

PROTOCOLO

DE ATENCIÓN MÉDICA
CON ENFOQUE EN ORIENTACIÓN
SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO

PROTOCOLO DE ATENCION MEDICA CON ENFOQUE EN ORIENTACION SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO

AUTORIDADES
CENTRO DE INVESTIGACION
EDUCACION Y SERVICIOS (CIES)

Dr. Jhonny Lopez Gallardo
DIRECTOR EJECUTIVO NACIONAL
Dr. Jose Luis Alfaro
GERENTE NACIONAL TECNICO
Lic. Marco Antonio Murillo
GERENTE NACIONAL DE ADMINISTRACION Y FINANZAS

REVISIÓN TÉCNICA CIES

Maria Eugenia Torrico Palacios
RESPONSABLE NACIONAL DE MONITOREO Y EVALUCION
Pahola Peñaranda
RESPONSABLE NACIONAL DE EDUCACION PARA ADOLESCENTES Y JOVENES
Paola Senzano
JEFE MEDICO CIES LA PAZ
Martha Chipana
EDUCADORA INVESTIGADORA
Daisy Flores
ORIENTADORA
Carmen Mamani
ORIENTADORA

REVISIÓN TÉCNICA ADESPROC

Adriana Moncada Avilés
RESPONSABLE DE FORMACION
Saul Antelo Arze
RESPONSABLE DE DDHH E INCIDENCIA POLITICA
Oscar Martínez Torrez
COORDINACION DE PROYECTOS
Juan Antonio Álvarez Yero
COORDINACION DE PROYECTOS

ELABORADO POR

Dra. María Luisa Santivañez Caballero
Lic. Erick Quiroga

Edgar Orlando Meza Quiñones

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Dennis Vásquez

IMPRESIÓN

Impreso en Bolivia
2016



INDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
2. CONCEPTOS CLAVES	9
3. APROXIMACIÓN DE LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACION LGBT	13
4. MARCO DE REFERENCIA SOBRE FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ACCESO PARA LA ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL A POBLACIÓN LGBT	17
5. DERECHOS HUMANOS Y LAS POLITICAS PÚBLICAS	21
6. SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN POBLACIONES LGBT	25
7. PROVISIÓN DE SERVICIOS	31
8. ENCUENTRO EN EL SERVICIO DE SALUD	35
9. EXAMEN FÍSICO	41
10.PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN GENERAL	43
11.ATENCIÓN DE LA SALUD ESPECÍFICA RELACIONADA CON LA AFIRMACION DE GÉNERO	55
12.MANEJO DE LA VIOLENCIA SEXUAL	63
13.BIBLIOGRAFÍA	69



1. INTRODUCCIÓN

La construcción de un protocolo de atención en salud para población GLBT representa un desafío y a la vez un ámbito que debe ser profundizado y perfeccionado progresivamente. Debe tenerse siempre presente la necesidad de un equilibrio entre la diferenciación de la población heterosexual, la existencia de demandas específicas, la capacidad resolutive del servicio y los costos de las prestaciones.

Es en este contexto que el presente documento trata de delinear con la suficiente especificidad las características de un servicio de salud que brinde prestaciones para población LGBT sin ser exclusivo para la misma, lo que sería en sí mismo un factor de exclusión, de ahí que se recuperan perspectivas principalmente basadas en el respeto de los derechos de esta población.

Por otro lado se plantea también una perspectiva de acceso a servicios diferenciados, basados en las necesidades y dificultades que afronta esta población en cuanto a su salud, desde una perspectiva interarticulada y que podría además ser extensiva a otra población que no corresponde al colectivo LGBT en vista de la sostenibilidad del servicio.

Finalmente se examinan aspectos concretos que tienen que ver con la prestación de servicios de salud a esta población.

Es posible que este documento no dé cobertura a toda la gama de demandas y necesidades que puedan ser planteadas desde este segmento población, sin embargo, contiene los lineamientos necesarios para su abordaje y manejo.

2. CONCEPTOS CLAVES

Se presenta a continuación un listado de conceptos clave que tienen que ver con la población LGBT que constituyen no solo un marco de referencia, sino también ayudan a comprender la complejidad inherente a la identidad, sexualidad, diversidad de comportamientos y perspectivas de vida de esta población.

2.1 IDENTIDAD DE GÉNERO

Se refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo de nacimiento. Incluye la vivencia personal del cuerpo y otras expresiones de género que incluyen la vestimenta, el modo de hablar, etc.

Es la identificación que realiza una persona en relación con ella misma en el momento de asumirse en un rol femenino o masculino.

2.1.1 IDENTIDADES DE GÉNERO.

a. **TRANSEXUAL:** Es el término utilizado para describir a una persona cuya identidad de género difiere de su sexo y demás caracteres biológicos.

Estas personas están en desacuerdo con sus genitales y harán todo lo posible por cambiarlos.

b. **TRAVESTI:** Término que se usa para describir a una persona que adopta modismos culturales, vestimenta y manera de arreglarse convencionales del género con el que se identifica, ello puede incluir o no la modificación de su cuerpo.

c. **TRANSGÉNERO:** Describe a las personas que trasgreden los convencionalismos sociales sobre lo femenino y masculino.

- d. **INTERSEXUAL:** Personas que nacen con características biológicas de ambos sexos. En algunos casos las personas intersexuales presentan combinaciones en sus cromosomas y genitales. No se ubican en la definición binaria del sexo biológico hombre/mujer.

2.2 ORIENTACIÓN SEXUAL

La orientación sexual es una atracción constante hacia otra persona en el plano emotivo, romántico, sexual o afectivo que sienten las personas, esta puede ser hacia una persona del mismo sexo o género, de diferente sexo o género o de ambos sexos o géneros.

2.2.1 ORIENTACIONES SEXUALES.

- a. **HETEROSEXUAL:** Persona que siente atracción emocional, afectiva, erótica y sexual por alguien del sexo contrario.
- b. **LESBIANA:** Una mujer que tiene una atracción emocional, afectiva, erótica y sexual por otra mujer.
- c. **GAY:** Un hombre que tiene una atracción emocional, erótica, afectiva y sexual por otro hombre.
- d. **BISEXUAL:** Persona que siente atracción emocional, afectiva, erótica y sexual por alguien de su mismo sexo o del otro sexo.

2.3 HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (HSH)

La expresión HSH con fines epidemiológicos, describe un comportamiento (actividad sexual), más que un grupo específico de personas, y puede aplicarse tanto a los hombres que reconocen ser gays, como a los hombres bisexuales y heterosexuales.

2.4 DISCRIMINACIÓN

Se define como toda forma de distinción, exclusión, restricción o preferencia fundada en razón de sexo, color, edad, orientación sexual e identidad de género, origen, cultura, nacionalidad, filiación política o filosófica, estado civil, condición económica, social o de salud...

2.5 HOMOFOBIA

En la Ley 045 “Contra el racismo y toda forma de discriminación” se define como la aversión, odio, prejuicio o discriminación contra hombres y mujeres homosexuales, también se incluye a las demás personas que integran la diversidad sexual.

2.6 TRANSFOBIA

La misma Ley define a la “Transfobia” como la discriminación hacia la transexualidad y las personas transexuales o transgénero, basada en su identidad de género.



3. APROXIMACIÓN A LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN LGBT

Para la construcción de este apartado, tomamos como fuentes documentales fundamentales: a) Situación de las poblaciones LGBT en Bolivia - Encuesta Nacional 2010 y b) Diversidad sexual, discriminación y pobreza frente al acceso a la salud pública.

De acuerdo a la Encuesta LGBT 2010, del total de la población visible LGBT el 38% sería gay u homosexual, el 27% bisexual, el 26% lesbiana y el 9 % trans.

En términos de edad, el 55,6% se encuentra en el rango de 18 a 23 años, 28,1% en el rango de 24 a 29 años y 10, 3% entre los 30 y 35 años como rangos más significativos, lo que significa que el 94% se encuentra por debajo de los 35 años.

En relación al nivel educativo alcanzado, el 32,8% ha alcanzado el nivel universitario incompleto, el 29% secundaria y el 17,3% universitario completo.

Respecto a empleo el 40,9% trabaja como empleado, mientras que el 29,8% lo hace de forma independiente y el 26,9% no trabaja.

Sobre el nivel de ingresos, el 35,4% tiene ingresos entre los 715 y 1500 Bs, el 26,5% menos de 715 Bs. y el 19,6% entre 1.500 y 3.000 Bs.

En relación a salud, los datos más relevantes son:

a. DISCRIMINACIÓN

- El 85,2% no se ha sentido discriminado en instituciones de salud, mientras el 14,8% si se ha sentido discriminado. Dentro de este total, el 85,1% ha sido mal atendido por el personal de salud (médicos y enfermeras), el 50,6% ha sido mal atendido por personal administrativo y el 37,9% no ha sido atendido por el personal que necesitaba.

- De acuerdo al tipo de población el grupo más discriminado ha sido el gay con un 93,3%, trans con un 91,1% y bisexual con 88,2%.
- Las instituciones donde mayor discriminación se ha experimentado, son el hospital público con el 58,2% y el CDVIR con un 12,1%.

b. VIOLENCIA

- El tipo de violencia que más se experimentó, ha sido la violencia psicológica con un 73,1%, siendo el grupo más afectado el de las lesbianas con un 94,1%.

c. ESTADO DE SALUD

- El 51,3% tiene un buen estado de salud física, el 29,9% un estado regular.
- En cuanto a su salud psicológica, el 40% tiene un buen estado de salud y el 38,8% un estado regular.

Respecto a los datos ofrecidos por la Encuesta Nacional del 2010 sobre población LGBT y especialmente en relación a salud, si bien queda claro que se hace necesario contar con información más actualizada, destaca también que el mismo documento no nos ofrece datos sobre el tipo de necesidades y demandas en salud respecto a esta población, lo que representa un primer nivel de invisibilización y por ende limita la posibilidad de constituir perspectivas de mayor integralidad en términos de propuesta para servicios de salud.

En torno a los datos específicos, si bien se menciona que el 85, 2% de la población LGBT no se ha sentido discriminada en las instituciones de salud, lo que brindaría una perspectiva aparente de superación de las limitaciones y condiciones respecto a este tema, es necesario considerar que en muchos casos esta población oculta su orientación sexual ante los prestadores de servicios de salud, lo que en sí mismo ya se constituye en un factor de discriminación, pero además invisibiliza esta misma situación. Esto hace que este dato en particular deba ser relativizado en cuanto a su significado.

Otros aspectos que deben considerarse son:

- El hecho de que los servicios de salud están pensados y diseñados para población exclusivamente heterosexual, aspecto que representa de manera concreta un sesgo en la posibilidad de brindar servicios desde una perspectiva integral para esta población y que permitiría sin duda el ensanchamiento de la mirada sobre las prestaciones para esta población, así como la propia demanda.
- Ligado a este factor hay que también considerar que los servicios, desde una perspectiva epidemiológica y centrada en la patología, se han centrado en la atención del VIH y las ITS, limitando la posibilidad de tomar en cuenta otras necesidades específicas de esta población (como tratamiento hormonal y transformación del cuerpo para población trans o sexualidad y salud sexual para población GLB respecto a sus patrones de comportamiento sexual).
- En esta misma lectura se debe considerar también el uso generalizado de la categoría Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), que limita la posibilidad de reconocimiento de la orientación sexual y las identidades sexuales, reduciendo y visibilizando solamente un comportamiento sexual específico.
- Aún más preocupante es que la población LGBT ha incorporado en su propia perspectiva sobre salud esta mirada, así por ejemplo en un grupo focal desarrollado para la construcción del presente documento, las y los participantes se centraban en describir sus demandas en salud como relacionadas de manera directa al VIH y las ITS.
- De la misma manera, no existen protocolos específicos de atención para esta población, que además consideren la diversidad de demandas y necesidades.

Los elementos que hemos mencionado de manera sucinta en los anteriores apartados, son algunos de los aspectos clave que deben considerarse al momento de establecer un marco contextual respecto a la prestación de servicios de salud para la población LGBT



4. MARCO DE REFERENCIA SOBRE FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ACCESO PARA LA ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL A POBLACIÓN LGBT

4.1 DISCRIMINACIÓN

En su generalidad, tomando en cuenta la estructura patriarcal de nuestra sociedad, los estilos de crianza y socialización generados a partir de esta estructura que privilegia y garantiza la expresión de la heterosexualidad, podemos decir que todas las expresiones de sexualidad, orientación sexual e identidad sexual que no encajen en esta perspectiva, de hecho serán objeto de discriminación. De ahí que quienes sufren de manera directa estos procesos, son precisamente quienes pertenecen a la población LGBT.

En términos de salud la OPS sostiene que estos factores de discriminación, especialmente los prejuicios, intolerancia, odio y en general la falta de mayores mecanismos de inclusión tienen efectos negativos sobre la salud de lesbianas, gays, bisexuales y trans (LGBT) y generan obstáculos para su acceso a servicios de salud. En ese contexto, la homofobia y la transfobia deben considerarse problemas que limitan el bienestar y la inclusión de la población LGBT incluyendo de manera negativa sobre las condiciones y estado de su salud, tanto física como psicológica.

Por otro lado estos mismos procesos de discriminación, exponen a la población LGBT a condiciones deficitarias para acceder a educación, empleo y mejores oportunidades en general, lo que en muchos casos repercute sobre su situación económica, orillándolos a los márgenes de la pobreza y por ende a condiciones de salud más precarias.

4.2 REVELAR LA ORIENTACIÓN SEXUAL O IDENTIDAD DE GÉNERO

El hacer de conocimiento de otros y otras, la orientación sexual o identidad de género (fuera del eje heteronormativo), es un paso complejo, pues está ligado de manera general al hecho de “salir del closet”.

En el caso de los servicios de salud poder brindar esta información a las y los prestadores de salud, debería constituirse en un factor que ayude a tener un contexto de mayor integralidad para la prestación del servicio y que se genere mayor sensibilidad respecto a las necesidades más específicas de la persona LGBT que consultan. Sin embargo, considerando que el camino recorrido en términos de reducción de la discriminación, así como la sensibilización a los y las prestadoras de servicio y los prejuicios existentes en una sociedad con estructura patriarcal respecto a la población LGBT la revelación de esta información podría ser contraproducente.

En términos del servicio como tal, esto nos plantea la necesidad de contar con personal especializado y sensibilizado técnicamente, con disposición para trabajar con esta población y la generación de filtros necesarios que permitan dar a la persona LGBT la mejor atención posible.

4.3 EL PAPEL DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Actualmente, los sistemas de salud destinan gran parte de sus recursos técnicos y económicos a la infancia y las mujeres embarazadas, y las necesidades y las demandas de grupos en situación de vulnerabilidad no son abordadas de manera adecuada.

La posibilidad de brindar servicios de salud para población LGBT supone la convergencia y consideración de los siguientes elementos esenciales:

- a. **Disponibilidad:** Implica la generación de una oferta razonable de servicios de salud para población LGBT adecuada a sus necesidades, características en términos de orientación e identidad de género y con personal sensibilizado y capacitado.

- b. **Accesibilidad:** Los servicios deben ser física y económicamente accesibles para todas las personas, incluyendo a la población LGBT sin discriminación por motivos de “raza, color, sexo, idioma, religión, ideología política, origen, posición económica, nacimiento, discapacidad física o mental, estado de salud, orientación sexual, y cualquier otra condición, que tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el disfrute o el ejercicio pleno del derecho a la salud”. Adicionalmente, la accesibilidad comprende el derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas sobre temas de salud.
- c. **Aceptabilidad:** Los servicios deben tener en cuenta la ética médica, bioética y deontología, ser respetuosos de la cultura de las personas, la diversidad y las comunidades en su conjunto, y sensibles a las necesidades de género.
- d. **Calidad:** Los establecimientos, bienes y servicios deben ser de calidad, así como técnica y médicamente apropiados.



5. DERECHOS HUMANOS Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

A continuación presentamos una síntesis que respalda el derecho a la salud de la población LGBT así como su acceso a servicios de salud.

5.1 NORMATIVA INTERNACIONAL

Los avances a favor de los derechos de estas orientaciones e identidades se producen en los siguientes hechos y normas:

- 1948: Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículos 2 y 7.
- 1969: Convención Americana de Derechos Humanos, artículos 3 y 24.
- 1973: La American Psychiatric Association (APA) elimina el diagnóstico de homosexualidad de la lista de trastornos sexuales y establece que ésta no requiere tratamiento médico.
- 1979: Primera marcha gay (Washington D.C., EE UU).
- 1988: Suecia es el primer país en aprobar una ley que protege a los homosexuales respecto a impuestos, seguridad social y herencia.
- Es el punto de partida hacia la legalización de las uniones del mismo sexo.
- 1992: La OMS elimina la homosexualidad de la lista de trastornos mentales.
- 1995: Suecia legaliza las uniones del mismo sexo (alianzas registradas).
- 2000: La Declaración de Santiago de Chile reconoce que la discriminación por orientación sexual es una realidad en nuestra región.
- 2001: Holanda es el primer país en reconocer el matrimonio gay.
- 2002: Suecia legaliza la adopción de hijos por parejas del mismo sexo.
- 2006: Tiene lugar la Conferencia Internacional de Derechos Humanos LGTB en Canadá. Se inicia la aceptación de matrimonios gay en Sud-áfrica y en la República Checa y se introduce su unión civil en México.
- 2006: Adopción de los principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género (Principios de Yogyakarta), no ratificados ni adoptados por Bolivia porque no tienen carácter vinculante.

- 2007: Las altas autoridades del MERCOSUR emiten una declaración recomendando “Tomar decisiones y acciones políticas que terminen definitivamente con el hostigamiento, la discriminación, persecución y la represión de las fuerzas de seguridad hacia las personas LGTB, especialmente hacia las personas trans, en cada país”.
- 2008: La Organización de Estados Americanos (OEA) aprueba la resolución AG/RES 2435, que manifiesta su preocupación por los actos de violencia y violaciones de DD HH cometidos contra individuos a causa de su orientación sexual e identidad de género.
- 2008: Declaración de las Naciones Unidas sobre orientación sexual e identidad de género.
- 2009: La OEA aprueba la resolución AG/RES 2504 sobre los Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género, que condena la violencia y las violaciones de los DD HH por causa de la orientación sexual e identidad de género e insta a los gobiernos a asegurar la protección adecuada.
- 2010: El 16 de noviembre, la ONU decide no proteger a los homosexuales de las ejecuciones extrajudiciales y arbitrarias. Bolivia no asistió a la votación (ADESPROC 2010) el 21 de diciembre en la ONU. A pedido de EE UU, la ONU reconsidera la medida anterior y aprueba la protección a los homosexuales de ejecuciones extrajudiciales y arbitrarias. Bolivia votó a favor.

5.2 NORMATIVA NACIONAL

- 2009: La promulgación de la nueva Constitución Política del Estado, con sus artículos 14, numerales I, II y III, y 66, que hacen referencia al tema.
- 2008: El Plan de Acción de Derechos Humanos 2008-2013 del Viceministerio de Justicia y Derechos Humanos. Este documento incluye el apoyo a los Principios de Yogyakarta.
- 2010: La Ley N° 045 Ley contra el Racismo y toda forma de Discriminación.
- 2011: El reglamento de la Ley contra el Racismo y toda forma de Discriminación.
- 2016: La Ley N° 807 Ley de Identidad de Género.

Un análisis específico de la normativa boliviana desde la perspectiva de los derechos de las poblaciones LGBT evidencia que estos avances son insuficientes, y que aquella todavía tiene contenidos que vulneran sus derechos, como sucede

con la CPE, el Código de Familia, el Código Penal y normativas municipales (Fundación Igualdad 2009).

La ejecución del Plan de Acción de Derechos Humanos 2008-2013 (Viceministerio de Justicia y Derechos Humanos 2008) requiere de apoyo estadístico y de información actualizada que justifique y sostenga el diseño y la aprobación de normas que hagan realidad los Principios de Yogyakarta en Bolivia. El Plan contempla acciones para resolver problemáticas como el derecho sucesorio, el derecho al cambio de nombre en los documentos de identidad, la unión civil, la lucha contra la discriminación y la violencia en las instituciones educativas y de salud, en las fuentes de trabajo, la policía, las instituciones de la justicia y otras. Sin embargo, faltan políticas explícitas contra la discriminación hacia las poblaciones LGBT y sus manifestaciones, como la homofobia y la transfobia.

Ningún gobierno ha aportado significativamente para detener la homofobia en la sociedad. Si bien la Ley N° 045 y su reglamentación son avances iniciales, falta aún alcanzar los objetivos del Plan de Derechos Humanos y, lo más importante, lograr un cambio sustancial en la actitud homofóbica de la sociedad boliviana, sobre todo en los espacios educativos, de salud, empleo y justicia. No existen indicadores cuantitativos respecto al grado de homofobia en Bolivia y su medición es imperiosa para contar con puntos de partida para un mejoramiento futuro.

Existe la posibilidad de que los derechos a conquistarse no sean garantizados únicamente por la vía legal, tomando en cuenta el entorno de exclusión y violación de derechos humanos que se ejerce actualmente en la sociedad boliviana. Según Díaz, Ayala et al. (2001) la marginación, la pobreza, la falta de acceso a educación, salud y protección, así como la falta de reconocimiento a las identidades, son violaciones de los derechos de las poblaciones LGBT. Esta situación conlleva una dimensión estructural, de modo que, además de los cambios normativos, es imperativo un cambio estructural de la sociedad boliviana para eliminar las condiciones de discriminación, negación de derechos y desigualdad.



6. SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN POBLACIONES LGBT

La Organización Mundial de la Salud define a la salud sexual y reproductiva como el estado de bienestar físico, mental, emocional y social en relación a la sexualidad; no sólo es la ausencia del estado de enfermedad, disfunción o mala salud. Se necesita tener una visión positiva e individualizada de la sexualidad y las relaciones sexuales, así mismo la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia.

Por tanto debe ser vista como parte de la condición humana, que tienen todos, al ejercicio de su sexualidad y que el Estado debe garantizar, para todos los ciudadanos.

La diversidad sexual es entendida como las diferentes sendas que tienen las personas para vivir y expresar su sexualidad, las personas pueden ser heterosexuales, gays, lesbianas, bisexuales o trans, pero sus prácticas sexuales conductas y comportamientos no deben ser supuestos, esto es lo que no permite tener un diálogo real y concreto entre el personal de salud y el cliente del servicio.

Habitualmente, los profesionales en los servicios de salud dan por sentado la heterosexualidad de los usuarios, lo que conlleva que en ocasiones, tanto lesbianas como gays y bisexuales dejen pasar este hecho por miedo a la discriminación, esto puede llevar a un diagnóstico errado.

Si bien es imposible determinar de antemano los cuidados apropiados para cada población, es preciso garantizar una correcta atención para todos, con un enfoque integral, mediante una escucha atenta y desprejuiciada, presuponiendo que las prácticas sexuales son múltiples y dinámicas. No se trata de imponer o limitar las experiencias sino de administrar información apropiada para la toma de decisiones, tendiendo a la prevención de las ITS y

VIIH, prevención de embarazos, fertilización, control prenatal, parto y puerperio, atención ginecológica, tratamientos hormonales y quirúrgicos. De esta manera se promoverá la salud sexual y reproductiva como un derecho real.

Todas las personas tienen “derecho a vivir una vida libre de violencia o discriminación a causa de su orientación sexual o identidad de género, lo cual implica derecho a la vida, a la libertad a la seguridad, el derecho a la intimidad, la prevención de la tortura o a otros tratos crueles e inhumanos o degradantes, asesinatos, violaciones o a otros tipos de violencia física o psicológica”.

Por otro lado, toda situación de exclusión, distinción o restricción, cuyo objetivo es la anulación o el menoscabo de la igualdad ante la ley o de la igual protección por parte de la ley o del reconocimiento o goce o ejercicio, en igual condiciones de los derechos humanos y las libertades fundamentales se denomina discriminación.

La discriminación se puede dar en todos los ámbitos en los que transcurren las personas LGBT, en su quehacer diario, tanto en los ámbitos públicos o privados.

6.1 DISCRIMINACION Y VIOLENCIA HACIA LA POBLACION LGBT, EN EL SISTEMA DE SALUD.

Todas las personas tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de su orientación sexual o identidad de género, siendo este un derecho.

En los sistemas de salud la discriminación y la violencia hacia las personas LGBT se hace presente, por actitudes o acciones concretas que frenan o dificultan su acceso, la permanencia y la correcta atención, con base en la orientación sexual o la identidad de género de los usuarios de los servicios de salud, que se visualizaron tanto en los grupos focales como en bibliografía revisada nacional como internacional.

Para la elaboración de este apartado, hemos recurrido a un estudio desarrollado en Colombia, el cual grafica parcialmente no sólo las barreras de acceso para esta población sino también algunas de sus necesidades específicas en salud.

Estos aspectos son de relevancia, en la medida que orientan al personal de salud en torno a la atención que se puede prestar.

Autoexclusión de los servicios por temor a la discriminación.

- La configuración del sistema de salud y sus políticas excluyentes, poco sensibles a las necesidades en salud de estas personas, estando los servicios diseñados desde una perspectiva heteronormativizada.
- El estigma y la discriminación asociados a la orientación sexual e identidad de género, problemas administrativos, mala calidad de los servicios, falta de personal capacitado y sensibilizado, largos tiempos de espera y tiempos de atención cortos.
- Se identificó que las personas LGBT que revelan su orientación sexual a los profesionales de salud, tienen más probabilidad de ser discriminadas en los servicios, lo que plantea la identidad de género y la orientación sexual como factores que influyen en el acceso a los servicios.
 - » La visibilización o invisibilización de la orientación sexual o la identidad de género, que las identifican como una manera de exclusión.
 - » Procedimientos burocráticos y administrativos que dificultan el acceso al Sistema.
 - » Falta de conocimiento del personal de salud sobre orientación sexual e identidad de género, sobre todo de las personas trans.
 - » Patologización de las orientaciones sexuales o identidad de género.
 - » Poco o ningún respeto a la confidencialidad, a la intimidad y el derecho a la información.
 - » Presunción de heterosexualidad en la atención médica.
 - » Prejuicios, mitos y creencias sobre la comunidad LGBT, que se convierten en prácticas discriminatorias.
 - » Falta de servicios capacitados en los cuidados de la SS y SR de las personas LGBT.
 - » Falta de conocimientos en derechos reproductivos que restringen el acceso a las paternidades o maternidades.

6.2 BARRERAS ESPECÍFICAS

a. DISCRIMINACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD HACIA MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES.

La presunción de heterosexualidad, bajo modelos de salud sexual y salud reproductiva heterosexistas y la invisibilidad genera barreras en la atención ginecológica obstétrica y otros servicios integrales, ocasionando diagnósticos imprecisos y prejuiciosos en sus tratamientos. Así mismo pueden darse preguntas incómodas, aseveraciones invalidantes, abordajes desde la patologización, que se convierten en obstaculizadores para la prevención de las ITS, VIH-SIDA, cáncer de mama y cervicouterino y la orientación de las maternidades lésbicas.

b. DISCRIMINACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PARA CON HOMBRES GAYS O BISEXUALES

Para los gays, las barreras se relacionan con desconocimiento de derechos, estigmatización asociada a la infección por VIH y la discriminación asociada a los prejuicios sobre las diversidades sexuales.

Al igual que en el grupo anterior, la suposición de heterosexualidad hace que en ellos no se efectúen exámenes de próstata y colon, para diagnóstico de cáncer. En los servicios de urología y proctología es poco el acceso a penescopía y PAP anales, ya sea por desconocimiento de la condición o por falta de insumos. Así mismo a la información relacionada a la salud reproductiva, relacionada a la no presunción de paternidad.

Para los bisexuales, la principal barrera se asocia con la autoexclusión a partir de la no revelación o negación de la orientación sexual o identidad de género.

c. DISCRIMINACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD HACIA PERSONAS TRANS

La discriminación basada en la identidad de género, en todos los servicios sanitarios las personas trans se sienten amenazadas, y se convierte en la barrera de acceso al sistema.

Las mujeres trans tienen derecho a recibir información y atención integral, dirigidas a orientar y realizar terapias hormonales y quirúrgicas, atención ginecológica, urológica y endocrinológica apropiada para garantizar los cuidados y controles necesarios. En los casos de intervenciones quirúrgicas efectuar supervisiones a las afecciones derivadas de siliconas industriales y tratamientos hormonales. Además es necesario orientar en temas asociados al trabajo sexual y la infección por VIH-SIDA, y la violencia generalizada.

Para los hombres trans la principal barrera es su invisibilización en todos los contextos, incluidos los servicios de salud, tienen derecho a recibir información y atención apropiada, quienes optan por operaciones de reasignación sexual, a recibir atención ginecológica y endocrinológica para garantizar los tratamientos, la realización de PAPs y colposcopia.

Al parecer el estigma y la discriminación en los servicios de salud, afecta más a las personas trans, si se compara con los otros grupos.



7. PROVISIÓN DE SERVICIOS

La atención a la población LGBT debe enmarcarse en el respeto a los Derechos Humanos y la Constitución Política del Estado Plurinacional y la Ley 045 "Contra el Racismo y Toda Forma de Discriminación", esta atención requiere de un conjunto de habilidades, actitudes y comportamientos adecuados que hacen la diferencia entre servicios de alta calidad y servicios diferentes, no solo se requiere tener conocimiento acerca de las condiciones específicas de salud, sino también la incorporación de la **competencia cultural** a los fundamentos de la atención específica para las personas LGBT joven y adulta.

Una actitud apropiada y la creación de un clima de respeto, empatía y solidaridad son principios que deben guiar los procesos de atención en cualquier ámbito, sobre todo en salud.

Existen dos **principios fundamentales** que no debe olvidarse cuando se atiende pacientes, sobre todo LGBTs.

Respetar la identidad de género manifestada por la persona consultante y usar sus apellidos y terminología que corresponda a su identidad de género u orientación sexual.

La diversidad de las personas LGBT que requieren atención en salud está conformado por una gran variedad de personas de diferentes edades, razas y etnias, orientaciones sexuales, niveles socio-económicos y educativos.

No tratar a las personas LGBT como si sólo fueran "un cuerpo"

En ocasiones, sus cuerpos no coinciden con su orientación sexual o identidad de género, algunos pueden o no haber pasado por los tratamientos médicos para afirmar sus géneros o quieren hacerlo, muchas personas Trans no se identifican

con los términos “transgénero” o “transexual”. El proveedor de salud no debe asumir que todas las personas LGBT tienen las mismas actitudes, comportamientos, creencias, experiencias o comprensión de su identidad.

En el sistema de salud público, la entrada para la atención es el primer nivel, por tanto los médicos generales debieran ofertar atención clínica con un enfoque intercultural adecuado, esta falencia en el abordaje hace que en muchos casos las personas LGBT no accedan a estos servicios para el cuidado de su salud, siendo la emergencia la razón de acceso, por tanto otro servicio que requiere modificación de la actitud de servicio sin discriminación es emergencias.

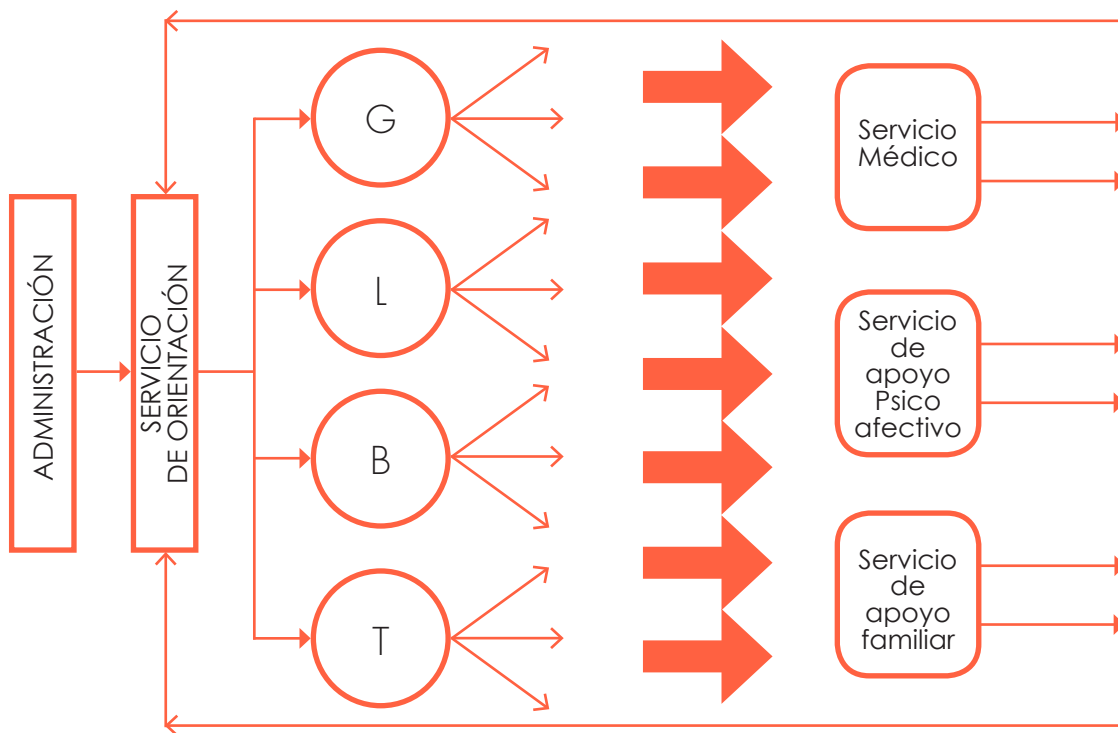
7.1 INFRAESTRUCTURA Y ÁMBITOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL

Un entorno de salud culturalmente competente no requiere muchas transformaciones, los más importantes son:

- Carteles, afiches o referencias en la sala de espera, en los pasillos y en los consultorios que hagan referencia a las personas LGBT que ayuden a las personas trans y a sus familias a sentirse más a gusto y seguros.
- Baños adecuados para dar cabida a personas con diversas identidades y expresiones de género, por tanto es necesario incluir baños unisex.
- Contar con un servicio de orientación que al mismo tiempo sirva para hacer el triaje y/o el acompañamiento según el caso. Los formularios clínicos deben permitir la referencia a más de dos géneros, incluir un espacio para el “nombre preferido” además del nombre legal.

7.2 COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN (FLUJO DE ATENCIÓN)

El modelo de Salud para otorgar servicios a todas aquellas personas que requieren atención, debe organizarse, esto significa: definir los pasos que seguirá el paciente desde que ingresa al servicio, hasta que culmina su atención, esto debe ser organizado y definido por el propio personal, de acuerdo a los servicios ofertados y la capacidad instalada. En los grupos focales realizados para la construcción de éste documento se pudieron identificar necesidades específicas, que permiten sugerir el siguiente esquema, que podrá ser modificado de acuerdo a cada centro de salud.



7.3 PERFIL DEL PRESTADOR/A

En la revisión bibliográfica para la elaboración del protocolo, no se encontró un perfil específico, todos estaban relacionados a la capacitación y la competencia profesional, sin embargo en los grupos focales realizados estos fueron los requerimientos y/o características identificadas.

- Personal capacitado y con criterio amplio.
- Búsqueda de ampliar sus conocimientos
- Jovial, empático y solidario.
- Capacidad de brindar un trato cordial
- Capacitación permanente, se espera que sea anual
- Paciente, con capacidad de escucha
- Capaz de identificar y comprender la realidad individual

- Capacidad profesional
- Libre de discriminación y estigmas
- Vocación de servicio

Con conocimiento de las Leyes que hacen referencia a una atención sin discriminación, vigentes en el país.

Además de todo ello, la solicitud de todos fue que la contratación del personal en los servicios de salud sea con un test psicológico.

7.4 MANTENER BUENAS RELACIONES INTERPERSONALES

- Es importante ofrecer buen trato a todos los usuarios en general.
- El personal debe mostrar interés, respeto, amabilidad para que las y los usuarios LGBT se sientan cómodos y puedan sentirse en confianza.
- Es imprescindible que el prestador de servicios pueda salvaguardar los derechos de los usuarios, a la confidencialidad, el respeto y la intimidad de la población LGBT.

7.5 ACCESIBILIDAD

- Para favorecer el acceso, es necesario eliminar barreras, estas son frecuentemente prejuicios y actitudes de las y los prestadores de servicios hacia los usuarios LGBT.
- Otra barrera frecuente, es la cantidad de trámites burocráticos para la atención, que dependen más de la organización en los diferentes centros, tiempos de espera muy largos junto a otros usuarios que los discriminen, etc. Estos aspectos hacen que la motivación decaiga y el o la cliente LGBT no regrese al centro.
- La tercera barrera que se identifica con frecuencia está referida a la atención a usuarios PVV, por la que se exagera en la bioseguridad (barbijo, doble guante, uso de productos de bioseguridad como el alcohol gel, en casos extremos lavandina cuando aún está el usuario en el consultorio).
- Es necesario promover en la comunidad LGBT los servicios de atención disponibles.

8. ENCUENTRO EN EL SERVICIO DE SALUD

8.1 PRIMER MOMENTO – IDENTIFICACIÓN/ORIENTACIÓN Y/O ACOMPAÑAMIENTO

Para construir este apartado se han realizado muchas revisiones bibliográficas, encontrándose diferentes estrategias que se han ido asumiendo para el acompañamiento a las personas LGBT en los servicios de salud. ¿Cuál es la razón de hacer hincapié en ello? En los grupos focales ésta fue una de las necesidades más sentidas por los participantes.

En varios servicios, el acompañamiento está dirigido a mejorar el flujo del paciente dentro del espacio de salud, para que ellos se sientan cómodos y confiados en la atención, sin embargo, nuestros sistemas no podrían hacer frente, por el costo que significa contratar a este personal, por esta razón es que se hace preciso definir cuáles deberían ser las características mínimas.

- El objetivo es ante todo informativo, de identificación y canalización de la demanda de la persona LGBT para derivarla al lugar específico donde se resolverá la demanda del usuario.
- Gráficamente podría decirse que implica la asignación de la ruta para la cobertura de la demanda del usuario, con la finalidad de acortar los tiempos, que no debería superar los 30 minutos.
- Quien brinda la orientación, remite al usuario al servicios específico donde será atendido, utilizando una nota de remisión donde se especifican los datos generales de la persona, así como el motivo específico de su consulta y de ser necesario su orientación o identidad de género, Las áreas de remisión son: a) Servicio médico, b) Servicio de apoyo psicoafectivo y c) Servicio de apoyo familiar.
- Establece la interacción inicial entre el servicio y el usuario, donde entran en juego aspectos relacionados a la percepción e interpretación de las

necesidades. Por tanto este personal necesita un nivel de capacitación adecuado, así como el conocimiento y comprensión de las características de la población LGBT.

Siendo estos los objetivos podría ser útil un orientador, que ayude, dirija, a la persona LGBT como es el caso en los servicios CIES.

La llegada de una persona LGBT al servicio de salud, sea esta por primera vez o por reconsulta debe cumplir tres requisitos indispensables:

FÁCIL

CÓMODO

AMIGABLE

Por estar en la línea, la actitud del personal de portería y recepción es de vital importancia en la percepción de la calidad del servicio, incluido el personal de limpieza, por tanto ellos también requieren ser capacitados para demostrar respeto y consideración a todos y todas los usuarios que acceden al establecimiento. En lo posible la capacitación debe incluir aspectos relacionados al ejercicio de los derechos.

A tomar en cuenta que los que están en la “primera línea” de un servicio son “actores claves”, ya que su actitud será considerada como un reflejo de la calidad global del servicio.

El personal de recepción son quienes interactúan con los usuarios, en esta primera línea, por tanto pueden ser considerados como la “cara del servicio”, su trato debe ser empático, respetuoso, cálido y paciente, éste es el espacio de primer tamizaje de los usuarios de los servicios.

A continuación se detallan algunas acciones que no se deben hacer:

QUE NO SE DEBE HACER:	EJEMPLOS:
Hacer sentir menospreciado o humillado	Usando su nombre legal Revelando información confidencial
Crear un clima de desconfianza e inseguridad	No dando información solicitada Teniendo una actitud de desprecio o burla. Maltrato
Preguntar el motivo de consulta en la fila	Tienes flujos, granos en tus genitales?
La manifestación de prejuicios o comentarios inapropiados	Asociar a la práctica sexual con ITS, VIH/Sida.

El primer paso para la evaluación clínica debe incluir preguntas fundamentales sobre la identidad de género y la orientación sexual, es importante para lograr una comunicación efectiva que el proveedor no haga suposiciones, es preferible preguntar.

Por estas razones se sugiere que la Historia Clínica incluya algunas preguntas que permitan identificar estos y otros datos relevantes a la hora de la atención propiamente dicha. En los grupos focales esta fue una de las demandas, por los participantes.

A continuación se propone un modelo que puede aplicarse en el servicio de salud.

1. ¿Cuál es su identidad de género?

(Subraye *TODAS* las opciones que crea necesarias)

Masculina

Femenina

Mujer Trans

Hombre Trans

Travesti

Transgénero

Intersexual

Otra categoría (por favor
especifique) _____

2. ¿Cuál es su orientación sexual? (Subraye la opción que crea
necesarias)

Gay

Lesbiana

Bisexual

Heterosexual

3. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? (Subraye solo una opción)

Hombre

Mujer

Instrumento modificado de "Por la salud de las personas Trans" Elementos para la atención integral de personas Trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. 2011.

El médico tratante llena esta boleta separada que se incorpore una vez llenada por el usuario del servicio, esto con la finalidad de evitar hacer las preguntas en la ventanilla de admisión.

8.2 SEGUNDO MOMENTO – ATENCIÓN/RESOLUCIÓN DE LA DEMANDA - ATENCIÓN EN EL CONSULTORIO

8.2.1 OBJETIVOS

El objetivo es de atención y resolución de la demanda específica del usuario LGBT es decir ofrecer una respuesta clara y eficaz a la necesidad expuesta.

Esta etapa de la atención implica el acceso a los servicios específicos:

- a. Servicio médico: Donde la prioridad es la resolución de necesidades de tipo orgánico, biomédico. En este caso pueden abordarse demandas como ITS, VIH/SIDA, cirugía para modificaciones corporales, tratamiento hormonal, así como otras demandas de índole general que deben ser tratadas de acuerdo a protocolos, como a todas las otras personas.
- b. Servicio de apoyo psicoafectivo: Donde la prioridad es la atención de dificultades y problemas psicológicos y afectivos. En este contexto se podrá acordar aspectos relacionados a la identidad de género, orientación sexual, identidad sexual, relación de pareja, relaciones sexuales con personas del mismo sexo.
- c. Servicio de apoyo familiar: En este ámbito la prioridad es la atención de problemas y dificultades que tiene que ver con la familia y relaciones familiares de la persona LGBT. Puede incluir aspectos que tienen que ver con la identidad de género, orientación sexual, identidad sexual y familias conformadas por personas del mismo sexo.
 - Sobre estos servicios específicos, debe comprenderse que todas las dificultades y problemas humanos tienen componentes físico – orgánicos, psicológicos, afectivos, comportamentales, que tienen alguna repercusión sobre el entorno de la persona, en este caso particular la familia. De ahí que deba comprenderse que la determinación de la ruta de acceso se define de acuerdo a la predominancia de uno de los ámbitos de acuerdo a la demanda y relato de la persona LGBT.
 - En el caso del servicio médico, está claro que se necesita de una persona con formación en el área de salud. Para los servicios de apoyo

psicoafectivo y apoyo familiar, debería contarse con alguien con formación en psicoterapia y psicoterapia familiar.

- En caso de interconsulta, esta posibilidad siempre es viable en función de la complejidad de la situación a ser resuelta.
- Respecto a la atención o identificación de la ruta de atención de acuerdo a la orientación sexual o identidad de género de la persona LGBT es necesario comprender que este criterio no es el de mejor viabilidad. En función de que la filosofía y perspectiva del servicio depende de su capacidad resolutive, no así de la orientación o identidad sexual de las personas, pues este criterio generaría un ámbito de discriminación inicial innecesaria. Esto implica, sin embargo, que el personal debe tener conocimiento suficiente, sensibilización y capacitación en torno a las características de la población LGBT

Ligado al punto anterior, y en términos de gestión del servicio, no existe un grupo de demandas en salud que respondan a la población gay, lésbico o bisexual, que determine la necesidad de un abordaje exclusivo o totalmente distinto, lo que representaría además para el propio servicio un incremento en sus costos por el nivel de especificidad. Es posible que la población trans demande el asesoramiento y la provisión de servicios de acceso y cirugía relacionadas al cambio de las características físicas, siendo una demanda particular.

9. EXAMEN FÍSICO

Aunque parezca contradictorio, el examen físico debe ser pertinente a la anatomía que se observa y no al género o la identidad de género declarada, sin embargo, hay que referirse y tratar a la persona según su género expresado. Esto quiere decir: si hay tejido mamario, realizar el examen de mama rutinario, por ejemplo si la persona se identifica como siendo del género masculino, relacionarse con él como hombre.

En exámenes post operatorios a mujeres trans, el examen de próstata seguirá siendo necesario. Si el útero y el cérvix se encuentran presentes en un hombre trans debe hacerse exámenes pélvicos y PAP de manera regular.

ESTOS EXÁMENES DEBEN SER REALIZADOS CON SENSIBILIDAD HACIA EL GÉNERO MANIFESTADO POR LA PERSONA.

EL ABORDAJE CLÍNICO DEBE ESTAR SIEMPRE CENTRADO EN EL/LA USUARIO/A



10. PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN GENERAL

La prevención es una de las maneras más importantes de autocuidado, debería constituirse como parte de la rutina diaria para todas las personas, entre las que se encuentran las poblaciones GLBT.

Es importante recordar a los prestadores de servicio que el Ministerio de Salud boliviano, reglamenta el manejo a nivel nacional de las patologías clínicas, debiéndose enmarcar la atención clínica en base a las Normas Nacionales de Atención Clínica (NNACs). En el presente apartado solo se especificarán algunas particularidades con relación a algunos grupos específicos en la población LGBT, que son expuestos a continuación. En los otros casos se debe buscar referencias en el documento normativo.

NECESIDADES ESPECÍFICAS

- Para las mujeres lesbianas y bisexuales, se encuentra mayor riesgo para cáncer y enfermedades cardiovasculares, esto en relación a que consumen con mayor frecuencia alcohol y cigarrillos, mayores niveles de obesidad, menor frecuencia de citología vaginal en comparación con las mujeres heterosexuales, mayor probabilidad de cáncer de mama y cáncer cervicouterino, asociado al virus del papiloma humano, que puede transmitirse de mujer a mujer en una relación sexual.
- En relación con las personas bisexuales, tanto en hombres como en mujeres, se ha identificado muchos factores de vulnerabilidad relacionados con su invisibilidad social y política, además de ser considerados dentro del grupo de población LGBT los de más difícil abordaje, dado que la mayoría no asume una orientación bisexual, quizá porque existe mayor discriminación hacia este comportamiento, son rechazados por las población heterosexual, pero también por gays, o lesbianas.

- Dentro de las necesidades en salud, de las personas transgénero se han identificado VIH/SIDA, depresión, el suicidio, sentimientos de vergüenza y aislamiento, la necesidad de autoafirmación, uso de drogas ilegales, la violencia, el desconocimiento de los derechos en salud, el estigma y la discriminación asociados a la identidad de género en el contexto de los servicios de salud, la falta de preparación de los profesionales de la salud, el temor a recibir resultados positivos para la infección por VIH y la mala calidad de los servicios.
- La situación de los hombres gay, se ha marcado por la epidemia de la infección del VIH, lo que aumenta la discriminación y el estigma, lo que suele impedir que los hombres accedan a los servicios básicos para prevenir y tratar el VIH.

Una atención integral requiere la oferta de información para mantenerse sano, orientar en el autocuidado es importante, por esta razón que en este apartado se haga hincapié en áreas de especial consideración y que deben ser informados y conversados con todos los usuarios que acuden a consulta, para alcanzar el más alto impacto en el bienestar de las personas LGBT.

a. ALIMENTACIÓN Y ESTILOS DE VIDA.

Por mantener una anatomía delgada muchas personas LGBT pueden presentar trastornos de la alimentación como anorexia y/o bulimia, otras para lograr una anatomía que concuerde con su identidad de género (masculino) consumen mayor cantidad de alimentos ricos en carbohidratos (obesidad), lo que les significaría también una elevación del colesterol, con un alto riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Orientar, que el uso de vitaminas y otros complementos nutricionales deben ser consumidos por indicación de los profesionales de la salud, además se debe hacer también hincapié con cualquier tipo de medicamento.

Todo extremo es peligroso, por tanto el sedentarismo o el ejercicio excesivo pueden afectar su salud.

b. INMUNIZACIÓN

La mayor parte de las vacunas recomendadas no son específicas según el sexo, por lo tanto, son las mismas para cualquier persona, ofertar las vacunas disponibles en el sistema hepatitis B, meningococo, tétanos, influenza.

c. SALUD MENTAL

Este tema es importante identificar en la población LGBT la ansiedad y la depresión, incluyendo los pensamientos e intentos suicidas, son frecuentes, se asocian con el estigma y la discriminación. El apoyo familiar y entre pares, junto con el orgullo por su identidad pueden ser factores protectores. Por tanto una evaluación de salud mental es importante.

El personal de salud debe saber reconocer manifestaciones de "la ideación suicida", para evaluar el riesgo de suicidio:

SIGNOS DE RIESGO DE SUICIDIO

Depresión
Ideación suicida
Uso de sustancias
Falta de objetivos
Ansiedad
Desesperanza
Aislamiento
Ira
Imprudencia
Cambios en el estado de ánimo

Si se identifica por lo menos cuatro de los anteriores signos es importante derivar al/el paciente al servicio de psicología.

SIGNOS DE RIESGO AGUDO DE SUICIDIO

Hablar sobre la muerte
Amenazar con quitarse la vida
Buscar formas de cometer el acto
(comprar pastillas, venenos o pistola)
Hablar o escribir sobre la muerte o
sobre quitarse la vida.

En presencia de estos signos, el/la paciente debe ser transferido/a urgentemente a un servicio de salud mental.

Otro trastorno frecuente es la depresión, los signos son:

SIGNOS DE DEPRESION

- Estados de ánimo depresivos persistentes
- Incapacidad de experimentar placer (anhedonia)
- Ideación suicida.

Identificando estos signos, se debe transferir al/el usuario al servicio de salud mental.

d. USO Y ADICCIÓN ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS.

En los grupos focales realizados se ha evidenciado como un factor importante a tomar en cuenta el consumo de alcohol y otras sustancias. Por esta razón el personal médico debe hacer pesquisas sobre los patrones de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias.

Las preguntas deben estar referidas a:

- Frecuencia de uso
- Tipos de sustancias, dosis, vía de administración, las condiciones en las que el uso es más probable que ocurra; por ejemplo: FUMAR cuando se está muy nervioso, ALCOHOL para estar más alegre, o en fiestas. DROGAS para tener relaciones sexuales más placenteras.
- Experiencias mentales o conductuales como ser exabruptos, peleas o desmayos, cuando consume estas sustancias.

No olvidar que las preguntas deben ser formuladas en forma discreta y libre de prejuicios.

De acuerdo a las respuestas obtenidas se puede identificar el grado de riesgo y el tipo de intervención.

GRADO DE RIESGO	¿QUÉ HACER?
BAJO	Indagar sobre las intenciones de uso futuro. Orientar sobre las estrategias para hacer frente a la presión de pares y factores de estrés extremo
MODERADO A ALTO	Intervenciones educativas y biomédicas

Estudios revelan que una orientación realizada de preferencia por pares es más efectiva, por tanto la disponibilidad de espacios que permitan la socialización con sus pares independientemente del consumo de alcohol u otras sustancias pueden jugar un papel importante en la prevención del consumo de sustancias y la rehabilitación, sobre todo en poblaciones jóvenes.

e. INYECCIONES DE RELLENO PARA PARTES BLANDAS.

Algunas mujeres Trans pueden buscar o haberse aplicado inyecciones de aceite de silicona médica o industrial, en algunos casos por llegar a obtener el cuerpo deseado se colocan aceites lubricantes, selladores de masilla, aceite de bebe u otras sustancias en caderas, nalgas, muslo, mamas, labios o cara, administrados por personal de salud sin escrúpulos.

Los riesgos de estos procedimientos son:

- Infecciones locales y sistémicas
- Formación de émbolos
- Formación dolorosa de granulomas
- Síndrome inflamatorio sistémico
- Muerte

Se debe evaluar el riesgo actual o futuro de las mujeres trans para estas inyecciones de relleno de tejidos blandos, y se debe asesorar adecuadamente sobre las complicaciones.

f. SALUD SEXUAL

Es importante realizar una historia clínica indagando sobre prácticas sexuales, para identificar riesgos, las preguntas a realizar son:

- Número de contactos sexuales pasados y presentes
- El/los géneros de esos contactos
- El número de parejas (que no es lo mismo que contactos sexuales)
- Uso y frecuencia del uso de preservativo
- Historia de infecciones de transmisión sexual
- Historia de abuso sexual.
- Prácticas sexuales potencialmente peligrosas (amordazamiento, uso de ataduras, asfixia autoerótica, etc.

La orientación debe estar relacionada a las conductas de riesgo identificadas, cuando se identifique conductas autodestructivas es indicado transferir al servicio de salud mental.

Prácticamente todas las prácticas sexuales pueden conllevar en mayor o menor medida la posibilidad de contraer ITS y VIH. Es evidente que se debe adecuar la prevención a cada situación en particular, para ello es fundamental que el proveedor esté capacitado, para dar orientación.

PENETRACION ANAL O VAGINAL

La prevención para las prácticas con penetración anal o vaginal se basa en el uso correcto de preservativos y lubricantes hidrosolubles. Pueden utilizarse también preservativos femeninos, los cuales están disponibles sin costo en los servicios de salud públicos.

SEXO ORAL

Con esta práctica existe mayor riesgo de contraer ITS, con relación al VIH. Es importante orientar a los usuarios que lo realizan:

- Utilizar preservativos, estos pueden ser saborizados de látex según las características de los genitales. Para usar en vagina se debe cortar longitudinalmente y colocar sobre toda la superficie.
- Evitar las eyaculaciones en la boca
- Cuidar de no tener infecciones de garganta como gonorrea y/o candidiasis.
- No tener cortes, llagas o laceraciones en la boca o garganta.
- No lavarse los dientes, ni pasarse hilo dental inmediatamente antes de tener sexo oral.

BESO NEGRO

El “beso negro” consiste en la práctica de lamer, besar o chupar el ano del compañero sexual. Implica un riesgo de infecciones por bacterias, parásitos y hepatitis. En este caso es recomendable utilizar barreras de latex. Al igual que en el sexo oral algunos factores que disminuyen los riesgos son:

1. No tener infecciones de garganta como gonorrea, candidiasis.
2. No tener cortes, llagas o laceraciones en la boca o garganta.
3. No lavarse los dientes ni pasarse hilo dental inmediatamente antes.

DILDOS Y VIBRADORES

Una medida posible de prevención en la utilización de dildos y vibradores es la utilización de preservativos masculinos. Si los juguetes sexuales son intercambiados es necesario reemplazar los condones.

MASTURBACION MUTUA

Incluye cualquier tipo de estimulación mutua u otro tipo de estimulación que involucre la utilización de las manos, para ello es necesario indicar:

1. Aseo de manos y recorte de las uñas antes
2. Por el tipo de estímulo es necesario usar lubricantes a base de agua, otras bases deterioran el latex.

FISTING

Es una práctica sexual que implica la introducción parcial o total de la mano, puede incluir parte del brazo también, en el ano o la vagina de la pareja. El riesgo es el sangrado que puede producirse por la práctica, por lo tanto la transmisión de VIH, hepatitis B y C y sífilis es alto, esta práctica provoca traumas o daños en ano, recto y colon. Como en el anterior caso es importante el aseo y el uso de preservativos.

g. DIABETES MELLITUS

Es importante realizar una vez por año el examen de glucosa en todas las personas, mucho más en aquellas que usan estrógenos como puede ser el caso de mujeres trans, en ese caso se debe solicitar anualmente un examen de *glucosa en ayunas, prueba de tolerancia a la glucosa y/o hemoglobina glicosilada*; sobre todo si hay antecedentes de diabetes familiar y/o un aumento de peso mayor a 5 kilos.

En los casos que a pesar del tratamiento, la glucosa no se puede controlar, y/o la paciente no pierde peso; es necesario disminuir la dosis de estrógenos.

En hombres trans que reciben tratamiento en base a testosterona, el examen físico es igual a otra persona no trans, identificar posible síndrome de ovario poliquístico, si el síndrome está presente hacer estudios para diabetes.

h. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Si bien el manejo de la hipertensión se encuentra especificado en las Normas Nacional de Atención Clínica (NNACs), elaborada por el Ministerio de Salud, existen algunas particularidades con relación a algunos grupos específicos en la población LGBT, que son expuestos a continuación. En los otros casos se debe buscar referencias en las NNACs.

Un hábito sedentario pone en riesgo a cualquier persona, si a esto se añade consumo de tabaco y sobre peso, el riesgo es mayor, en el grupo de LGBT los que consumen hormonas están en mucho más riesgo, entre ellos:

Mujeres Trans que toman estrógenos, el siguiente cuadro muestra el riesgo identificado y las acciones que se deben tomar.

PATOLOGIA IDENTIFICADA	MANEJO
HIPERTENSIÓN	Evaluar la presión arterial cada 1 – 3 meses. Tratar con espironolactona 50 – 100 mg/día, VO dosis inicial, ajustar la dosis después de dos semanas de tratamiento. Medidas dietéticas
ENFERMEDAD CORONARIA/ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	Monitorear continuamente para identificar síntomas cardiacos, especialmente durante los dos primeros años de tratamiento hormonal. Reducir la dosis de estrógeno y/o suplir con estrógenos transdérmicos. Retirar el tratamiento con progestágenos.
HIPERLIPIDEMIA	Mejorar los hábitos alimentarios Incrementar el consumo de fibra natural.

El tratamiento es igual para hombres trans que toman testosterona, si se identifica hiperlipidemia, se debe evitar niveles de testosterona suprafisiológicos, reduciendo la cantidad de testosterona administrada, la vía intramuscular es mejor.

i. CANCER

El desarrollo de algún tipo de cáncer es igual a otra persona, por tanto el examen debe ser realizado utilizando los mismos criterios y parámetros de riesgo como para las personas de su sexo de nacimiento.

Examen de mamas: Si se evidencia alguna lesión está indicado realizar mamografía después de los 40 años, en pacientes más jóvenes ecografía mamaria.

Examen de próstata. Usar la exploración digital rectal. En casos necesarios realizar un examen de antígeno prostático.

j. SALUD ORAL

El costo de la atención odontológica puede convertirse en un obstáculo para el acceso a este servicio, sin embargo al igual que muchos otros grupos y poblaciones socialmente marginados, están afectados por múltiples problemas de salud oral. Algunos problemas son el resultado de factores de riesgo como es el alto consumo de azúcar (gaseosas, bebidas energizantes entre otras), hábitos como usar cocaína, fumar, bulimia, etc., prácticas sexuales no seguras, perforaciones o piercing orales.

Los hombres trans, por el uso de testosterona, pueden presentar sangrado, sensibilidad, inflamación y dolor en las encías, sobre todo si los andrógenos son administrados por vía oral.

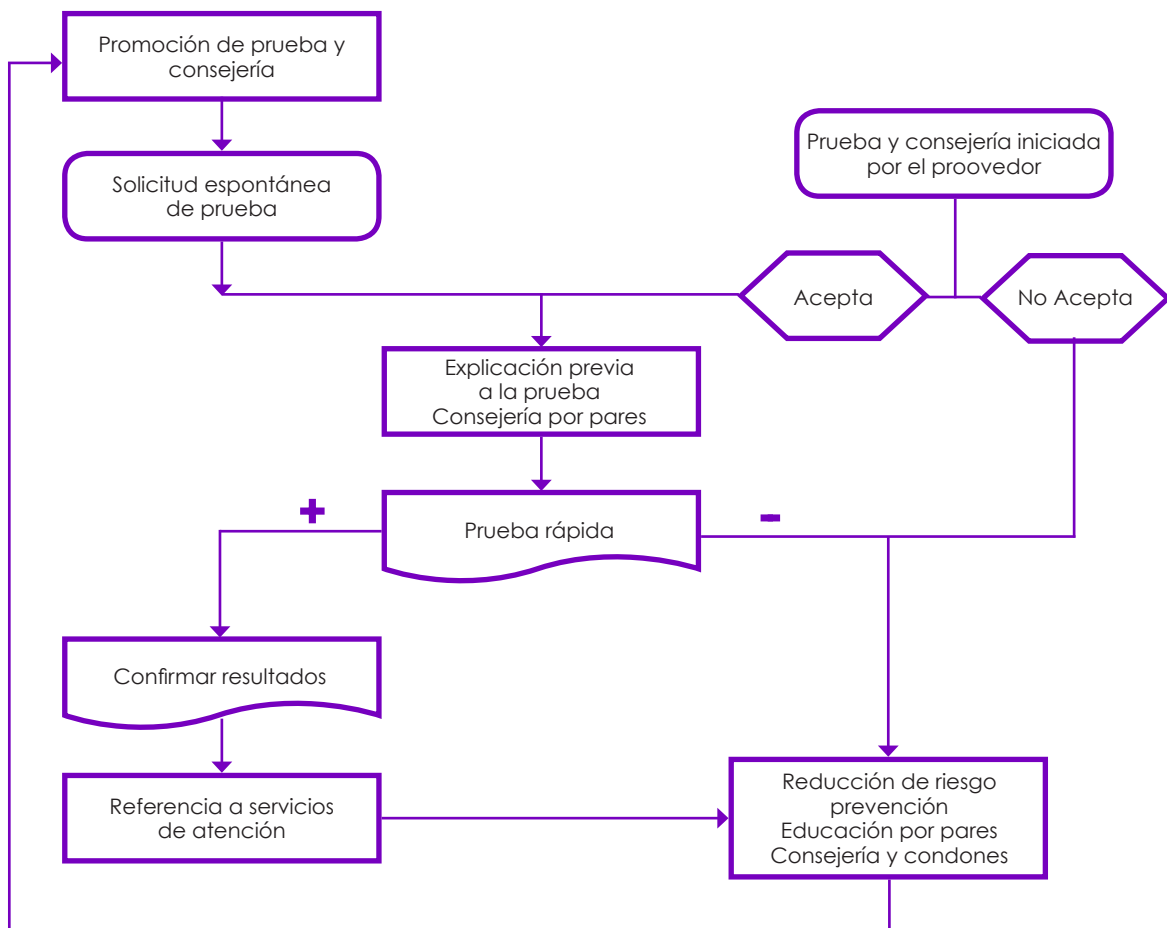
k. INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL - VIH/SIDA

El riesgo de padecer ITS y/o VIH/SIDA es alto y está relacionado con las conductas sexuales, una de las poblaciones de mayor riesgo son las personas trans, relacionado con las prácticas y las situaciones de alto riesgo. De igual forma los mismos autores indican que esta población es la más reacia a realizarse la prueba

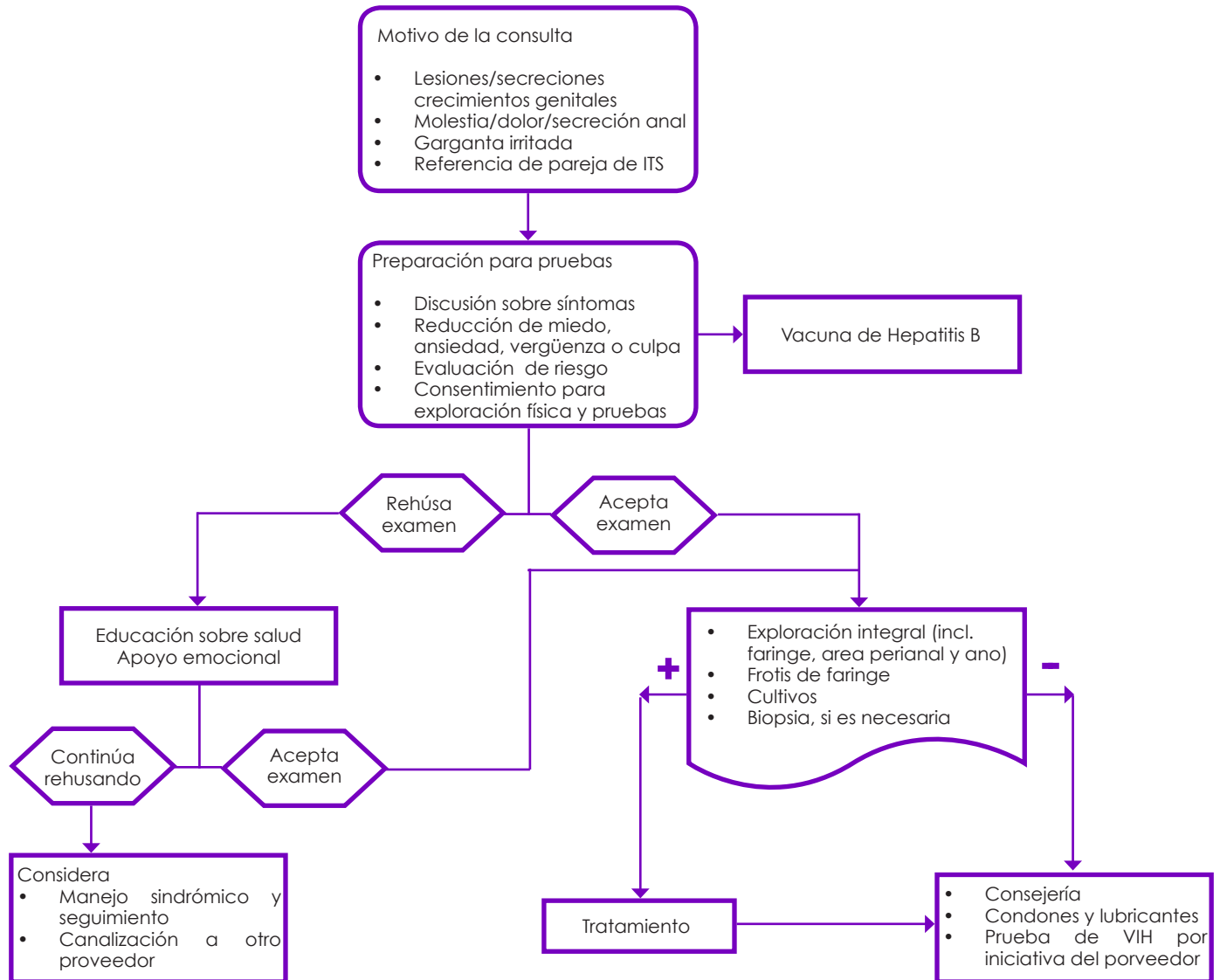
de diagnóstico, con relación a las otras poblaciones claves. La explicación de ello es el impacto de un Dx positivo de VIH con respecto a la terapia hormonal y/o la probabilidad de cirugía, así como sus interacciones sociales, estos temores pueden ser manejados con un apropiado apoyo emocional. Estudios han demostrado que la seropositividad y el tratamiento retroviral no son un impedimento para la realización de terapias hormonales y/o la cirugía.

El tratamiento para las ITS VIH/SIDA debe ser, al igual que cualquier otro paciente, según normas nacionales.(NNACs)

Prueba y Consejería de VIH



Diagnóstico y Manejo de ITS



11. ATENCIÓN DE LA SALUD ESPECÍFICA RELACIONADA CON LA AFIRMACION DE GÉNERO

La consejería especializada así como el acceso a la atención de salud específica, es escasa, sin embargo es necesario tener conocimiento de ello para la supervivencia y el bienestar de las personas Trans.

Si bien la cirugía es un campo de especialidad, la orientación y la terapia hormonal debería ser manejada en los servicios de primer nivel, a continuación se abordarán temas específicos para la población Trans.

a. CONSEJERÍA ESPECIALIZADA:

El personal de salud debe realizar un abordaje integral en función a la normativa nacional vigente. Brindando una atención de calidad que responda a las necesidades y demandas de esta población.

b. VELLO FACIAL Y CORPORAL:

La disposición y el desarrollo del vello, tanto en el rostro como en el cuerpo está influenciado por los andrógenos, hormona que está en mayor cantidad en los hombres, el vello aparece y crece durante y después de la pubertad y puede cubrir cualquier superficie del cuerpo, excepto los labios, las palmas de las manos las plantas de los pies y la parte posterior de las orejas.

En el caso de los hombres trans la administración de andrógenos estimula el crecimiento del vello. Para las mujeres trans, en contraste, la administración de hormonas femeninas no elimina el vello en cara y cuerpo, si este ya se ha desarrollado durante la pubertad, por ello muchas mujeres trans tienen que enfrentarse a la depilación y cubrirse con maquillaje todos los días.

La eliminación permanente es una solución por medio de:

TIPO DE DEPILACION	RECOMENDACIONES
LASER	Conllea más riesgo cuanto más oscura es la piel. El equipo laser debe ser específico para cada tipo de piel.
ELECTROLISIS	Procedimiento caro, largo e incómodo Se debe evitar la exposición al sol. Evitar el uso de maquillaje

PROCEDIMIENTOS PARA EVITAR EL VELLO

Medidas preventivas • Se aconseja supervisión médica para la eliminación del vello en individuos inmunosuprimidos • No se aconseja, bajo ninguna circunstancia, la remonición con láser en "clínicas estéticas" si no existe supervisión médica • Se recomienda fuertemente la educación por pares relativa a la eliminación de vello. podría desarrollarse un manual sobre el tema • Deben tenerse cuidados especiales para personas con problemas de la piel o con predisposición a las cicatrices queloides	Complicaciones potenciales Rasurado afeitado • Pseudo-foliculitis • Quemado por afeitado • Foliculitis Depilado con cera • Quemaduras • Foliculitis infecciosa Electrolisis • Quemaduras • Foliculitis y celulitis Eliminación con láser • Quemaduras	Manejo clínico • Valore extensión severidad y causas del problema • Ofrezca información y asesoramiento claro y respetuoso • Desarrolle un plan de tratamiento • Valore uso de medicamentos (antibióticos, corticoides, antifúngicos) • Recomiendo controles posteriores
--	--	---

Fuente: Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe.

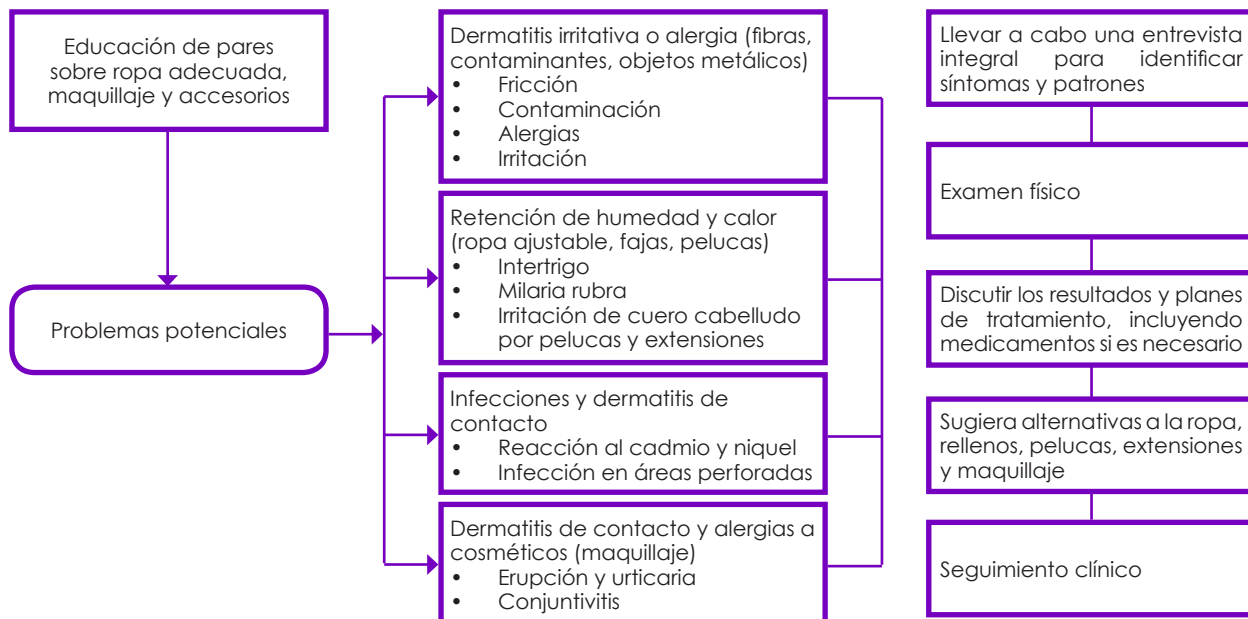
c. CUIDADO DE LA PIEL:

La piel es el reflejo de buena salud, por tanto es necesario informar que el tabaco es un tóxico para la piel sobre todo del rostro.

Si bien el color bronceado es una característica muy deseada para algunas culturas, la exposición excesiva al sol puede producir manchas, arrugas y en algunos casos cáncer, esto también debe ser orientado.

- La administración de hormonas femeninas contribuye a que la piel masculina tenga una textura más suave, actuando sobre los poros y las glándulas sebáceas.
- La aplicación de maquillaje oleoso puede obstruir los poros y causar inflamación de las glándulas sebáceas.
- El compartir cosméticos, especialmente los que se aplican en párpados y labios puede ser el medio de transmisión de infecciones, así como el compartir lentes de contacto cosméticos.
- También es necesario hacer conocer las complicaciones que se pueden presentar cuando los hombres Trans se fajan las mamas, el uso de ropas muy ajustadas para ocultar el pene, puede producir una dermatitis de contacto.

A continuación se presenta el flujo de atención:



d. ADMINISTRACIÓN DE HORMONAS

El proveedor de salud de atención primaria debe evaluar las condiciones de cada usuario, que inicia la terapia hormonal del otro sexo, para evaluar los beneficios y/o los riesgos del tratamiento y conversarlo durante la consulta.

En algunos casos puede haber estado usando mucho antes, con o sin prescripción médica, si fuera el último caso se debe evaluar la dosis, el tiempo y la respuesta, para continuar o modificarla.

La razón de usar hormonas del otro sexo (estrógeno –mujeres trans y andrógenos – hombres trans) es equilibrar el género (inducir o mantener las características del sexo que coincide con la identidad de género).

Las hormonas del otro sexo son el medio más común para la modificación del cuerpo a la que pueden acceder para su auto-realización, conduciendo al sistema endocrino y la identidad de género la feminización o masculinización, sin la necesidad de recurrir al uso de inyecciones no supervisadas de rellenos de tejidos blandos.

VALORACIÓN DE LA PREPARACIÓN PARA EL USO DE HORMONAS

Las normas de la WPATH especifican recomendaciones relativas a los criterios generales para la evaluación de la preparación individual para el uso de hormonas:

- Consentimiento informado, especificando los beneficios y riesgos del tratamiento. En el caso de ser menor de edad este debe ser firmado por los padres o apoderados.
- En el caso de iniciar por primera vez el tratamiento hormonal es necesario valorar las condiciones pre-existentes de salud física y mental.
- Estudios de laboratorio básicos:

	LABORATORIOS	CONDICIONES PRE-EXISTENTES
Mujeres Trans	Perfil de lípidos en ayunas. Creatinina Función hepática (transaminasas), sin enfermedad, hepatitis C y D o alcoholismo.	Uso de Espironolactona, añadir potasio.
Para hombres Trans	Hemoglobina Colesterol LDL/HDL	

- El tema de la fertilidad debe ser tomado en cuenta, siendo que el uso de hormonas sexuales del otro sexo puede reducir la fertilidad, aún si se interrumpe la terapia.

A recordar....

El estrógeno puede reducir la libido, la función eréctil y la eyaculación. Si bien la testosterona reduce la fertilidad en los hombres Trans, no es anticonceptivo por lo que los hombres trans que tienen relaciones sexuales sin protección con hombres no trans fértiles, están en riesgo de embarazo.

ADMINISTRACIÓN DE HORMONAS PARA FEMINIZACIÓN

La terapia hormonal para mujeres Trans incluyen la administración de estrógenos y progesterona así como agentes anti-androgénicos.

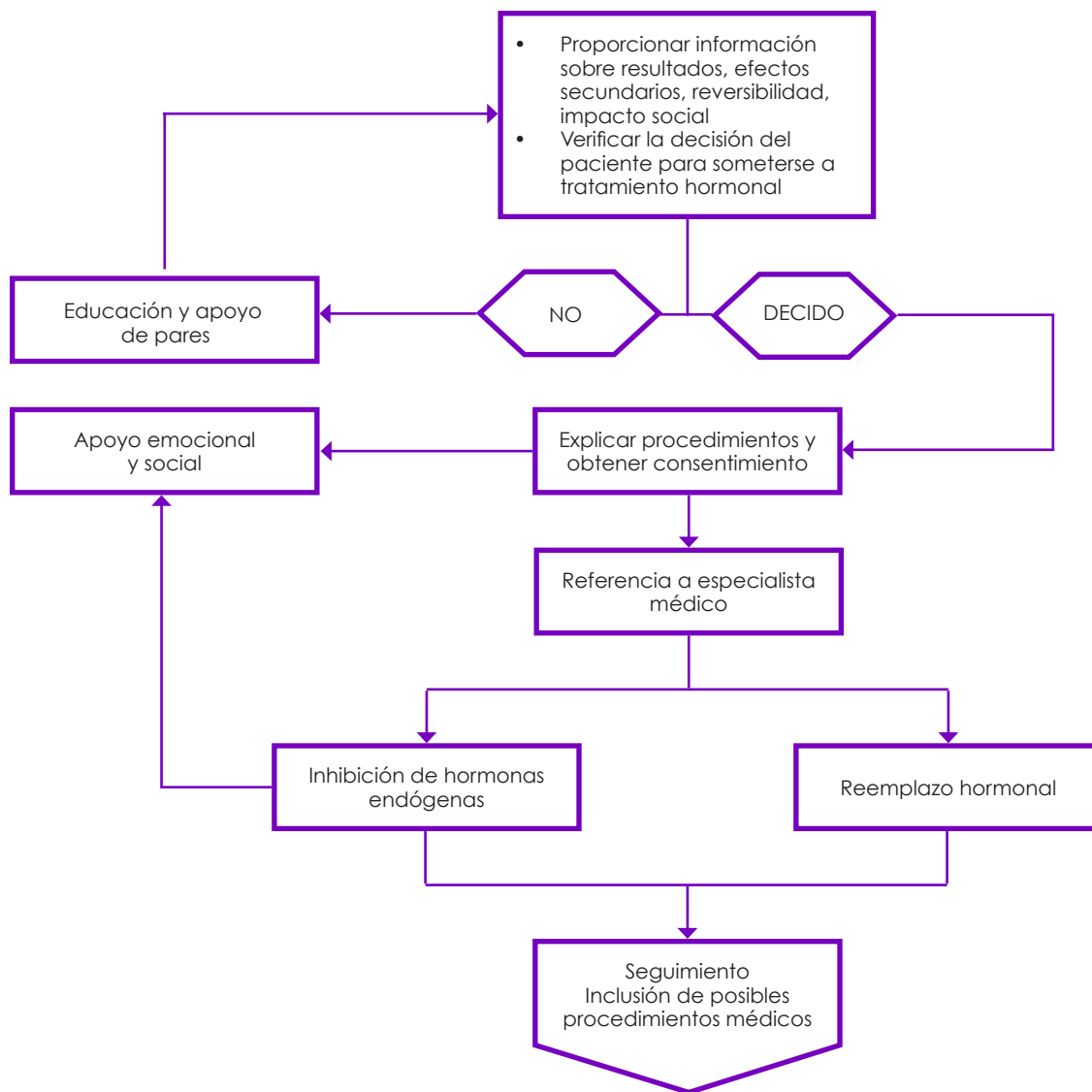
ADMINISTRACIÓN DE HORMONAS PARA LA MASCULINIZACIÓN

La terapia hormonal para los hombres Trans, consiste en la aplicación de Testosterona, que está disponible en varias formas: intramuscular, parche, gel transdérmico o implante subcutáneo.

Para inhibir los periodos menstruales se puede usar una progestina.

Para consultantes que desean mayor clitoromegalia se administra testosterona tópica sobre el clítoris, disminuyendo la dosis de testosterona total a administrar, en este caso se puede acelerar la calvicie del patrón masculino.

Manejo de Hormonas





12. MANEJO DE LA VIOLENCIA SEXUAL

La violencia ha sido definida como actos de agresión física tales como asesinatos, palizas, secuestros violaciones y ataques sexuales. También refiere a agresiones psicológicas como coacción, amenazas, extorsiones, acoso, segregación sin motivo aparente, privaciones de la libertad, disminución de beneficios laborales, a causa de la orientación sexual o de la identidad de género.

La violencia sexual comprende una serie de actos que vulneran la sexualidad de una persona, desde miradas lascivas, toques impúdicos, inducción a exhibicionismo, inducción a la realización de actos y/o conductas sexuales, hasta violación (relación sexual no consentida).

Se define violación como el acto violento físico o de intimidación para tener acceso carnal, penetración anal, vaginal o introducción de objetos con fines libidinosos. En menores de 14 años, personas con enfermedad mental, con grave perturbación de la conciencia o grave insuficiencia de la inteligencia o incapacidad por cualquier otra causa para resistir, puede o no haber violencia física o intimidación igual se tipifica como violación.

Estupro: Mediante seducción o engaño, tuviera acceso carnal con personas de uno u otro sexo, mayor de catorce (14) años y menor de dieciocho (18) años.

12.1 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A VVS

El modelo de atención a Víctimas de Violencia Sexual, desde un enfoque de salud bio-psico-social y legal es implementado en el país, tiene cinco (5) componentes, que hacen referencia a Modelo de atención, en el Sistema Público, que prevé el flujo entre los servicios de salud, justicia y psicosociales, sin discriminación alguna.

PROCEDIMIENTO

- Atención a la emergencia clínica.
- Contención emocional

- Recolección de evidencia médico legal (en la caja de toma de evidencia)
- Tratamiento de los traumatismos genitales y extra genitales.
- Anticoncepción, si fuera el caso.
- Prevención de ITS/VIH SIDA y de Hepatitis B.
- Tratamiento de ITS sin requerir exámenes de laboratorio. (Tratamiento sintomático).
- Prueba de embarazo en sangre, si fuera el caso (B-HCG cualitativa y en lo posible cuantitativa)
- Referencia de las víctimas de violencia sexual hacia otros servicios como jurídicos, legales o psicosociales. Si el servicio es de primer nivel, en el caso de ser de segundo o tercer nivel, la terapia psicológica se realiza en el mismo centro.
- Registro de los hallazgos en la Historia Clínica y certificado único (para su homologación por el médico/a forense) (Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, Documentos Técnicos Normativos N° 34, 2015, La Paz - Bolivia)

12.2 PASOS GENERALES DE LA ATENCIÓN

RECEPCIÓN

- Saludar, presentarse y preguntar el nombre de la víctima.
- Llevarla al área destinada para la atención de casos de violencia sexual, para hablar con privacidad y explicar que la conversación será confidencial.
- La actitud del profesional debe ser atenta, creer en el relato, aceptar las decisiones y dudas, así como respetar los silencios y reservas del/ la víctima.
- Informar sobre los procedimientos a realizar y sus derechos, considerando su estado emocional y evitando la revictimización.
- En el caso de estar acompañada/o, preguntar si desea hablar en privado.
- Preguntar e indagar sobre los miedos y temores de la víctima, sobre su situación actual y escuchar atentamente sus necesidades.

ATENCIÓN CLÍNICA

El personal médico debe registrar en la historia clínica cualquier tipo de violencia, sea física, psicológica y/o sexual.

- Explicar lo que se va a hacer y la utilidad de cada procedimiento.
- Indagar si aún permanece con la ropa y si no se ha aseado, ya que es importante para tomar las evidencias.
- No debe orinar antes de tomarle la muestra.
- Identificar si el/la que le acompaña no es el/la agresor/a, si fuera el caso, llevar a la víctima a otro espacio.
 - » Informarle sobre sus derechos, que lo que diga no servirá para juzgarla/o y que se encuentra entre personas que le brindarán todo el apoyo.
 - » Llenado de la historia clínica, siendo un instrumento médico legal éste debe contar con toda la información en caso de que el/la víctima decida iniciar acciones penales.

ANAMNESIS

Debe registrarse claramente lo siguiente:

- Fecha y hora del examen
- Nombre del profesional que realiza el examen clínico
- Datos generales
- Antecedentes personales, incluido su orientación sexual e identidad género
- Antecedentes familiares
- Incluir relato abreviado de las características de la agresión o abuso, que incluye:
 - Lugar, día y hora en que ocurrió el delito, consignando circunstancias relevantes.
 - Relación con el o los agresores
 - Tipo de agresión que sufrió
 - ¿Cuántos agresores fueron?
 - Durante el ataque sexual hubo penetración: vaginal, anal u oral

EXPLORACIÓN CLÍNICA

Realizar el examen clínico en presencia de otro personal de salud.

Es necesario respetar el pudor de la víctima, por este motivo debe realizarse el examen clínico, en un ambiente de privacidad.

Identificar lesiones extragenitales y paragenitales como hematomas, excoriaciones, arañazos y mordeduras, son de suma importancia para fines legales.

Verificar que cuente con la ficha de consentimiento firmada.

Solicitar a la paciente que se coloque una bata y/o camisón de examen ginecológico.

Colocar la ropa en bolsa de papel, rotular con el nombre del/la paciente y del médico/a que toma la muestra, lugar fecha y hora, y además el contenido detallado.

Pedir a la víctima que se quite los zapatos y de pie se coloque el centro de la sabanilla desplegada en el suelo.

Se solicita que con la ayuda de un peine, desplace sobre el pubis peinando hacia abajo, para recolectar vellos que pertenezcan al victimador.

Se levanta la sabanilla con mucho cuidado y se la dobla, cuidando que todo el material quede dentro, se rotula igual que el anterior material.

El examen físico se realiza en el siguiente orden:

- a. Áreas Extragenitales: Cabeza , cuello, torax
- b. Áreas paragenitales: Abdomen, parte anterior de las caderas, parte anterosuperior de los muslos, monte de venus y glúteos.
- c. Área genital: Genitales externos, periné y región anorectal.

En el área para genital es importante detectar la presencia de semen, depositado por emisión directa o por roce.

La valoración de los hallazgos debe ser sistematizada de la siguiente forma y en cada lesión.

Tiempo.
Descripción de la lesión.
Ubicación anatómica. Se suele dividir en cuadrantes.
Forma.
Dimensiones y dirección.
Profundidad y planos que compromete.
Número de heridas.
Características de los bordes y vitalidad.
Descripción de su aspecto visualizado y categorizado.
Descripción del tamaño y forma de cada lesión.

Instaurar tratamiento para atender las posibles lesiones (heridas, hematomas, contusiones, etc.) y en caso de lesiones graves referir a una atención especializada. Todos estos registros deben realizarse en el certificado único para casos de violencia. (Anexo)

El tratamiento para la prevención de ITS, se deben realizar según normas (Diagnóstico sindrómico).

Para la profilaxis del VIH, el uso precoz, la rigurosidad en el tratamiento y el tiempo adecuado de utilización dan mayor eficacia en los antiretrovirales. Se debe suministrar los medicamentos entre las dos (2) y las 72 horas luego de la exposición por cuatro (4) semanas.

PREVENCION DE VIH/SIDA			
Antiretroviral	Presentación	Dosis	Vía de administración
Tenofovir Efavirenz Lamibudina	Frasco por 30 comprimidos	300 mg 600 mg 300 mg Viene en una sola tableta	VO

*Fuente: Ministerio de Salud y Deportes. (2014).
Guía de <terapia Antiretroviral en adultos. Pub. 351.*

PREVENCION DE HEPATITIS B	
Niños y niñas hasta 10 años de edad	0,25 ml (2,5 mcg)
Adolescentes 11 a 19 años de edad	0,5 ml (0,5 mcg)
Adultos mayores de 20 años	10 mcg

Es importante mencionar, de acuerdo a la Ley 348 “Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia”, que la extensión del certificado médico es gratuito.

BIBLIOGRAFIA

1. Conexión Fondo de Emancipación, "Situación de las poblaciones LGBT en Bolivia - Encuesta Nacional 2010", Creativa, Edición en PDF, La Paz – Bolivia, 2011.
2. Fundación IGUALDAD LGBT, "Derechos Humanos de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (LGBT) en Bolivia: Diagnóstico y Antecedentes", Edición en PDF, 2008.
3. Fundación Todo Mejora, "Orientaciones Generales de Atención A Niños, Niñas y Adolescentes, Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans Para Profesionales de Salud Mental", Edición en PDF, Santiago, 2013.
4. Jaime Martín, "Diversidad sexual, discriminación y pobreza frente al acceso a la salud pública - Demandas de las comunidades LGBTI en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú", Edición en PDF, Buenos Aires, CLACSO, 2013.
5. Mejía Alfredo, Benavides Luisa, "Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá", Alcaldía Mayor de Bogotá – Secretaría de Planeación, Edición en PDF, 2008.
6. OMS, OPS y otros, "Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe", Edición en PDF, 2013.



Elaborado por:



En asocio con:



Con el apoyo de:

