO AMIGABLE

*“Incluir a la sociedad civil en la gestión del Estado y de las instituciones; a los equipos de trabajo en la gestión de las organizaciones productoras de bienes o servicios, considerando que ante cada núcleo de poder hay contra poderes con los cuales hay que relacionarse en esquemas de lucha y negociación, teniendo como objetivo la construcción de nuevos contratos” (Campos G., 2000, pág. 232)*

### El nombre del consultorio

El nombre propuesto por el Proyecto era el de Consultorios Amigables y, si bien la mayoría de las localidades utilizó esta denominación, también fue llamado Consultorio Nocturno (San Juan) y Consultorio Inclusivo (Lanús). Más allá del nombre que se eligió en cada localidad, en casi todas se suscitó en algún momento del proceso la discusión con respecto a si el hecho de hacer un espacio diferencial para la atención de la población de la diversidad sexual, no implicaba un aumento de la discriminación hacia esta población. “Gueto”, “auto discriminación” fueron algunas de las expresiones utilizadas para cuestionar la existencia de un dispositivo especializado.

En las conversaciones que tuvieron lugar en varias localidades entre el equipo del CA y el resto de la comunidad hospitalaria, el nombre “amigable” generó cuestionamientos, seguramente legítimos, en la medida en que la presencia de un consultorio con este nombre arrojaría sombras sobre el tipo de atención que se brinda en los otros espacios asistenciales.

Creemos que este tipo de discusiones son alentadoras, y si el nombre resulta irritante y obstaculiza la aceptación de la propuesta, bien vale la pena usar otro. Podrían ser denominados también como Servicios de Referencia, Servicios Especializados, Servicios de Atención Integral, etcétera.

### Establecimiento en el que se instala

El CA puede instalarse en un Hospital Público o en un Centro de Salud. Cada una de estas instituciones brindará diferentes facilitadores para la implementación. En el caso del Hospital Público, que tiene una oferta más amplia de prestaciones, suele estar referenciado de modo previo por la población objetivo y suele ser de más fácil acceso geográfico para la población beneficiaria. El Centro de Salud –por lo menos en Argentina– suele inscribirse en una tradición que presenta también ventajas para esta iniciativa: sus prácticas son menos burocratizadas, es más frecuente la realización de trabajo en equipo interdisciplinario y suele desarrollar acciones de carácter comunitario. Es fundamental la opinión de la OSC para elegir el establecimiento y, si es posible, se recomienda em-

prender la propuesta en un Hospital Público y luego descentralizar estas acciones hacia Centros de Salud que se identifiquen como adecuados para aumentar la captación de población beneficiaria.

## Lugar en el que se ancla dentro del establecimiento

En la experiencia de Argentina, seis de los siete CA se instalaron en Hospitales Públicos. En la mayoría de estos Hospitales, el CA se ancló en primer lugar en los consultorios destinados históricamente a la atención de VIH-sida, y formaron parte de los equipos originales médicos infectólogos. Esto se debió, en primer lugar, a que quienes promovían este proyecto a nivel nacional y local eran los actores vinculados al VIH-sida y a que, en general, los equipos más amigables a priori o con mayor experiencia de trabajo con esta población eran justamente los equipos especializados en VIH (*Margulies, Stival, & Name, Informe final. Personal de Servicios de Salud Pública, 2010*) (*Weller, Portnoy, & Gogna, 2004*).

Sin embargo, la experiencia del Proyecto mostró que este vínculo puede resultar contraproducente a los ojos de la población beneficiaria, 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”.

Así, en varios consultorios, los equipos tuvieron la suficiente capacidad de reacción como para ir modificando este perfil original y de ese modo mudaron de lugar físico el CA (en el caso de Salta, de Infectología a Consultorios Externos) y modificaron la composición de los equipos, conservando la referencia de Infectología como un lugar de consulta. Más adelante se desarrollará el tema del equipo.

Desde el punto de vista de la localización física del Consultorio dentro del Hospital, se recomienda que esté en un lugar de fácil acceso, en especial si el CA funciona en horario nocturno o a “contra turno” de las actividades del Hospital. En el caso de que el CA funcione en horario diurno, será preciso encontrar un lugar que pueda combinar el fácil acceso con la privacidad que pueden requerir quienes acceden a él, por lo menos en un comienzo (personas que se pueden sentir avergonzadas por ser identificadas como “diversas” por el hecho de ir al Consultorio).

## Días y horario de funcionamiento

Hasta donde se pudo observar, desde el punto de vista de la población objetivo el horario nocturno es sin duda la mejor elección. Para el equipo que brinda la prestación, trabajar en horario nocturno significa un esfuerzo extra en la medida en que se precisa resolver una serie de situaciones y articulaciones que estarían dadas en el horario de funcionamiento habitual.

Si la decisión es instalar el Consultorio en horario nocturno es preciso tener en cuenta por lo menos los siguientes aspectos:

- **La puerta de entrada:** es posible que la puerta de entrada principal del Hospital esté cerrada. Es preciso establecer con claridad cuál será la puerta por la que entrará la población al Consultorio Amigable y que esté bien señalizada en la folletería que se utiliza para promoción.
- Es FUNDAMENTAL mantener conversaciones con el **personal de seguridad y limpieza** del Hospital, para que no sólo abra las puertas que sean necesarias en el horario de funcionamiento del CA, sino para que conozcan las características particulares del servicio y el lugar donde se ubica. La experiencia indica que es un miembro del personal de seguridad y/o del de limpieza la primera persona que recibe a la población que concurre al CA en horario nocturno.
- Es preciso garantizar la limpieza del CA en horario nocturno.
- Es preciso generar acuerdos con los equipos que trabajan en el laboratorio del Hospital, ya sea para que se puedan realizar extracciones de sangre en el laboratorio durante el horario del CA, o que el laboratorio reciba en la mañana siguiente las extracciones realizadas en el CA durante la noche.
- Es preciso generar acuerdos con los equipos que trabajan en las farmacias del Hospital, ya sea para que la población pueda acceder a los medicamentos en el horario del CA (a través de la Guardia de la Farmacia) o bien que en el CA se pueda disponer de un botiquín que asegure la entrega de los insumos elementales en el momento en el que se realiza la atención (más adelante se detallan estos recursos).

Como fue dicho, el horario de preferencia para la población objetivo es el horario nocturno. Esto deberá ser compatibilizado con las posibilidades que tenga el equipo de armar y sostener un Consultorio en este horario. Una propuesta que se conversó con los equipos locales fue la de iniciar el proyecto en el horario nocturno, y eventualmente con el tiempo ir modificando este horario. De hecho, la atención que se brinda fundamentalmente a personas trans en el Centro de Salud Martín de Rosario, inició en 2007 sus prestaciones un día por semana (martes de 16 a 19 horas) y con el correr del tiempo este tipo de atención pasó a formar parte de la atención general del Centro, por lo que resultó innecesario conservar un horario específico.

También es preciso atender a otras consideraciones de movimiento más general de las ciudades o pueblos donde se localiza el CA. Por ejemplo, en muchas provincias del país existe el “horario de la siesta”. Este horario puede ser también aprovechado como un “tiempo-lugar” diferencial.

## Tareas, conformación del equipo e insumos necesarios

A partir de las diferentes experiencias de implementación de Consultorios Amigables, es posible trazar el siguiente esquema o modelo de trabajo (Ilustración 6). La actividad del Consultorio se estructura en tres actividades básicas que son Promoción y prevención en la comunidad, Recep-



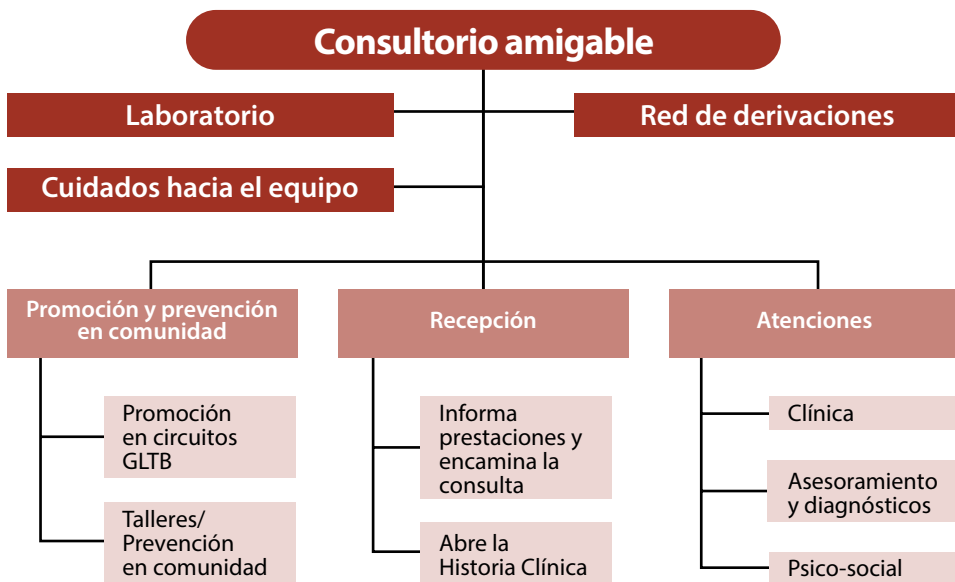
ción y Atención. Las principales prácticas de Atención son la oferta de atención clínica, oferta de diagnóstico y oferta de atención psico-social. Estas actividades son desarrolladas por el equipo que conforma el Consultorio, quien a su vez tiene la tarea de articular o conformar soportes para poder brindar una atención integral.

Estos soportes o estructuras ad-hoc son las relaciones con el laboratorio, encargado de procesar estudios de diagnóstico y tratamiento; una red de contactos con otros servicios de salud a fin de realizar las derivaciones que fueran necesarias (Red de derivaciones) y un espacio que se ha denominado de “Cuidados hacia el equipo”, que consiste en algún tipo de supervisión o acompañamiento que consigue el equipo para el cuidado de sus integrantes y de la tarea.

Al grupo conformado por el Consultorio más los contactos que instala con los otros recursos y personas del sistema de salud se le puede llamar “equipo ampliado” (Campos G., 2000) del Consultorio Amigable. Este equipo ampliado sería el actor de la atención integral, en la medida en que el equipo a cargo puede resolver algunas situaciones por sí mismo, pero requiere de otros para brindar procesos más complejos o ampliados de atención.

A continuación se desarrollan cada uno de los componentes señalados en la propuesta de organización.

#### ILUSTRACIÓN 6 – PROPUESTA DE ORGANIZACIÓN DEL CONSULTORIO AMIGABLE



## Promoción y prevención en la comunidad

El primer componente es el de **Promoción y prevención en la comunidad GTB**<sup>8</sup>. Esta tarea es fundamental para que se pueda estructurar el Consultorio como tal, es decir, con usuarios. El perfil ideal para realizar esta tarea es el de promotores integrantes de las OSC, o bien de personas que son convocadas y capacitadas por dicha Organización. En varios CA fue preciso introducir modificaciones sobre la marcha porque:

- **los promotores no tenían conocimiento de los circuitos de socialización de sus pares, o no tenían habilidades para el trabajo cara a cara en promoción y prevención.** Es decir que habían sido seleccionados sólo por su identidad de género u orientación sexual, sin considerar la importancia de contar con los conocimientos y habilidades del promotor en salud;
- **los promotores lograban llegar a la población, pero sólo a aquella a la que ellos pertenecían.** Por ejemplo, una persona gay no tenía contacto con la población *trans*, un promotor sólo podía conversar con sus vínculos más íntimos y cuando estos concurrían al consultorio no lograba atraer más gente;
- los promotores, al pertenecer a una OSC, **sólo lograban atraer a la población que se identificaba con esa OSC pero no a otras personas.** Esto constituyó un problema muy importante en varias ciudades, y en algunas fue preciso hacer asociaciones con otras OSC para aumentar la población captada, pues el CA (pese a estar en un espacio público como es el Hospital o el Centro de Salud) quedaba identificado como perteneciente a esa OSC;
- para muchos promotores **no fue sencillo adaptarse el ritmo de trabajo constante** que exigía hacer la promoción dos a tres veces por semana, a fin de “hacer arrancar” la demanda del CA;
- es preciso destacar que **la población GTB es en general reacia a acercarse a los hospitales pues casi todos tienen experiencias personales de maltrato**<sup>9</sup>. Por ello el trabajo del promotor no es nada sencillo: a su conocimiento sobre los temas de salud, los escenarios de circulación y la capacidad de conversación con pares, se le agrega el contar mucha capacidad de persuasión, paciencia y persistencia.

---

8 Las experiencias mostraron que el trabajo de promoción y prevención llegó a poblaciones más amplias que las contempladas en el proyecto original (GTB) incluyendo a mujeres que realizaban trabajo sexual, mujeres lesbianas, trans masculinos y otras personas vinculadas con la población GTB.

9 En varias localidades se registraron situaciones de maltrato en el establecimiento donde funcionaba el CA e incluso en el marco de la atención del CA. La experiencia del CA desencadena un proceso, no es posible revertir en poco tiempo situaciones que vienen de larga data.

En muchas ciudades, la tarea de promoción se combinaba con la realización de talleres que se llevaban adelante en la calle o en el escenario donde se estuviera trabajando, o se organizaban actividades más programadas en la casa de alguna persona de la comunidad o del promotor. Estos talleres eran sobre VIH, uso del preservativo, ITS, cuidados del cuerpo con respecto a la hormonización, etcétera. En todos los casos la promoción y los talleres se acompañaban de folletería y distribución de preservativos y geles.

En varias localidades el trabajo del promotor consistía no sólo en dar a conocer la existencia del CA sino también en acompañar a las personas hasta el Consultorio. Esta tarea es sumamente valiosa y recomendable.

## Recepción

Cuando la persona ingresa al CA es recibida por alguien que cumple funciones de orientación y administrativas. En algunos casos esta función ha sido llevada adelante por el mismo promotor que contactó a la gente en la comunidad. Esta forma de trabajo parece dar muy buenos resultados, pues el promotor-par cumple una especie de función de “puente” entre el afuera (la comunidad) y el adentro (el CA).

En otros casos, el trabajo de recepción fue asumido por un administrativo capacitado del Hospital o un integrante profesional de la OSC. Sus funciones principales son, en el caso de que la persona concurra por primera vez, informarle sobre los servicios que se brindan en el Consultorio y el modo de funcionamiento, y orientarla hacia alguno de los espacios de atención disponibles. También inicia la Historia Clínica, que en algunos CA era la Historia Clínica “oficial” del Hospital, en otros casos se trató de una Historia especialmente diseñada para el CA. La recomendación es adoptar un registro adecuado a las prestaciones del CA pero que se incluya en la Historia Clínica “oficial” del Hospital, pues esa Historia será la utilizada para todas las prestaciones que la persona reciba en el establecimiento, más allá de lo que se pueda resolver en el CA.

En el caso de la atención a personas trans, es indispensable para iniciar el proceso de atención de modo adecuado que las Historias Clínicas lleven su nombre de género y no aquel que figura en su documento<sup>10</sup>, que en general responde a una identidad de género con la que no se identifica. En el caso de que fuera muy complicado desde lo administrativo del Hospital inscribir a la persona con un nombre que no figura en el documento, se recomienda abrir la Historia con los dos nombres hasta que pueda acceder al cambio de documento de identidad.

---

<sup>10</sup> En el caso de Argentina y desde hace aproximadamente un año, las personas trans pueden realizar el cambio de documento, es decir pueden contar con un documento nacional de identidad que exprese el género y el nombre con el que se siente identificado/a.

## Atención

La oferta de atención se estructura a partir de tres tipos de prestaciones básicas; la persona que llega puede potencialmente participar de las tres o bien centrarse en el tipo de atención que requiera en ese momento.

### Atención clínica

El proceso de atención es sostenido por el equipo de salud que adscribe al paciente. Un equipo está conformado por un enfermero y un médico/a (clínico o generalista) pero en otras circunstancias, profesionales pertenecientes a diferentes disciplinas (ginecología, infectología, psicología, etc.) pueden desempeñar un rol protagónico en sostener el vínculo terapéutico entre paciente e institución.

La atención del paciente incluye, como ha sido dicho, la confección de la Historia Clínica. En este material, además de los datos filiatorios, se consignan aspectos fundamentales de la vida y de los hábitos de la persona, elementos que permitirán, junto con el examen físico, identificar dolencias y definir un proyecto terapéutico relacionado tanto con el abordaje de alguna posible enfermedad como con el acompañamiento en la construcción de su identidad de género u orientación sexual, si fuera preciso. 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.

Los motivos de consulta más frecuentes están relacionados con el interés por conocer un espacio que ya fue transitado por otros y otras y que les fue recomendado como amigable a la diversidad sexual; para el caso de las personas *trans*, poder conocer cómo es el proceso de hormonización (ventajas y problemas) y trabajar los temores de haber contraído alguna enfermedad de transmisión sexual. En todas estas circunstancias es el equipo de salud quien resuelve la consulta, acompaña en la hormonización y sugiere los estudios pertinentes.

En el transcurso del proyecto terapéutico puede ir surgiendo la necesidad de referenciar al paciente a otros profesionales para evaluar y/o resolver cuestiones de salud que en ocasiones exceden el ámbito del consultorio de primer nivel. Pero una vez realizada la consulta, el paciente tiene que regresar contra-referenciado a su médico de cabecera.

Las prácticas que se realizan en el consultorio son las habituales del primer nivel de atención: vacunaciones, curaciones, aplicación de inyectables, extracción de muestras para análisis, PAP, en-

trega de medicamentos, de preservativos y geles. La mayoría de ellas son realizadas por enfermeros/as, que por su dinámica de trabajo tienen la posibilidad de interactuar con los/las pacientes de una manera mucho más ágil e informal resolviendo la demanda rápidamente.

### **Asesoramiento y diagnóstico de VIH y otras ITS**

Una oferta presente en todos los consultorios fue la realización del test de VIH, VDRL y hepatitis B y C con asesoramiento pre y post test. Las entrevistas son realizadas por integrantes de la OSC con formación en asesoramiento o por integrantes del equipo de salud también capacitados (enfermería, psicología, trabajo social, antropología, medicina).

Algunos de los temas que se conversan en el asesoramiento (siempre centrados en el tema o interés del consultante) son 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.

Luego de la entrevista de asesoramiento y la firma del Consentimiento informado para el caso del VIH, se realiza la extracción de sangre. Las extracciones de sangre pueden ser realizadas por el profesional médico, el bioquímico del Laboratorio, el personal de enfermería o un técnico extraccionista.

En la mayoría de los lugares los resultados de los estudios estaban disponibles para ser entregados en el CA a la semana de la extracción. En los consultorios emplazados en los Centros de Salud en San Juan se utilizaba el test rápido para el diagnóstico en VIH. Es una práctica recomendada.

### **Atención psicosocial**

Es altamente recomendable que en los consultorios participen también de la atención profesionales de salud mental y de trabajo social. La población que asiste presenta demandas que exceden el campo de la atención biomédica: las demandas más frecuentes están vinculadas a problemas de violencia, adicciones, a la definición de género y/u orientación sexual (cómo lidiar con el “*coming out*” o “salida del placard”<sup>11</sup>) y demandas de asistencia psicológica o cuestiones sociales comunes a la población general (Lavarello, 2011). En algunos consultorios los profesionales de trabajo social y de salud mental ofertaban su atención por separado; en dos consultorios se trabajaba en modelos de atención combinados o de pareja terapéutica.

---

11 Proceso de comprender, asumir y volver pública la orientación sexual y/o identidad de género.

## Recursos de apoyo o equipo ampliado

Tal como se observa en la Ilustración 6, además de los tres componentes esenciales que hacen a la función del Consultorio, es preciso contar con tres ámbitos de apoyo, que llamamos aquí el Equipo Ampliado.

### Laboratorio

Se trata de un actor fundamental en los procesos de prevención, diagnóstico y atención que debe ser incluido de modo adecuado a la hora de diseñar las estrategias de trabajo. El Laboratorio da soporte a todos los procesos de diagnóstico y atención que se detallan en esta Guía. Para generar cambios en el modelo de atención orientados a mejorar el acceso a la salud, los bioquímicos deben ser convocados desde el inicio a fin de evaluar, de modo conjunto con todo el equipo de salud, la viabilidad de introducir modificaciones en los procesos de trabajo que involucren al laboratorio.

### Red de derivaciones

Para que el CA funcione como una auténtica puerta de entrada al sistema público de salud es parte fundamental de las tareas que realiza el equipo a cargo del Consultorio, el contactar y conversar con los diferentes servicios de salud del Hospital y/o con servicios de otros hospitales de la zona a fin de que se conozca el Proyecto y puedan establecerse **derivaciones protegidas** para los usuarios.

En las localidades se han llevado adelante diferentes estrategias para lograr este objetivo, algunas fueron:

- Hacer una inauguración pública del CA a donde se invitaron a todas las personas que formaban parte de esta potencial Red de Derivaciones, para que conocieran el proyecto desde sus inicios;
- Al momento de realizar las capacitaciones sobre diversidad sexual, atención de personas trans, salud anal y otras, considerar la inclusión de estos equipos en el marco de dichas capacitaciones. En casi todas las localidades los endocrinólogos fueron invitados, por ejemplo, a la capacitación referida a hormonización.
- Presentación del Proyecto a toda la comunidad hospitalaria en el marco de reuniones internas convocadas por la Dirección del Hospital. En Salta, por ejemplo, se inauguró este encuentro haciendo la presentación del video sobre Consultorios Amigables realizado por OPS en el año 2011, material que se encuentra disponible para su utilización (Sección III).
- Reforzamiento de esta difusión de modo cotidiano en espacios informales y **entrevistas organizadas para este fin**.

En varias ocasiones, estas conversaciones personalizadas se produjeron a partir de situaciones de maltrato que recibieron las personas derivadas. La experiencia indicaría que si bien es imposible evitar que esto suceda en alguna oportunidad, es posible trabajar para disminuir estos riesgos.

El tipo de derivaciones que será preciso realizar está vinculado al modo en el que está conformado el equipo del CA (perfiles profesionales de los médicos que lo integran) y a la complejidad de la problemática de salud que el equipo va asumiendo. La breve experiencia desarrollada muestra que las derivaciones más frecuentes han sido a:

- Clínica Médica
- Infectología
- Cirugía
- Endocrinología
- Ginecología
- Proctología
- Urología
- Cardiología
- Dermatología

En el CA de La Matanza se construyó un vínculo muy fuerte con Odontología. Este servicio destinó un horario preferencial para la atención de las personas derivadas por el CA. Es una práctica altamente recomendable.

Con respecto a la entrega de turnos para especialidades o prácticas que deben ser realizadas por fuera del CA, los consultorios han establecido diferentes estrategias que van desde el logro de ciertos “turnos protegidos” o preferenciales, hasta la inclusión de las derivaciones en el modo establecido por el Hospital (sistema de turnos por Línea 0800, utilización de planillas de derivación, etc.).

***Es indispensable que el equipo mixto del CA conozca las modalidades de entrega de turnos existentes en la institución a fin de “hacer dialogar” las propuestas de cambio con los procedimientos previamente establecidos.***

Por último, es importante tener en cuenta el modo en el que se actuará cuando sea necesario realizar una internación de una persona *trans*. La experiencia indica que en cada Hospital se han tomado diferentes decisiones que es preciso considerar: internar una *trans* femenina en sala de mujeres, internarla en la sala de varones, internarla (donde era posible) en salas pequeñas donde la persona no compartía la habitación con otras personas. Este es un debate que debe ser realizado al interior de los establecimientos.

### **Cuidados hacia el equipo**

En por lo menos dos localidades se planteó la necesidad de que los equipos que inician el trabajo tuvieran soporte externo o espacios de contención/supervisión donde pudieran trabajar como equipo

los desafíos a los que se enfrentan. La población atendida en los CA es en general población que ha sido excluida del sistema de salud (y en algunos casos, también de otros tales como el de educación o de ciertos beneficios sociales). En este sentido la demanda puede ser al principio muy intensa y los miembros del equipo pueden verse enfrentados a situaciones emocionales que los superan o que no habían experimentado antes. Esto por supuesto está vinculado también a las trayectorias y características personales de los integrantes del equipo<sup>12</sup>.

Sugerimos algunos recursos destinados a “cuidar la salud de los que cuidan”:

- Definir al interior del equipo un coordinador que puede ejercer sus funciones de modo “permanente” o de modo rotativo;
- El coordinador será el responsable, entre otras tareas, de convocar reuniones periódicas o a demanda del equipo, para conversar sobre los procesos de trabajo, su impacto en los integrantes del equipo, etc..
- Se pueden construir dispositivos más o menos estables tales como ateneos o reuniones para presentar casos difíciles o muy complejos, que requieren de la participación de varios integrantes del equipo.
- El coordinador puede también invitar a expertos externos ante la aparición reiterada de problemas que el equipo no puede abordar; los casos más frecuentes son los problemas vinculados con las adicciones, el alcoholismo y la violencia.
- Es importante acotar el horario del CA a una cierta cantidad de horas por semana o, en el caso de querer aumentar la oferta, incluir diferentes equipos de profesionales para cubrir una franja horaria más extensa.

La experiencia internacional con respecto a tareas similares, como el asesoramiento en VIH-sida, muestra que la capacidad de trabajar de modo “usuario-centrado” es decir, centrado en la singularidad y necesidades del otro, tiende a deteriorarse si los tiempos de trabajo son muy prolongados.

12 La creación de espacios de cuidado para los que trabajan en salud es una estrategia recomendable para todos los equipos de salud, no restringida a aquellos que lo hacen con la diversidad sexual (Campos G., 2001).



## Medicación y otros insumos sanitarios necesarios para el funcionamiento

En el Anexo I se encuentran disponibles los siguientes listados de insumos sanitarios que es recomendable tener disponibles para el funcionamiento adecuado de un Consultorio Amigable:

- Medicación empírica inicial usada en Argentina para las diferentes infecciones de transmisión sexual y otras causas de flujo genital. El listado puede variar según la microbiología y sensibilidad microbiana de cada lugar.
- Drogas que corresponden a los esquemas de profilaxis antirretroviral post exposición sexual usadas en la Argentina, susceptible de ser modificada en función de las guías nacionales de los diferentes países donde pueda implementarse la estrategia.
- Estudios de laboratorio útiles para tener disponibles, vinculados al diagnóstico y tratamiento de VIH y otras ITS, así como para la indicación de análisis generales.
- Medicación recomendable para hormonización de personas *trans*.
- Análisis de laboratorio necesarios para el seguimiento de las personas *trans* en el proceso de hormonización (de mujer a varón y de varón a mujer).
- Otros insumos necesarios.

## Sobre la población beneficiaria

A los consultorios llegaron personas que se identificaron como *trans* femeninas y *trans* masculinos (en menor proporción), gays, bisexuales, lesbianas y mujeres y varones identificados como heterosexuales. Esta última población requiere de un análisis más refinado ya que en algunos casos se trataba personas vinculadas con la población de la diversidad sexual y en otros casos eran personas que, sin tener vínculo aparente con esta población, accedió al servicio porque tomó conocimiento y le resultó atractiva la oferta por el horario y el tipo de atención integral. En todos estos casos se trataba de hombres y mujeres que consultaban por cuidados o problemas vinculados al ejercicio de su sexualidad.

De la población que se autodefinió como heterosexual y estaba de algún modo vinculada a la población de la diversidad sexual es posible identificar (de modo no exhaustivo):

- Varones que mantienen relaciones con *trans* femeninas, ya fuera que se vinculaban amorosamente (parejas) o como clientes de las *trans* que realizaban trabajo sexual;
- Varones que realizan trabajo sexual y que tienen como clientes a varones;

- Mujeres que son parejas de *trans* masculinos;
- Mujeres que son parejas de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres o con *trans*.

En algunos consultorios, fue importante la demanda de población adolescente que concurrió fundamentalmente a recibir prestaciones vinculadas a los cuidados en el ejercicio de su sexualidad.

## **Estrategias de comunicación**

Las localidades desarrollaron por lo menos tres tipos de estrategias de comunicación orientadas a darle visibilidad y legitimación a estos nuevos desarrollos.

### **1. Hacia la comunidad en general**

- Notas en prensa gráfica de cobertura nacional y local (se pueden consultar algunas notas periodísticas en el DVD).
- Participación en programas radiales locales.
- Notas en medios de comunicación digitales y en la web.
- Realización de eventos destinados a tratar el tema de los derechos sexuales de la población de la diversidad.
- Inclusión de presentaciones sobre el trabajo del CA en jornadas o congresos referidos a salud, educación y desarrollo social.

### **2. Hacia la población destinataria de los CA**

- Diferentes piezas de mano destinadas a brindar información clara y precisa sobre las prestaciones del CA, su ubicación y días y horarios de atención (ver Sección III).
- Afichetas con igual fin, que fueron ubicadas en los espacios de socialización de la población diversa de cada localidad y en el Hospital donde se ubico el CA (ver Sección III).
- Realización de talleres con diferentes formatos y materiales, en distintos escenarios donde transcurre la vida de la población objetivo.

### **3. Hacia la comunidad hospitalaria y del sistema público de salud**

- Eventos públicos de inauguración de los consultorios.
- Capacitaciones sobre temas específicos.
- Reuniones programadas dentro de los hospitales.
- Entrevistas y conversaciones con actores relevantes.

## Lecciones aprendidas. Recomendaciones

El papel de los promotores resultó **clave** para construir una demanda para el Consultorio, y la experiencia permitió generar una serie de **recomendaciones** que listamos a continuación:

- Es ideal que el equipo de promotores esté integrado por personas que representen los diferentes grupos que componen la diversidad sexual, en principio personas que se identifican como *gay* y como *trans*. En algunas localidades se incluyeron mujeres lesbianas y personas que realizaban trabajo sexual.
- La identidad de género u orientación sexual del promotor es condición necesaria para realizar el trabajo, pero no suficiente. Es importante que los promotores tengan o adquieran experiencia en el trabajo entre pares y que tengan vínculos de confianza construidos previamente con la población objetivo.
- Es importante también que los promotores **conozcan** los escenarios comunitarios donde irán a realizar la promoción del servicio. Esta condición es fundamental para el caso del trabajo en “zonas rojas” o circuitos de trabajo sexual, donde pueden generarse situaciones peligrosas para aquellos que desconocen los códigos del lugar.
- Una recomendación más general, que puede funcionar como directiva, es tener en cuenta que, como cualquier colectivo, el de la diversidad sexual puede parecer homogéneo pero en realidad, o mirado más de cerca, es profundamente heterogéneo en la medida en que las personas que lo integran provienen de diferentes sectores sociales, diferentes historias y experiencias de vida y de exclusión. Ello implica la necesidad de trabajar en escenarios y con estrategias diferenciales, evitando así recaer en propuestas únicas o estereotipadas.
- Si bien las estrategias de comunicación a través de medios masivos puede contribuir a legitimar y difundir la existencia y prestaciones del Consultorio Amigable, la construcción de la demanda está fuertemente atada al “trabajo de hormiga” (cotidiano; en espacios comunes de vida, diversión y trabajo; cara a cara y persistente) que realizan los promotores con aquellas personas con las que tienen experiencias comunes y vínculos de confianza previos.
- La distribución de preservativos y geles lubricantes gratis es un recurso prácticamente indispensable para el trabajo del promotor en terreno.
- La oferta de hormonización con apoyo del equipo de salud (médico, psicólogo, trabajador social, enfermero, etc.) fue la más valorada por la población *trans* femenina y masculina.

Con respecto a la ubicación en espacio y tiempo de un Consultorio Amigable, es posible destacar los siguiente aprendizajes a la luz de la experiencia realizada:

- Para la población objetivo, el horario nocturno es el mejor. Para los equipos de salud, este horario significa un esfuerzo especial. La recomendación para los nuevos servicios es comenzar el trabajo en un horario nocturno y con el tiempo ir buscando una franja horaria que pueda ser adecuada para todos, es decir, para la población y para los equipos.
- Es recomendable iniciar la oferta de atención del Consultorio Amigable con uno o dos días semanales (pueden ser cuatro horas en cada día). La propuesta requiere de un esfuerzo excepcional, que no es conveniente extenderlo por más tiempo a menos que se disponga de suficientes recursos como para contar con diferentes equipos que puedan cubrir la atención. Es preciso recordar también que la **demanda** se construye con el tiempo (la gente concurre de a poco y se requiere de unos meses, en el mejor de los casos, para que se instale la confianza en la población objetivo hacia la nueva propuesta).
- En la mayoría de las localidades se observó que si bien la población beneficiaria entró por el Consultorio Amigable, luego fue circulando por el Hospital en otros horarios que el originalmente pautado, pudiendo acceder a otros servicios y recursos del Hospital, además de los brindados por el Consultorio. Esto es lo esperado, vale la pena recordar que la creación de un Consultorio Amigable es un esfuerzo extraordinario destinado a abrir una nueva puerta para población que estaba excluida del sistema pero que tiene los mismos derechos que las otras personas a ser atendida en el sistema público de salud, en los horarios y espacios generales.
- Con respecto al lugar físico dentro del establecimiento sanitario elegido, si el Consultorio funciona en horario nocturno (cuando el Hospital está prácticamente vacío, con muchos consultorios disponibles) se recomienda que el Consultorio Amigable se ubique lo más cerca posible del lugar de entrada al Hospital, en un lugar que sea de fácil acceso. La población que concurre al comienzo a un Consultorio Amigable puede tener aprehensiones lógicas con respecto a “ser visto” en ese lugar. Si el horario es nocturno, cualquier lugar es confidencial. Si el horario no fuera el nocturno, es preciso combinar la necesidad de confidencialidad que tiene la población con la accesibilidad relativamente simple al lugar.
- Es sumamente importante que el Consultorio Amigable esté bien señalizado al interior del Hospital, en varias localidades las tarjetas o folletos que se empleaban para la promoción del Consultorio incluían un “mapa” con la localización exacta del Consultorio. También se utilizaron flechas y otras señales visuales dentro del Hospital para guiar a la población hacia el sitio exacto y se instalaron banners u otro tipo de señalización en el lugar preciso donde funcionaba el Consultorio.

- Cuando el Consultorio Amigable funciona en horario nocturno es necesario conversar con el personal de seguridad, el de limpieza y el de enfermería para que puedan guiar a las personas que llegan al Hospital. Es fundamental tener en cuenta que, en general, en horarios nocturnos la puerta principal del Hospital se encuentra cerrada, con lo que es preciso pensar cuál será la puerta de acceso para llegar al Consultorio Amigable.
- También es preciso anticipar como se procederá con una serie de aspectos que se encuentran resueltos “naturalmente” en el horario diurno tales como la apertura de historias clínicas, la asignación de turnos para otras especialidades médicas, el almacenamiento o procesamiento de las muestras de sangre, la provisión de medicación básica y la limpieza.
- Si bien la iniciativa del Consultorio Amigable fue impulsada por los equipos vinculados al tema VIH-sida, la experiencia mostró que lo más adecuado es que se ubique en el espacio de Consultorios Externos, y que esté liderado desde el punto de vista médico por generalistas, médicos clínicos e incluso ginecólogos, quedando el infectólogo como profesional de consulta o derivación.
- La instalación del Consultorio Amigable en el espacio de Infectología o de atención de personas con VIH refuerza el vínculo pre-existente entre “sida” y “diversidad sexual” lo que desalienta la demanda del servicio por parte de la población objetivo.
- El Consultorio Amigable puede funcionar con éxito tanto en un Hospital Público como en un Centro de Salud. El Hospital ofrece la ventaja de contar con una respuesta potencial de mayor complejidad, y el Centro de Salud tiene una tradición generalmente más amigable al basar su modelo de atención en el trabajo comunitario y la atención interdisciplinaria.



## SECCIÓN III: HERRAMIENTAS PARA COMPARTIR

En el marco del Proyecto se desarrollaron una gran cantidad de herramientas que se encuentran disponibles para su uso en el DVD anexo a esta publicación. Hay materiales destinados específicamente a trabajar con los equipos de salud, materiales para que los equipos de salud puedan trabajar con la población y piezas de mano para ser entregadas a la población. Se incluyen además notas periodísticas que reflejaron la experiencia de los Consultorios Amigables en Argentina y leyes y ordenanzas destinadas a garantizar los derechos sexuales y el acceso a la salud de la diversidad sexual. A continuación se brindan algunas pautas sobre las características y usos posibles de los materiales.

### **Materiales para sensibilización y capacitación de los equipos Audiovisual**

Se han incluido cuatro videos que pueden ser usados para el trabajo con los equipos así como para sensibilizar a otras audiencias. Estos son:

**1. Video realizado por OPS/OMS para difundir el Proyecto de los Consultorios Amigables (2011).** Relata en qué consiste el Proyecto e incluye diferentes testimonios de sus protagonistas. Parte del video transcurre en el Consultorio ubicado en La Matanza.  
<http://www.youtube.com/watch?v=4-kNAW642vo&feature=plcp>

**2. Video realizado por Ovejas Negras de Uruguay (2012)**  
Este video muestra que no tener en cuenta un enfoque de diversidad de género puede llevar a diagnósticos de salud erróneos, lo que puede afectar a la salud de las personas LGTIB. Es parte de la iniciativa “Centros Libres de Homofobia”, organizada por Ovejas Negras, el Ministerio de Salud Pública, la Universidad de la República y UNFPA.  
<http://www.youtube.com/watch?v=doyf6m79ZIs>  
Está estructurado en cuatro situaciones, y en cada una de ellas se muestran las diferencias de atención, asesoramiento e información que reciben una trans mujer, un trans varón, una lesbiana y un joven homosexual.

**3. y 4. Piezas comunicacionales que se refieren a cómo las situaciones de visibilización de identidades, prácticas y condiciones sociales diversas alteran el orden establecido por una supuesta “normalidad”.**  
Cortos audiovisuales del Observatorio para la promoción de Derechos de la Diversidad Sexual (Salta). Director: Rodrigo Moscoso. Con el apoyo de PNUD, ONUSIDA y UNFPA.  
[http://www.youtube.com/watch?v=cBT0sq\\_XOQw](http://www.youtube.com/watch?v=cBT0sq_XOQw)  
<http://www.youtube.com/watch?v=dht7HfSjhdU>

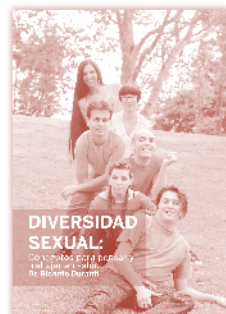
## Capacitaciones para el equipo de salud: programas y material bibliográfico

### 1. Conceptos sobre sexualidad para el trabajo de los equipos de salud

Puntos salientes del programa<sup>13</sup>:

- Introducción a conceptos básicos de sexo/género.
- Breve historia de la homosexualidad.
- Homofobia / Travestofobia.
- Coming out.
- Relación entre la homofobia y la vulnerabilidad frente a la infección por VIH en la población GTB.
- VIH y nuevos hábitos.
- Del matrimonio igualitario al barebacking.<sup>14</sup>

<http://new.paho.org/arg/images/Gallery/SIDA/Diversidad%20sexual.pdf>



### 2. Taller sobre el rol de los profesionales de la salud en la diversidad sexual

Puntos salientes del programa<sup>15</sup>:

- Promoción de ciudadanía y accesibilidad de la población trans al sistema de salud.
- Rol de los profesionales de la salud en la creación de instituciones “accesibles”.
- Centros de hormonización vs. Atención de la salud integral de personas trans.
- Reconocimiento de la identidad de género.
- Reconocimiento del derecho de las personas a decidir sobre su vida, su género y su cuerpo.
- Creación de elementos conceptuales y dispositivos adecuados para un acercamiento más efectivo a esta problemática.
- Fomentar espacios de investigación, formación, diálogo y debate para una revisión crítica y, a su vez, para poder pensar con y desde otros campos del saber. Trabajo interdisciplinario.
- Registros médicos, historias clínicas, estadísticas, informes.
- Criterios de inclusión al tratamiento hormonal.
- ¿Qué es la experiencia de vida real?
- Terapia endocrina Hombre a Mujer: efectos feminizantes esperados, regímenes recomendados, evaluación previa al inicio del tratamiento endocrino, monitoreo recomendado durante el tratamiento, efectos adversos.
- Terapia Mujer a Hombre: efectos masculinizantes esperados, regímenes recomendados,



13 El programa fue preparado por el Dr. Ricardo Duranti.

14 Se refiere a la práctica de mantener relaciones sexuales sin preservativo como una decisión consciente o posición política.

15 El programa fue preparado por el Dr. Claudio Bertone.

evaluación previa al inicio del tratamiento endocrino, monitoreo recomendado durante el tratamiento, efectos adversos.

- Creación de redes clínico-quirúrgicas para una resolución rápida e integral de problemas orgánicos.
- Trabajo de prevención de ITS, VIH y de aplicación de siliconas industriales.

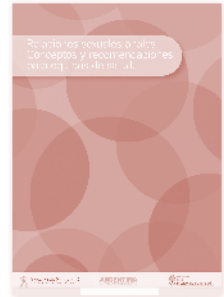
<http://www.rosario.gov.ar/sitio/verArchivo?id=6893&tipo=objetoMultimedia>

### 3. Conceptos y recomendaciones para equipos de salud.

#### Relaciones sexuales anales e ITS

Puntos salientes del programa<sup>16</sup>:

- La anatomía ano-rectal.
- Las ITS. Consejería sobre prácticas sexuales anales.
- ITS y otras patologías del ano y el recto.
- Patología anal no transmisible (traumas, hemorroides, fisuras, abscesos y fístulas).
- Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento.



### Materiales para el trabajo de los equipos con la población

El Rotafolio “**Sexualidad y cuidados. Reproducción, anticoncepción, ITS y VIH-sida. Material de apoyo para el trabajo cara a cara**” es un material de soporte para las conversaciones de los equipos que querían abordar las temáticas de cuidados en el ejercicio de la sexualidad en entrevistas individuales o con grupos pequeños.

Consta de 18 páginas y las láminas permiten abordar los siguientes temas:

- Sexualidad: conceptos básicos.
- Reproducción.
- Métodos anticonceptivos.
- Infecciones de transmisión sexual.
- VIH-sida.



16 El programa fue preparado por la Dra. Luciana La Rosa.



## Piezas de mano y afichetas

Al interior del DVD se podrá encontrar una gran variedad de piezas especialmente creadas por la DSyETS y los Consultorios Amigables de las siete ciudades, destinadas a convocar e informar a la población sobre temas específicos tales como hormonización en personas trans y los cuidados en las relaciones sexuales anales.



## Notas periodísticas, leyes y ordenanzas

Se han incluido varias notas periodísticas que muestran cómo ha sido reflejada la experiencia de los Consultorios Amigables en el país. También es posible acceder a los textos completos de la legislación argentina: **Ley 26.618 de Matrimonio Civil** (conocida como “**Ley de Matrimonio Igualitario**”) y la Ley 26.743 de Identidad de Género.

## TRABAJOS CITADOS

**Campos, G. (2000).** *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec.

**D’Elio, F., Weller, S., & Recchi, J. (2010).** *Escenarios y estrategias para la prevención del VIH e ITS en la comunidad GTB*. Recuperado el 22 de Setiembre de 2012, de [www.msal.gov.ar/sida/investigaciones\\_informes.asp](http://www.msal.gov.ar/sida/investigaciones_informes.asp)

**Lavarello, D. (2011).** Algunos problemas de salud de la población travesti. In M. d. Rosario, *Aportes para la atención de la salud integral de personas trans desde una perspectiva local*. Experiencia Rosario 2006-2011 (pp. 22-25). Rosario: **DSyETS/ONUSIDA/PNUD/ UNFPA/OPS**.

**Margulies, S., Stival, M., & Name, J. (2010).** *Informe final. Personal de Servicios de Salud Pública*. Retrieved Setiembre 22, 2012, from [www.msal.gov.ar/sida/investigaciones\\_informes.asp](http://www.msal.gov.ar/sida/investigaciones_informes.asp)

**OMS/OPS. (2011, Agosto 1).** *Dirección de Sida y ETS Ministerio de Salud Argentina*. Retrieved Noviembre 11, 2012, from <http://www.youtube.com/watch?v=4-kNAW642vo&feature=plcp>

**Onocko Campos, R. (2003).** *A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas*. En G. Campos, *Saúde Paidéia* (págs. 122-152). São Paulo: Hucitec.

**Unidad de Gestión de Conocimiento- Centro Regional de Servicios del PNUD para América Latina y Caribe. (2012).** *Sistematización para Transferir el Conocimiento*.

**Weller, S., Portnoy, F., & Gogna, M. (2004).** *Exitos médicos, desafíos humanos. Reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH*. Buenos Aires: Secretaría de Salud. GCBA.

## ANEXO – MEDICAMENTOS Y OTROS INSUMOS SANITARIOS

### Medicación necesaria para tener disponible en un centro amigable

**Medicación empírica inicial usada en nuestro país para las diferentes ITS y otras causas de flujo genital. esto podría variar según la microbiología y sensibilidad antimicrobiana de cada lugar.**

Ceftriaxona ampollas o Cefixime comprimidos.

Azitromicina comprimidos.

Doxiciclina comprimidos.

Penicilina Benzatinica ampollas.

Aciclovir/Valaciclovir comprimidos.

Fluconazol comprimidos.

Metronidazol comprimidos.

**Drogas que corresponden a los esquemas de profilaxis antirretroviral post exposición sexual usadas en la Argentina, esto puede necesitar adecuarse según las guías nacionales correspondientes.**

Zidovudina (AZT).

Lamivudina (3TC).

Tenofovir (TDF).

Lopinavir/ritonavir (LPV/r).

Atazanavir/ritonavir (ATZ/r).

Efavirenz (EFV).

### Medicación recomendable para hormonización de personas trans:

#### Trans FM:

Testosterona de depósito (ejemplo Testoviron Depot) 250 mg, una dosis cada 15 días IM.

#### Trans MF:

Se usan tres drogas (estrógenos, finasteride y espironolactona) que se pueden combinar en diferentes esquemas donde se utiliza una sola, dos de ellas o las tres juntas.

**Estrógenos:** Opciones recomendables: comprimidos de estrógenos conjugados naturales (se utilizan en dosis de 0,625 mg 6 comp por día), o **Estradiol benzoato + hidroxiprogeterona** (10+250 mg inyectable 1 por semana).

*De ser posible comprar una sola presentación, se sugieren los inyectables porque producen cambios corporales más rápidos, son más económicos (en nuestro país) y porque presentan menos inconvenientes al tomarlos con antirretrovirales, al evitar el circuito entero-hepático y la intolerancia gástrica.*

**Finasteride:** En dosis de 5 mg comp 1 por día.

**Espironolactona:** Se usan 100 mg por día.

**Análisis de laboratorio necesarios para el seguimiento de las personas trans en el proceso de hormonización (tanto MF como FM);**

(Dado que no son de urgencia, pueden derivarse al centro de referencia si los resultados están dentro de un período lógico).

#### **Análisis generales:**

Hemograma, hepatograma, función renal, electrolitos, coagulograma, uricemia, glucemia, proteinograma electroforético, perfil lipídico.

**Dosajes hormonales:** perfil tiroideo, gonadotrofinas, prolactina, testosterona total y libre.

Los controles de laboratorio se hacen antes de comenzar la hormonación y luego de iniciada al mes, tres meses y luego cada seis meses.

Luego de haber sido extraída la muestra de sangre, los resultados son informados en una semana (aproximadamente).

### **Estudios de laboratorio útiles para tener disponibles en un Centro Amigable:**

**Testeo de VIH:** Test rápido para VIH (2 diferentes, 1 con mayor sensibilidad y otro con mayor especificidad para ser usados en serie) o ELISA para VIH y 1 test rápido.

**Sífilis:** VDRL cuantitativa o test rápido para sífilis.

**Serologías para hepatitis virales:** Ag s HBV, Ac Anticore HBV, IgG anti HCV.

**Análisis generales:** Hemograma, hepatograma, función renal, electrolitos, coagulograma, glucemia, perfil lipídico.

### **Otros insumos necesarios**

#### **Test de embarazo.**

**Anticoncepción de Emergencia** también conocidas como “Pastillas del día después”.

**Preservativos y gel lubricante:** se recomienda ubicar dispensers de libre acceso para estos materiales.

#### **Vacuna anti hepatitis B.**

### **Insumos útiles pero no indispensables**

Colposcopio.

Cultivo de Thayer Martín.

Coloración de Gram.

Hisopos y portaobjetos para Pap cervical y anal.

Ac antiHBs cuantitativo.

IgG antiHAV.

Carga viral para VIH.

Recuento de CD4.

Gammaglobulina anti hepatitis B.

Vacunación antiHAV.



*Al servicio  
de las personas  
y las naciones*

### **Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo**

Centro Regional de Servicios  
Ciudad del Saber, Edificio 128,  
0816-1914, Panamá, República de Panamá  
Tel: + (507) 302-4500 | Fax (507) 302-4551

**Para más información: [www.undp.org](http://www.undp.org)**



*El contenido, opiniones, análisis y recomendaciones que se expresan en este documento, no reflejan necesariamente las del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, su Junta Directiva, ni la de sus Estados miembros.*