



# PLAN NACIONAL DE RESPUESTA A LA EPIDEMIA DE VIH E ITS

EN POBLACIONES GAIS, HSH Y TRANSGÉNERO  
DE COSTA RICA

2015 - 2018

SAN JOSÉ, 2014

# **EQUIPO DE COLABORACIÓN CONASIDA**

## **Por el Ministerio de Salud**

Dra. María Elena López Núñez

Dra. Sissy Castillo

Dra. Alejandra Acuña Navarro

Licda. Edda Quirós

## **Por la Caja Costarricense del Seguro Social**

Dr. Hugo Chacón

Dra. Gloria Terwes

## **Otras Instancias**

Dixiana Alfaro Alvarado (Ministerio de Justicia)

Melisa Ávila Méndez (Ministerio de Educación Pública)

Tatiana Cartín (Ministerio de Educación Pública)

Pilar Salas (Universidad de Costa Rica)

Lyz Taylor (Universidad de Costa Rica)

Daria Suárez (Sociedad Civil)

Rosibel Zúñiga Guardia (Personas con VIH)

Matilde Vargas Guzmán (Ministerio de Seguridad Pública)

Dinorah Cueto Cabrera (INAMU)

Ivonne Zelaya Moreno (ONUSIDA)

Miriam Fernández Esquivel (USAID/PASCA)

Alejandro González Jiménez (Ministerio de Cultura)

## **Apoyo técnico para elaboración de propuesta**

Francisco Madrigal Ballesterero (CIPAC)

Daria Suárez Rehaag (CIPAC)

## **Apoyo financiero para la impresión**

COC - Netherlands

MSM Global Forum

<b>4</b>	<b>Presentación</b>
<b>5</b>	<b>Introducción</b>
<b>6</b>	<b>Escenario Epidemiológico de Costa Rica</b>
<b>7</b>	Incidencia de VIH por Provincia
<b>8</b>	Otros datos que se destacan de la misma investigación
<b>9</b>	Porcentaje de nuevas infecciones por grupo de riesgo y grado de incertidumbre
<b>10</b>	Porcentaje de nuevas infecciones y tasa de incidencia por grupo de riesgo
<b>11</b>	<b>Desafíos para la superación de los contextos de vulnerabilidad</b>
<b>14</b>	Áreas o clases de vulnerabilidades
<b>17</b>	Homofobia y Transfobia
<b>18</b>	Baja percepción del riesgo
<b>19</b>	Negación del derecho a la libre orientación sexual y a múltiples identidades
	Dificultades de acceso al diagnóstico, a los insumos de prevención y al tratamiento de las ITS y sida
<b>21</b>	Servicios de salud NO amigables
<b>24</b>	<b>Objetivo General del Plan</b>
<b>25</b>	<b>Directrices</b>
<b>26</b>	<b>Agenda Afirmativa: Gais y otros Hombres que hacen Sexo con Hombres (HSH)</b>
<b>27</b>	Objetivos Específicos
<b>28</b>	Metas y Actividades
<b>35</b>	<b>Agenda Afirmativa: Poblaciones transgénero</b>
<b>36</b>	Objetivos Específicos
<b>37</b>	Metas y Actividades
<b>42</b>	<b>Bibliografía</b>

# PRESENTACIÓN

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental y por consiguiente deberá ser responsabilidad del Estado la formulación de políticas públicas que lo promuevan y garanticen sin discriminación alguna.

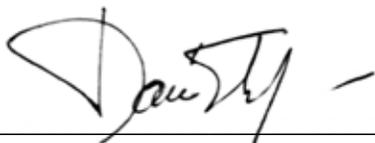
Respondiendo a esta responsabilidad, como Ministerio de Salud estamos presentando este PLAN NACIONAL DE RESPUESTA A LA EPIDEMIA DE VIH E ITS ENTRE GAIS, HSH Y POBLACIONES TRANSGÉNERO DE COSTA RICA 2015 – 2018 que esperamos facilite articular los esfuerzos de los diferentes actores sociales claves responsables de garantizar y respetar el derecho de Gais, Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y Trans a una sexualidad en general y a la prevención y atención del VIH y el sida como parte del derecho humano a la salud.

El presente documento surge de la evidencia mundial de la necesidad de abordar a poblaciones específicas, desde sus necesidades y particularidades para garantizar la protección de sus derechos. Existe evidencia de que los abordajes en salud “neutros” u “homogéneos” contribuyen poco a reducir infecciones y cambiar comportamientos o prácticas sexuales que pongan en riesgo la integridad y vida de las personas.

Un importante hecho en el enfoque del abordaje de la prevención del VIH con poblaciones socialmente vulnerabilizadas ha sido la incorporación del trabajo en Derechos Humanos y la necesidad de respetarles como iguales con necesidades particulares, evidenciando que no es suficiente solo garantizar el acceso a los servicios, sino también mejorar y colaborar para que la accesibilidad a los mismos sea para todas las personas por igual.

Este plan fue construido con la colaboración técnica del CIPAC y fundamentado en los resultados de dos de sus investigaciones en los sectores de salud, tanto pública como privada de nuestro país. En ellos se analizaron los comportamientos, actitudes y las prácticas en la atención de la salud de las poblaciones LGBT de Costa Rica, evidenciando la necesidad de asumir acciones y estrategias concretas para abordar a las principales poblaciones afectadas por el VIH, mismas que están incorporadas en el presente Plan Nacional.

Este Plan se encuentra dividido en tres partes. Un primer capítulo que analiza el Escenario Epidemiológico de Costa Rica y los Contextos de Vulnerabilidad. Un segundo Capítulo que define el Objetivo General del Plan y las Directrices y un Tercer Capítulo en el que se presenta la Agenda Afirmativa - Gais y otros Hombres que hacen Sexo con Hombres (HSH) y la Agenda Afirmativa – Poblaciones transgénero cada una con su Objetivos Específicos, Metas y Actividades.



Dra. María Elena López Nuñez  
Ministra de Salud



# INTRODUCCIÓN

En los últimos años, gracias a cientos de activistas por los derechos sexuales y derechos reproductivos, derechos de las personas LGTBI y los derechos de las personas con VIH y sida, se han generado importantes avances en el reconocimiento de su derecho a vivir con salud y su derecho a una sexualidad segura, informada y corresponsable.

Es incuestionable que la promoción de la salud sexual es fundamental para la consecución de la salud y el bienestar, así como para alcanzar el desarrollo sostenible y, más específicamente, para la ejecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Por esta razón ha sido colocada en el marco internacional y en los países como de central atención para la garantía del derecho a vivir con calidad.

Es deber del país intervenir en aquellas áreas que se consideran éticamente inaceptables y que ocasionan riesgos, enfermedad y muerte a grupos de población particulares. Es por eso que urge adoptar estrategias que promuevan el derecho a la salud y a vivir una sexualidad segura, informada y corresponsable para gais, otros HSH y poblaciones transgénero que no se relacione sólo con brindar información, garantizar el acceso a los servicios de salud o la atención de infecciones de transmisión sexual. Se trata de facilitarles su autonomía así como un sentido de solidaridad y cuidado mutuo.

Necesitamos nuevas formas de vivir la salud y la sexualidad, donde la discriminación, la desigualdad y la violencia no tengan cabida.

Este Plan Nacional de Respuesta a la Epidemia de VIH e ITS entre gais, HSH y poblaciones transgénero de Costa Rica 2015 – 2018 pretende responder a la epidemia del VIH y de las ITS por medio de la reducción de vulnerabilidades, estableciendo lineamientos que promuevan acciones dirigidas hacia la promoción, prevención y atención integral de la salud en general y del VIH en particular.

# ESCENARIO EPIDEMIOLÓGICO

Costa Rica cuenta con una población total de 4.301.712 habitantes<sup>1</sup>. La prevalencia general es de 0,1%. Según estimaciones de ONUSIDA (2013)<sup>2</sup>, la tasa de prevalencia de VIH en personas mayores de 15 años es de 0.3% (aproximadamente 9,800 personas mayores de 15 años con VIH).

Costa Rica tiene una epidemia concentrada de VIH, específicamente en el grupo HSH (10.9%). Aunque no se cuenta con datos suficientes sobre VIH para la población trans femenina, basándose en datos disponibles de prevalencia de VIH en personas transgénero en países vecinos (oscilando entre 25.8% y 37.6%) y en factores conocidos de riesgo, se puede inferir que para Costa Rica, la población trans femenina podría tener una prevalencia más alta de VIH que los HSH. En el país no se cuenta con datos sobre la prevalencia de VIH en las mujeres trabajadoras del sexo (MTS), tampoco con un estudio del tamaño de ésta población. No se ha considerado a las MTS como una población clave para intervenciones en la presente propuesta, sí se incluye ésta población en los estudios de seroprevalencia y de estimación de tamaño de población.

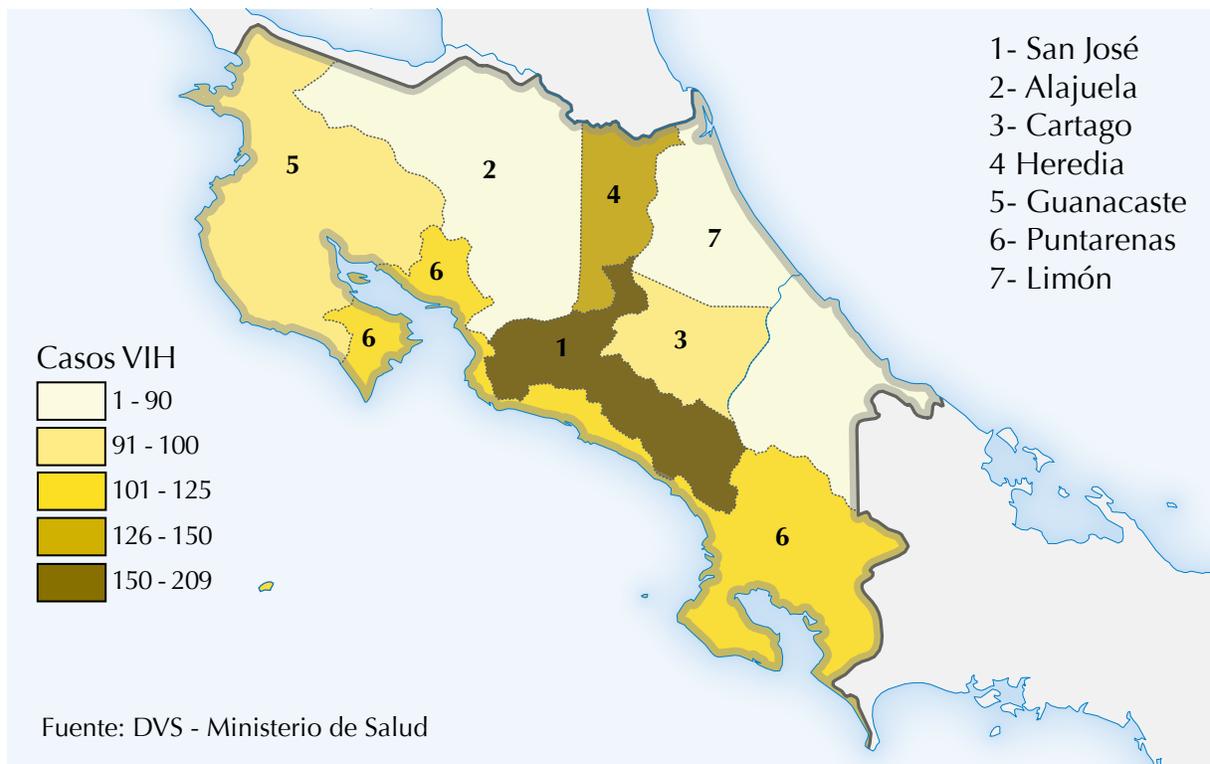
Las tasas de notificación de VIH han incrementado de 8.6 a 14.8 por 100,000 habitantes de 2002 a 2013. El 80% de los casos son del sexo masculino (233.4/100.000 hab) y el grupo de edad con mayor cantidad de registros es el de 15 a 49 años, aportando el 84.3% del total de diagnósticos para el período. Las tasas de mortalidad se han estabilizado con un promedio de 2.9 por 100,000 habitantes en el mismo periodo. En general el 80% de los casos notificados de VIH/sida y las defunciones, son del sexo masculino. El 81,6% de las defunciones se registraron en el sexo masculino y el grupo de edad en donde se presentó la mayor cantidad de defunciones fue en el de 25 a 59 años, aportando el 86.5% del total de defunciones para el período.

En el mismo período, la provincia de San José presentó la mayor incidencia de casos de VIH por 100.000 habitantes (208.9), aportando el 50.1% del total de casos de país, seguida de la provincias de Heredia (145.8) y Puntarenas (123.9), aportando el 9.6% y 6.9% de los casos de país respectivamente.

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). (2011). Censo 2011. En línea: <http://www.inec.go.cr/Web/Home/pagPrincipal.aspx>

<sup>2</sup> <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/costarica/>

## Incidencia de VIH por Provincia Costa Rica 2002-2013 Tasa 100.000 habitantes



En el año 2013 se registraron 694 casos de VIH y 56 casos que evolucionaron a sida. El 83.3% de los casos de VIH se presentó en el sexo masculino, con una tasa de incidencia de 24.3 por 100,000 habitantes, y para mujeres 4.9 por 100,000 habitantes; con una razón hombre:mujer de 5:1. Las provincias con las tasas de incidencia por 100.000 habitantes más altas fueron: San José (23.2), Heredia (14.0), Puntarenas (11.8) y Alajuela (11.0).<sup>5</sup>

### Específicamente sobre la población gai y otros HSH

El estudio “Prevalencia de VIH, sífilis y comportamientos de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres del Gran Área Metropolitana de Costa Rica (2010)<sup>3</sup>, muestra una prevalencia de VIH 10,9% y de sífilis de 13,7% en población HSH. El 55,8% de los participantes reportaron haber usado un condón en su última relación sexual. El 43.6% manifestó tener pareja estable hombre, sin embargo al consultar si ha tenido relaciones sexuales con una pareja ocasional o casual, 71.5% respondió que sí. Una tercera parte de quienes reportaron tener parejas ocasionales, dijo no haber usado condón durante la última relación sexual con este tipo de pareja. El 64,9% reportaron haberse realizado un test de VIH alguna vez en la vida (sin determinarse cuándo). El 74,8% de los participantes no buscó ayuda médica después de que aparecieron los síntomas de ITS.

<sup>3</sup> El estudio utilizó la metodología de muestreo dirigido por los entrevistados (RDS -Respondent Driven Sampling- por sus siglas en inglés). Para el diagnóstico de sífilis, se utilizaron las pruebas de VDRL y TPHA; para el diagnóstico de VIH se realizaron las pruebas de ELISA y Western Blot como confirmatoria. El análisis de los datos se realizó utilizando la herramienta RDSAT (Respondent Driven Sampling AnalysisTool).

## **Otros datos que se destacan de la misma investigación:**

Los participantes del estudio fueron principalmente individuos entre 20 y 29 años (59 %), con un nivel educativo alto. La mitad de ellos tenía educación universitaria y un 39 % educación secundaria. La gran mayoría de ellos (82.6 %) tiene alguna fuente de ingreso, un 16 % se auto-reportan como trabajadores sexuales. Dos terceras partes de los participantes mencionaron no haber recibido charlas educativas, sin embargo, la mayoría tiene un nivel de conocimiento satisfactorio sobre prevención y transmisión de VIH (90% y 93% respectivamente).

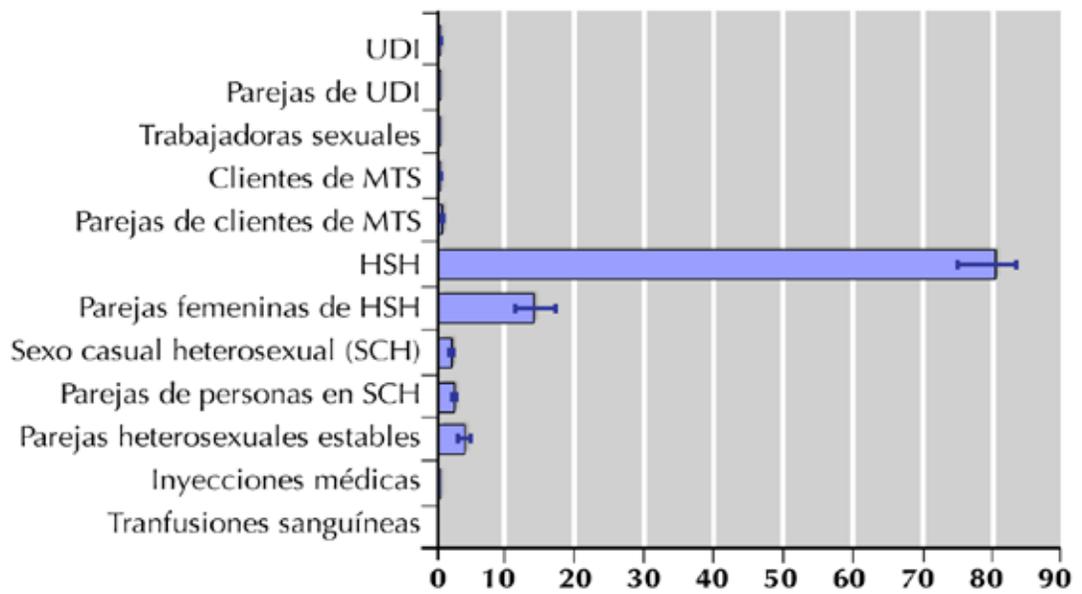
Ninguno de los hombres que formaron parte de este estudio se auto-identificó como heterosexual. La mayoría (79.8 %) se autodefinieron como homosexuales y un 17 % bisexuales. La mitad de los participantes (50.7%) reportaron haber iniciado sus relaciones sexuales entre los 15 y 19 años; y un 30.7% tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años. Un 14.8 % del total de participantes reportó que su primera relación sexual fue forzada.

El 4.6% de los participantes pagó por tener relaciones sexuales en el último año, de éstos el 31.3% no utilizó condón la última vez que pagó por tener relaciones sexuales con un hombre y el 49.9% reportó uso consistente del condón todas las veces que tuvo relaciones sexuales a cambio de dinero.

El 77.7% de los encuestados consume bebidas alcohólicas, más de la mitad de los participantes ha tenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol o drogas.

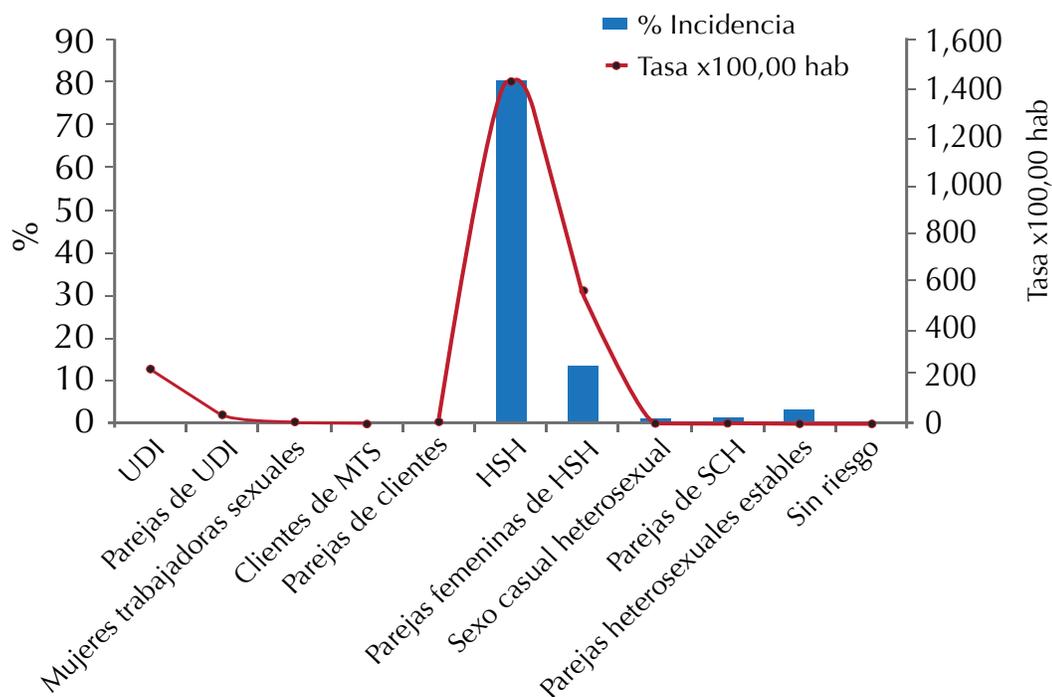
Durante el 2013 se realizó el Modelo Modos de Transmisión del VIH (MoT). El modelo estima un total de 8.049 personas con VIH en el país y predice que aproximadamente 837 nuevas infecciones aparecerán en el año próximo en Costa Rica, con un rango de 693 (estimación baja) a 1.002 (estimación alta). Estos resultados presumen un mayor aumento de casos que las estimaciones desarrolladas con Spectrum para 2012, que predice un aproximado de 640 nuevas infecciones.

## Porcentaje de nuevas infecciones por grupo de riesgo y grado de incertidumbre



FUENTE: Estudio MoT, Ministerio de Salud, 2013

## Porcentaje de nuevas infecciones y tasa de incidencia por grupo de riesgo



Además de la proporción de nuevas infecciones por grupo de población, en el gráfico se muestra la tasa de incidencia por segmento de riesgo. El cálculo, tanto de porcentaje como de la tasa, facilita el análisis de los datos al en la medida que la distribución porcentual de incidencia refleja la contribución por grupo a la incidencia global de VIH, mientras la tasa al ajustar o corregir por el tamaño poblacional permite intuir el riesgo implícito de transmisión dentro de cada subpoblación. Por ejemplo, si bien el porcentaje de nuevas infecciones de las mujeres parejas de HsH es de 13,4%, el riesgo de infección de este grupo es bastante más elevado.

**DESAFÍOS PARA**  
**LA SUPERACIÓN**  
**DE LOS CONTEXTOS**  
**DE VULNERABILIDAD**



**VULNERABILIDAD** ES LA CUALIDAD DE VULNERABLE (QUE ES SUSCEPTIBLE DE SER LASTIMADO O HERIDO YA SEA FÍSICA O MORALMENTE). EL CONCEPTO PUEDE APLICARSE A UNA PERSONA O A UN GRUPO SOCIAL SEGÚN SU CAPACIDAD PARA PREVENIR, RESISTIR Y SOBREPONERSE DE UN IMPACTO. LAS PERSONAS VULNERABLES SON AQUELLAS QUE, POR DISTINTOS MOTIVOS, NO TIENEN DESARROLLADA ESTA CAPACIDAD Y QUE, POR LO TANTO, SE ENCUENTRAN EN SITUACIÓN DE RIESGO.

La vulnerabilidad también está dada por las condiciones sociales y culturales. En este sentido, una persona que vive en la calle es vulnerable a diversos riesgos (enfermedades, ataques, robos, etc.). Por otra parte, un individuo analfabeto también se encuentra en una situación de vulnerabilidad ya que difícilmente puede acceder al mercado laboral y, por lo tanto, satisfacer sus necesidades. Otra aplicación de vulnerabilidad, por último, está relacionada con los desastres naturales. Una zona vulnerable es aquella que aparece expuesta a un fenómeno con potencialidad destructora (por ejemplo, un pueblo desarrollado a los pies de un volcán activo).<sup>4</sup>

En 1989, Mary Anderson y Peter Woodrow publican el libro titulado “Rising from the ashes. Development strategies in times of crisis” (Levantándose de las cenizas. Estrategias de desarrollo en tiempos de crisis), en el que toman el tema de la vulnerabilidad, distinguiendo tres niveles o tipos compuestos: (i) lo social y económico, (ii) lo físico y estructural, y (iii) lo cultural y político. A la vez que desarrollan nociones en torno a estos tres niveles y su aplicabilidad en el análisis de entornos sociales y de grupos humanos, abogan por el análisis paralelo de lo que llaman capacidades humanas, las cuales son la antítesis de las vulnerabilidades. Proponen una metodología para el análisis de vulnerabilidades y capacidades que es aplicable de forma sencilla en entornos afectados por crisis, con la intencionalidad de identificar áreas de intervención en aras de la reconstrucción, y oportunidades existentes que favorecen este proceso de forma participativa. Su análisis y metodología tuvo gran aceptación y sigue utilizándose en diferentes medios relacionados con la temática de los desastres.

Al considerar de forma clasificatoria los distintos factores o componentes explicativos de la vulnerabilidad, Wisner et al., identifican cinco tipos genéricos que al conjugarse e interactuar permitirán entender la vulnerabilidad particular sufrida por un ser humano, una colectividad humana o sus bases de existencia material y económica. Éstos son:

---

<sup>4</sup> <http://definicion.de/vulnerabilidad/>

- Las condiciones de bienestar existentes.
- El nivel de resiliencia o elasticidad de las bases de la existencia material y económica (livelihoods).
- Los niveles de autoprotección que la población puede proveerse.
- Los niveles de protección social existentes.
- La sociedad civil y los niveles de desarrollo de ambientes e instituciones participativos.

Un entendimiento y dimensionamiento de los distintos niveles de vulnerabilidad sufridos por individuos, grupos, livelihoods o territorios (vistos como colectividades humanas) puede lograrse con un análisis de estos componentes y del conjunto de condiciones específicas que implican o engloban.

**Las condiciones de bienestar existente.** Incluye, entre otros, el estatus nutricional, de salud física y mental, moral, de estrés de las personas, los niveles y sentido de seguridad e identidad que poseen las personas.

**La resiliencia de las bases de la existencia social y económica.** Incluye, entre otros, el capital o financiamiento que manejan las personas, sus posesiones materiales, su nivel de desarrollo humano, el capital natural (o sea los recursos naturales de los que se apropian), la resiliencia de las relaciones entre personas y su empleo (su estabilidad en el empleo), la resiliencia de las relaciones entre el patrimonio de las personas y sus flujos de ingresos.

**La autoprotección.** Incluye, entre otros, los niveles de ingreso individual o familiar y sus excedentes para garantizar la seguridad ambiental, el aseguramiento financiero, etc.; la disponibilidad de materiales adecuados de construcción y conocimientos técnicos para la construcción; la disposición de tomar los pasos necesarios para autoprotegerse.

**La protección social.** Incluye, entre otros, el grado en que gobiernos u otras instancias velan por la seguridad de las personas y sus bases de existencia; las normas y controles institucionalizados por el gobierno y los mecanismos y modos de protección que por su costo y escala, solamente pueden proveerse por gobiernos y otras instancias privadas, económicamente fuertes y socialmente comprometidas.

**Sociedad civil y ambientes e instituciones participativos.** Incluye, entre otros, el capital social y político de personas, el grado de apertura de los procesos políticos en un país, los niveles de discriminación intergrupo, los niveles de los derechos de género y de la mujer, redes e instituciones y sus capacidades de operar libremente, el grado de libertad de la prensa.

En la medida en que estas variables y otras que definen los tipos o componentes se dirigen en la dirección correcta, habrá menos probabilidad de que los individuos, colectividades y livelihoods sean vulnerables. En consecuencia, estos componentes, de forma selectiva, particular o en combinación, son el objetivo específico de intervención cuando una sociedad pretende o quiere reducir los niveles de riesgo de desastre existentes.

### **Se identifican tres áreas o clases de vulnerabilidades:**

**Físico-Material:** se refiere a las características de la tierra, el clima y el ambiente, los niveles de salud, las características de la fuerza de trabajo, alimentación, vivienda, etc.

**Social-Organizacional:** que incluye las estructuras políticas formales y los sistemas informales a través de los cuales las personas logran tomar decisiones, establecer liderazgos y organizar actividades sociales y económicas.

**Motivacional-Actitudinal:** relacionado con la forma en que las comunidades se ven a sí mismas y sus capacidades para tratar efectivamente el ambiente físico y sociopolítico.

Estos autores cruzan sus clases o categorías de vulnerabilidad con preocupaciones en cuanto al género, clase, etnicidad y diferencias migratorias y de edad. Destacan también de su esquema para considerar no solamente la vulnerabilidad de las familias o comunidades, regiones o naciones, sino también de sus capacidades, o sea aquellos aspectos físicos, materiales, organizacionales, sociales, actitudinales o motivacionales que constituyen aspectos positivos al considerarse las respuestas o las resistencias frente a agentes potenciales de desastres.

El proceso de desarrollo se ve entonces como un proceso a través del cual se reducen las vulnerabilidades y se incrementan las capacidades.

El informe de la ONUSIDA, de junio de 2005, "Intensificando la Prevención del VIH", es objetivo en relación a los contextos de vulnerabilidad de los gais, otros HSH y personas transgénero, señalando que las estrategias de prevención fracasan cuando prevalecen restricciones legales y programáticas combinadas con prejuicio y estigma. Tales circunstancias relegan a estos grupos poblacionales a la clandestinidad y a la invisibilidad, dificultando el acceso a los servicios de salud y a las acciones de prevención. Consecuentemente, los avances en el campo de la promoción de la salud entre gais, otros HSH y personas transgénero están directamente relacionados con la eliminación de esas restricciones.

Los contextos de vulnerabilidad que determinan o que dejan a los gais, otros HSH y personas trans más susceptibles a la infección por el VIH y enfermedades de transmisión sexual, no se resumen exclusivamente a las dimensiones individuales y de comportamiento. Existen otros factores que también merecen la atención de los profesionales y gestores del sector salud, entre los cuales están la violencia y el prejuicio, las redes de interacción que se establecen en el plano de la cultura sexual y sus relaciones con el consumo de drogas, los espacios y puntos de encuentro tradicionales y no tradicionales. Los esfuerzos de prevención deben, por lo tanto, concebirse de manera que respeten esas y otras diferencias de identidad y prácticas sexuales existentes entre gais, otros HSH y travestis. De la misma forma, es importante que la superación de los contextos de vulnerabilidad amplíe y fortalezca el compromiso de esos grupos poblacionales y de las personas con VIH en las acciones de promoción de la salud y prevención de las ITS/VIH.

Según el estudio CAP realizado por el CIPAC en Diciembre 2012 y enero 2013 podemos observar lo siguiente : <sup>5</sup>

- Un 43.8% de las personas LGBT reconocen que en el último año se ha auto – medicado una o dos veces y un 34.4% ha recibido medicamentos de una persona que no es profesional en salud.
- Un 86.4% prefiere asistir a centros de atención de la salud privados.
- Entre un 15.3% y un 27.6% de las personas LGBT califican como malo o muy mala la calidad de los servicios de salud en el país.
- Un 17.6% considera que la atención en salud que reciben se caracteriza por la impaciencia, mientras que un 15.9% por la incomprensión. Un 26.2% considera que siempre o casi siempre se le trata diferente por su orientación sexual o su identidad de género.
- Un 20.5% de las personas LGBT manifestaron que los profesionales de la salud asumen que su problema de salud está asociado a una ITS.
- Un 15.3% de los/as encuestadas informaron que el proveedor de salud prefirió no estar solo a la hora de brindarle la atención.
- Un 50.7% de las personas trans entrevistadas identificaron malas experiencias en la atención a su salud.
- Los servicios administrativos, la recepción y la secretaría son los que presentan mayores niveles de rechazo, el 37.6% de la muestra identifica estas áreas como las problemáticas.
- Un 81.2% de la muestra solicita mayor sensibilidad y capacitación en el tema de la Diversidad Sexual con el fin de lograr servicios más amigables y con equidad.
- Un 53.3% solicita atención más personalizada.
- Un 85.7% de las mujeres trans manifiestan no haber recibido información sobre VIH, este porcentaje baja a 49.1% cuando de hombres gais se trata.

---

<sup>5</sup> Estudio CAP con proveedores de salud sobre barreras para la atención de la población LGBT en la Gran Área Metropolitana de Costa Rica, CIPAC, 2013

• De acuerdo a la muestra las 5 principales características que debe reunir un servicio de salud para ser amigable son:

- Cortesía (85.1%)
- Amabilidad (83.4%)
- Discreción (82.1%)
- Puntualidad (64.2%)
- Material específico para la población LGBT (61.5%)

Todas ellas viables para el sistema de salud costarricense sin que se involucre, necesariamente, grandes gastos o cambios para su implementación.

- Existe un prejuicio bastante extendido entre los/as profesionales de la salud en el sentido de atribuir a las personas de los colectivos LGBT una serie de problemas de salud vinculados con las ITS y el VIH.
- Los/as profesionales con mayor problema de prejuicio se encuentran en las disciplinas de Trabajo Social, odontología y el personal administrativo.
- Más de una tercera parte de los/as profesionales de la salud encuestados considera que debería ser obligatorio declarar la orientación sexual o la identidad de género a la hora de solicitar la atención de la salud, esto fundamentalmente por el “riesgo de infección” (44%).
- Un 17% de los/as profesionales de la salud manifiestan temor al atender a personas gays y un 11.3% al hacerlo a personas trans.
- Cerca de una cuarta parte de los/as profesionales entrevistadas opinan que las personas LGBT no deberían trabajar con niños/as, una proporción parecida considera que los gays son un riesgo potencial de transmisión del VIH (18.9%).
- Los hombres gays y las mujeres trans son los grupos hacia los que los/as profesionales de la salud sienten mayor incomodidad al atender (13.2% en ambas poblaciones)
- En relación a los sentimientos negativos experimentados por los/as profesionales de la salud al atender a personas LGBT:

% Sentimiento/ población	Gais	Lesbianas	Bisexual	Trans
Desprecio	5.7	1.9	5.7	1.9
Indignación	5.7	3.8	7.5	3.8
Molestia	11.3	5.7	9.4	11.3
Temor	17	7.5	9.4	11.3
<b>TOTAL</b>	<b>39.7%</b>	<b>18.9%</b>	<b>32%</b>	<b>28.3%</b>

En este Plan se encuentran descritas algunas de las dimensiones y elementos identificados que aumentan la vulnerabilidad de gais, otros HSH y personas trans frente a la infección del VIH y de las ITS, apuntando a identificar las dimensiones de los contextos de vulnerabilidad y, consecuentemente, definir y mejorar las acciones que puedan transformarlos.

## **Homofobia y Transfobia**

El término homofobia hace referencia a la aversión (fobia, del griego antiguo fobos, 'pánico') obsesiva contra hombres o mujeres homosexuales.

El efecto de todas las manifestaciones de este rechazo, desde la infancia, produce elementos negativos para la autoestima, dificultades en la sociabilidad y hostilidad que terminan, normalmente, en la exclusión de la convivencia familiar y en la discontinuidad de la educación formal, proyectando, entre otras cosas, grandes dificultades para la calificación y entrada al mercado de trabajo. Al estigma y a la discriminación se asocian situaciones de vida vinculadas a la clandestinidad, a un mayor grado de vulnerabilidad y riesgo para diferentes tipos de situaciones y a la marginalización. Los “guetos” o lugares de socialización exclusivas para estas poblaciones que establecen, a partir de esos contextos, se transforman en espacios de acogimiento e inclusión y, simultáneamente, en espacios productores de subculturas de resistencia y diversidad.

La exclusión o la convivencia hostilizada, asociadas a una perspectiva negativa de autoimagen – originada por la baja autoestima o aquella creada y fortalecida equivocadamente por los medios de comunicación, escuelas y religiones – expone a los gais, otros HSH y mujeres trans a la falta de seguridad y a la violencia en todas sus formas.

La principal característica de la violencia vivida por estos grupos poblacionales ha sido la agresión física (golpes, suicidios e intentos suicidas, asesinatos, entre otros), representando medidas extremas de intolerancia y de discriminación. Los casos de violencia física y crímenes practicados contra estos colectivos, permanecen en la mayoría de los casos, efectivamente, sin mecanismos de prevención o castigo. Este es, por lo tanto, el cuadro más frecuentemente mencionado como uno de los principales factores de vulnerabilidad a las ITS y al VIH entre estos grupos poblacionales.

## Baja percepción del riesgo

El término percepción fue adoptado principalmente por las disciplinas relacionadas con la conducta humana, y es utilizado para describir el proceso que ocurre cuando un evento físico es captado por los sentidos del ser humano y es procesado por el cerebro, donde se integra con anteriores experiencias, para darle un significado. Sin embargo, no se puede considerar a la percepción como un antecedente que se encuentra en la construcción mental de toda visión del mundo, sino como un producto sociocultural complejo y, por lo tanto, antes de ser un hecho aislado, en términos de sensaciones, es en su totalidad, una variedad de las características de la personalidad y de la conformación histórica de ésta última en relación a un determinado contexto ambiental, económico, político, social o cultural donde se plasma toda la vida humana.

La percepción se puede ubicar como un evento estructurado de manera sociocultural, entendida esta forma de percepción “sociocultural” como un proceso mediante el cual las personas se conocen y se evalúan entre sí y por el cual se considera la forma de cómo ocurren los hechos de su grupo social. De esta manera se puede considerar a la percepción enfocada al riesgo como un conjunto de factores ambientales, económicos, sociales, políticos, culturales y psicológicos que van a dar forma de esta percepción. La percepción se ha enfocado a examinar los juicios de los integrantes de los grupos sociales cuando se les solicita que evalúen sus actividades, condiciones del ambiente donde viven y elementos culturales. La percepción del riesgo en las sociedades esta relacionada con la interacción de diversos factores que de alguna manera influyen, condicionan, determinan o limitan la forma de valorar los efectos que éstos ocasionan.

La teoría del conocimiento sobre la percepción y evaluación de riesgos, explica que la percepción del peligro de las personas es una variable en función de lo que ellos mismos conocen sobre el riesgo que puede presentarse en ese momento y lugar. La gente puede percibir a los riesgos como peligrosos, pues por conocimiento empírico o científico sabe de los posibles daños o efectos que pueden ocasionar al ambiente, la sociedad y la infraestructura. En este sentido los pobladores de un determinado lugar se preocupan más sobre los riesgos que pueden afectar de manera directa o indirecta al bienestar de su familia o la comunidad, como ejemplo de esto se puede citar las sequías que afectan directamente a los cultivos y en consecuencia al suelo, la producción de alimentos para autoabastecimiento familiar y demás elementos biológicos adyacentes a su ámbito vivencial. Cada individuo o sociedad percibe y valora de diferente manera a las manifestaciones, efectos y consecuencias de los riesgos.

Desde el punto de vista de los científicos sociales, la comunicación del riesgo debe estar enfocada a describir las posibles consecuencias que afecten a las personas tomando en cuenta sus condiciones de educación, nivel de experiencia con respecto a la amenaza y sus diferencias culturales. La investigación sobre la percepción de riesgo basada en modelos culturales trata de descubrir qué características de la vida social provocan diferentes reacciones frente a un peligro (Douglas, 1982).

De esta forma, el riesgo es evidentemente subjetivo y se describe como un concepto que los seres humanos han construido para ayudarse a entender y hacer frente a los peligros e incertidumbres de la vida. Incluso consideran que los modelos objetivos están cargados de suposiciones y de datos que dependen del juicio del evaluador. Así como existen diversas metodologías para caracterizar y describir un riesgo, también hay diversas teorías que describen la manera en que éstos se comunican a la sociedad.

### **Negación del derecho a la libre orientación sexual y a múltiples identidades**

Esta realidad, vivida por la mayor parte de las personas pertenecientes a estos grupos poblacionales, opera concretamente sobre el derecho de libre expresión y manifestación de la sexualidad como derecho de ciudadanía. El desconocimiento sobre las cuestiones que engloban las diferencias entre sexo y género, sumado al elevado nivel de estigma y discriminación presentes en la sociedad y a la banalización de la homosexualidad y transgeneralidad son elementos que agregan una mayor relevancia a esta dimensión de la vulnerabilidad social de gais, otros HSH y de mujeres trans.

### **Dificultades de acceso al diagnóstico, a los insumos de prevención y al tratamiento de las ITS y sida**

El contexto de vulnerabilidad social se reproduce y se retroalimenta en diferentes contextos institucionales, especialmente en las áreas de educación, seguridad pública, trabajo y salud. En este último, la ausencia de programas de salud integral, la inadecuación estructural de los programas y servicios existentes y los abordajes orientados por percepciones equivocadas y basadas en estereotipos, tienen como resultante mayores dificultades de acceso, calidad y alcance de los servicios de salud, acompañado de un previsible alejamiento de estos grupos de las acciones para el cuidado y promoción de la salud.

Un ejemplo clásico de este hecho se relaciona con las personas trans que viven cotidianamente los innumerables efectos de esa realidad, originando una cultura de automedicación y de utilización de siliconas, aceites y hormonoterapia clandestina. Paradójicamente, la dimensión de la visibilidad, en términos de identificación de la orientación sexual y de género – sobre todo cuando está asociada a los contextos de vulnerabilidad institucional – corresponde, también, a una invisibilidad, en términos de conocimiento, datos e inserción social.

El difícil acceso a los servicios de salud tiene un reflejo negativo inmediato para la adopción de prácticas sexuales más seguras, para la búsqueda de la realización del examen, la consecuente detección temprana de enfermedades y para la baja adherencia al tratamiento.

A pesar de que estudios demostraron el aumento de la cobertura del examen de detección del VIH para gais y otros HSH aún es deficiente para una respuesta adecuada a la epidemia entre estos grupos. Este hecho también repercute negativamente en el dimensionamiento y conocimiento del impacto de la epidemia en estos grupos poblacionales y en la búsqueda de servicios de salud.

Al respecto del acceso a los insumos de prevención, sobre todo preservativos y gel lubricante, generalmente las directrices, la operacionalización de la distribución nacional y local y el acceso no se corresponden con las reales necesidades de los gais, otros HSH y de mujeres trans. Dicho desbalance, que necesita ser ajustado, se confronta también con mecanismos burocráticos y poco eficientes en relación a la dispensación de esos insumos, creando o reforzando barreras para el vínculo entre estos grupos poblacionales, los servicios de salud y las prácticas de prevención del VIH/ITS.

El debilitamiento y el compromiso de la salud mental, ocasionado por el estigma y la discriminación, la fragilidad y el desbalance entre el conocimiento sobre ITS/VIH/sida y la adopción de prácticas sexuales más seguras, la no percepción o negación de la vulnerabilidad al VIH y las ITS y el prejuicio, asociado al vivir con VIH/sida, son factores que llevan al consecuente alejamiento de las acciones de prevención y de promoción de la salud.

## Servicios de salud NO amigables

Un servicio amigable en salud, constituye una “forma” de concebir la actividad diaria al interior de las unidades de atención en salud. Esta “forma” orienta la organización y prestación de servicios de salud para la población (LGBT, en el caso de servicios para estas poblaciones específicas), y promueve su vinculación y participación para favorecer la prevención de problemas de salud.

Este tipo de servicios parte de la identificación y satisfacción de las necesidades de las personas LGBT en el ámbito de la salud, y promueve alternativas novedosas y adaptadas a su realidad. También ofrece otros servicios que las poblaciones específicas requieren y logra mantenerlos como usuarios continuos.

Así mismo, busca orientar a prestadores, aseguradores y tomadores de decisiones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en los procesos de planificación, ejecución, monitoreo y evaluación, para facilitar que los profesionales puedan cumplir con su corresponsabilidad en la integralidad de la atención, de acuerdo con las competencias y obligaciones establecidas en la Ley.

### Elementos de servicios de salud amigables:

1. Reconocer que el principal objetivo del Sistema es mejorar la salud de la población: lo esencial es permitir que las personas LGBT tomen decisiones a partir de información de calidad para que así puedan aumentar el control de su propia salud.
2. Reconocer la heterogeneidad del país: esto constituye un desafío para la organización de la prestación de servicios de salud, que obliga a la búsqueda de esquemas flexibles que den cuenta de las diferencias y respondan a las realidades epidemiológicas, sociales y culturales de la población. Cada persona, y cada contexto, adquieren sus propios rasgos. Cada LGB o T es un mundo aparte que debe ser abordado y apoyado con flexibilidad. Los servicios deben ofrecerse a la medida de cada usuario, ajustándose a sus necesidades y posibilidades. Son los servicios los que se deben ajustar a la población LGBT y no a la inversa.
3. Promover los enfoques de atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo de la calidad, como ideales de la prestación de servicios de salud: la mejor evaluación es la que tiene que ver con la satisfacción de las necesidades de las poblaciones LGBT. El resto de procesos internos tienen sentido si contribuyen con dicho objetivo.
4. Permitir el diseño y aplicación de diferentes modelos de prestación de servicios, de manera que los servicios de salud den respuesta a las necesidades y condiciones particulares de la población, en especial a la que se encuentra en situación de vulnerabilidad: las personas LGBT afro descendientes, las personas LGBT con algún grado de discapacidad, las de la ciudad, las rurales, entre otras, tienen particularidades y necesidades distintas. Se espera que los servicios amigables estén hechos para cada grupo de población y sean tan flexibles que puedan responder a sus distintas necesidades.

5. Reconocer la necesidad de explorar y fortalecer todas las posibilidades que tienen las comunidades de organizarse para solucionar sus problemas de salud y de articular la respuesta de los prestadores de servicios de salud a las necesidades de sus usuarios: admitir la necesidad de generar capacidades e incrementar habilidades en los individuos, grupos, organizaciones, instituciones y comunidad, con el fin de lograr los objetivos y metas del sistema de salud. Cuando las poblaciones LGBT identifican sus propias necesidades y plantean cómo solucionarlas, ponen en juego todas las riquezas o fortalezas de sí mismos, de sus grupos y de sus pares. La institución de salud no podrá tener mejores aliados que los mismos colectivos LGBT organizados.

**En síntesis, las características de un servicio amigable son:**

Tiene en cuenta a la población LGBT facilitando su acceso y oportunidad frente al servicio. Para ello, establece horarios especiales y ubica el servicio en lugares donde puedan acceder con facilidad. Además, señala adecuadamente la institución para guiarles hacia el servicio.

- Garantiza profesionales idóneos para el trabajo con estos colectivos, independientemente de la infraestructura o la estrategia para programación de consulta.
- Los profesionales y personal del servicio (incluido personal administrativo, de servicios generales, y vigilantes) establecen un diálogo abierto con las personas LGBT.
- Si es necesario, se define un tiempo más prolongado de acuerdo a las necesidades y enmarcado en una política institucional de atención para poblaciones LGBT.
- Las personas son el centro de interés y se optimiza el sistema de información para reducir el tiempo de generación de registros.
- La oferta de servicios es amplia y procura responder a las necesidades de los colectivos, acorde a las normas establecidas para ello, y a las expectativas de las personas LGBT al respecto.
- Existen, se conocen y utilizan los protocolos de atención.
- Las personas LGBT se reconocen como sujetos de derechos y, por lo tanto, capaces de tomar decisiones.
- Todos y todas son bienvenidos/as.
- Se ofrecen servicios adecuados a las necesidades de toda la población que demanda servicios.
- Se trabaja con enfoque de género y respeto por la diversidad sexual.
- Existen procedimientos que garantizan el manejo de la confidencialidad.
- Se promueve la participación en la planeación, ejecución y evaluación para la mejora del servicio.
- El servicio de salud promueve la participación LGBT, social y comunitaria e interactúa como promotor de desarrollo para su área de influencia.

## Aplicaciones:

Hay muchas maneras de convertir en amigable el servicio de salud. Sin embargo, en las distintas experiencias se han logrado identificar tres modalidades básicas:

- Centro amigable en salud para LGBT: Es un espacio físico independiente, por sí mismo puede conformar un área de atención de la salud, tiene profesionales especializados y designados específicamente para dicho servicio. Mantiene un horario permanente y estable, y está diseñado para atender exclusivamente a las poblaciones LGBT.
- Unidades amigables en salud para LGBT: En este caso se comparte la infraestructura con el servicio de salud, pero se cuenta con un horario diferenciado y algunos ambientes exclusivos para poblaciones LGBT. Los profesionales que atienden han sido capacitados especialmente para esta tarea, pero su labor no está circunscrita sólo a la atención de este sector poblacional. Existe una adecuada señalización para orientarles hacia los servicios de atención diferenciada.
- Consulta diferenciada. Cuando la institución de salud no cuenta con infraestructura mínima para constituir una unidad amigable, debe tener un profesional de la salud debidamente formado para ofrecer una atención de calidad, dentro de la programación de consulta diaria, pero guardando la confidencialidad y el respeto por las personas LGBT.

Cualquiera de estas opciones o la combinación de sus características puede darse en los municipios y diferentes territorios del país. Las tres modalidades también pueden ser entendidas como una forma gradual de organizar la prestación de servicios para LGBT, que incorpora gradualmente acciones y servicios, de acuerdo con las necesidades de la población específica y los recursos disponibles en la institución o país.

## **OBJETIVO GENERAL**

**Responder a la epidemia del VIH y de las ITS en Costa Rica entre gais, otros HSH y mujeres trans, por medio de la reducción de vulnerabilidades, estableciendo políticas de prevención, promoción y atención integral de la salud.**

# DIRECTRICES GENERALES

- 1.** Garantizar el respeto a los derechos humanos y sexuales de gais, otros HSH y de poblaciones trans, combatiendo cualquier práctica de estigma y discriminación.
- 2.** Garantizar el respeto a la diversidad sexual y de género, incluyendo este abordaje en todas las acciones de la respuesta nacional al VIH y las ITS realizadas en el país.
- 3.** Promover la universalidad y la equidad en el acceso de gais, otros HSH y de mujeres trans a los servicios y acciones de salud en todos los niveles de gestión del sistema de Salud Nacional, público y privado, garantizando la realización de acciones descentralizadas en el ámbito de las provincias y regiones de salud.
- 4.** Garantizar la intersectorialidad y la transversalidad en la formulación y ejecución de este Plan, promoviendo, entre otras cosas, alianzas estratégicas entre gobierno y las poblaciones LGBT, de poblaciones trans y de lucha contra el VIH.
- 5.** Garantizar, en todos los niveles de gestión del sistema de salud, el funcionamiento efectivo de instancias de interlocución entre gobierno y movimientos sociales, desarrollando y difundiendo instrumentos que favorezcan el control ciudadano de las acciones dirigidas a la reducción de los contextos de vulnerabilidad a las ITS/VIH entre gais, otros HSH y poblaciones trans.
- 6.** Estimular y ampliar, en todos los niveles de gestión del sistema de salud, la participación efectiva de la sociedad civil en procesos de definición e implantación de estrategias para la reducción de los contextos de vulnerabilidad de gais, de poblaciones trans y de otros HSH, mejorando mecanismos existentes para financiamiento de proyectos dirigidos a esos segmentos y para la articulación de estas acciones con las de la red pública de salud.
- 7.** Fundamentar las acciones realizadas por el gobierno y por la sociedad civil en el desarrollo de nuevos abordajes y tecnologías de promoción de la salud y comunicación, en experiencias exitosas en estas áreas, en el conocimiento acumulado sobre identidades sexuales, vulnerabilidades y reducción de daños y en la metodología de educación por pares.
- 8.** Incorporar la diversidad relacionada a los gais, otros HSH y poblaciones trans como base del desarrollo de acciones para la reducción de las vulnerabilidades a las ITS y VIH, considerando aspectos religiosos, de prácticas sexuales, generacionales, étnicos, sociales, de status conyugal y de status serológico, entre otros.

**AGENDA AFIRMATIVA**  
**PARA GAIS Y**  
**OTROS HSH**



## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.** Priorizar acciones de respuesta a las ITS/VIH dirigidas a los gais y otros HSH desde el punto de vista técnico, político y financiero en todos los niveles de atención de la salud.
- 2.** Contribuir en la reducción de las vulnerabilidades a las ITS/VIH asociadas a las expresiones de la homofobia institucional, social e individual.
- 3.** Promover políticas y acciones intersectoriales para dar respuesta a las ITS/VIH que garanticen la inclusión de las distintas realidades de vida de gais y otros HSH.
- 4.** Mejorar el conocimiento sobre necesidades, comportamientos, actitudes, prácticas (sexuales y otras), contextos de vulnerabilidad, y escenario epidemiológico de gais y otros HSH para subsidiar acciones de respuesta a las ITS/VIH.
- 5.** Fomentar la implementación nacional de metodologías de prevención de las ITS/VIH para gais y otros HSH comprobadamente exitosas e invertir en nuevas metodologías, acompañando los cambios del contexto de la epidemia.
- 6.** Garantizar el acceso integral y universal a los insumos para la prevención de las ITS/VIH para gais y otros HSH.

# METAS, ACTIVIDADES Y PLAZOS

## Objetivo 1

**Priorizar acciones de respuesta a las ITS/VIH dirigidas a los gais y otros HSH desde el punto de vista técnico, político y financiero en todos los niveles de atención de la salud.**

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	PLAZOS
1. Los Planes Operativos Anuales de CONASIDA incluyen acciones concretas para la priorización de estas poblaciones.	1.1. Elaborar propuesta una específica para la inclusión y priorización de estas poblaciones en el POA 2015 y siguientes. 1.2. Presentar y negociar con CONASIDA aprobación de inclusión de propuestas. 1.3. Monitorear cumplimiento de acciones específicas.	Inicia 2015 y continúa anualmente.
2. Plan Nacional Estratégico 2015 – 2020 enfoca objetivos, acciones y estrategias concretas hacia estas poblaciones.	1.1. Gestionar la participación de estos colectivos en la elaboración del PEN 2016-2021 1.2. Presentar propuestas que respondan a las especificidades de estos colectivos en prevención, atención y tratamiento del VIH e ITS. 1.3. Defender y verificar que propuestas se mantengan en documento final aprobado.	2015
3. El Plan Nacional de respuesta a la epidemia de VIH e ITS para gais, HSH y mujeres trans es aprobado.	3.1. Gestionar ante el CONASIDA la creación de este Plan, como parte integral y complementaria del PEN, que incorpore metodologías de cambio de comportamiento, mejoramiento del auto estima, auto –confianza, entre otras. 3.2. Validar propuesta del Plan con poblaciones meta, organizaciones sociales y funcionarios/as públicos. 3.3. Gestionar aprobación por parte del CONASIDA del Plan. 3.4. Diagramar y difundir el Plan a nivel nacional e interinstitucional. 3.5. Monitorear implementación del Plan.	2015
4. Las acciones y estrategias para responder al VIH en Gais y HSH han sido costeadas.	4.1. Buscar cooperación técnica necesaria para que el Plan sea aprobado con el costeo realizado. 4.2. Implementar consultoría para costear el Plan una vez haya sido aprobado por CONASIDA. 4.3. Incluir costeo del Plan en plan de difusión.	2015
5. Las inversiones en prevención por parte del Estado y Agencias de Cooperación bilateral destinan recursos (al menos el 10%) para estas poblaciones.	5.1. Con base en el Plan y su respectivo costeo, estimar la inversión mínima necesaria para cubrir la meta inicial del 10%. 5.2. Realizar gestiones ante las autoridades de salud, la CCSS, instituciones públicas y las agencias de cooperación para alcanzar la inversión inicial en prevención del 10%. 5.3. Monitorear gestión y aplicación de los recursos de acuerdo con el Plan y su costeo.	2016

## Objetivo 2

**Contribuir en la reducción de las vulnerabilidades a las ITS/VIH asociadas a las expresiones de la homofobia institucional, social e individual.**

<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PLAZOS</b>
1. Las autoridades en salud, trabajo y educación realizan gestiones para reducir las manifestaciones de homofobia institucional, social e individuales.	1.1. Gestionar equipos técnicos en cada uno de los sectores para elaborar Planes institucionales de reducción de la Homofobia. 1.2. Construir los 3 planes institucionales de reducción de la homofobia. 1.3. Socializarlos internamente e implementar las acciones incluidas en ellos.	2015-2017
2. Se han incluido mensajes en los medios de comunicación masiva que promueven el respeto y los derechos de los gays y HSH.	2.1. Elaborar las propuestas de mensajes e imágenes contra la homofobia y sus manifestaciones. 2.2. Hacer las piezas comunicacionales requeridas. 2.3. Gestionar ante los medios de comunicación del Estado espacios gratuitos para transmisión de mensajes. 2.4. Monitorear medios y respuesta de la sociedad.	2015- 2017
3. El país cuenta con un informe anual oficial de la situación de derechos Humanos de estos colectivos.	3.1. Gestionar con el Proyecto Estado de la Nación, con la Defensoría de los/as Habitantes, con autoridades universitarias o con la sociedad civil organizada LGBT la elaboración y los parámetros de contenidos de un informe anual de la situación de los derechos de estos colectivos. 3.2. Colaborar y participar en la recolección de información y denuncias. 3.3. Publicar y socializar principales resultados e indicadores de derechos en forma anual.	2017
4. Salud, educación y Trabajo cuentan con mecanismos establecidos de denuncia y seguimiento a violación de derechos por parte de gays y otros HSH.	4.1. Crear equipos técnicos institucionales que estudien y analicen los posibles mecanismos y formas de respuesta a denuncias por homofobia. 4.2. Validar propuestas de mecanismos de recepción de denuncias y seguimiento de las mismas. 4.3. Difundir ampliamente mecanismos de denuncia institucionales. 4.4. Monitorear denuncias y seguimiento de casos. 4.5. Incorporar denuncias y seguimiento de casos en informes anuales.	2016
5. Protocolo de atención en salud para poblaciones gays y otros HsH elaborado y aprobado	5.1. Comisión nombrada por CONASIDA crea protocolo de atención en salud para poblaciones trans. 5.2. CONASIDA aprueba protocolo de atención en salud para poblaciones trans. 5.3. CCSS y el MS socializan y piden la puesta en práctica de un protocolo de atención en salud para poblaciones trans. 5.4. CONASIDA con el apoyo de la CCSS identifican centros centinelas para brindar atención amigable y libre de discriminación a poblaciones gays y de otros HsH.	2015-2016

### Objetivo 3

**Promover políticas y acciones intersectoriales para dar respuesta a las ITS/VIH que garanticen la inclusión de las distintas realidades de vida de gais y otros HSH.**

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	PLAZOS
1. Se ha incluido en los calendarios oficiales de instituciones públicas el 17 de mayo como DÍA NACIONAL CONTRA LA HOMOFOBIA; LA LESBOFOBIA Y LA TRANSFOBIA	1.1. Identificar las diferentes herramientas de planificación de las instituciones públicas y sus publicaciones. 1.2. Gestionar el apoyo del Ministerio de Salud para la inclusión de la fecha en estas herramientas. 1.3. Solicitar la inclusión ante las autoridades respectivas en cada institución pública.	2015-2016
2. Ministerios de Trabajo, Salud, Educación y Seguridad visibilizan y capacitan a sus funcionarios/as en Diversidad Sexual y Derechos Humanos.	2.1. Establecer y capacitar equipos replicadores de los procesos de sensibilización a funcionarios/as públicos. 2.2. Establecer alianzas con diversas organizaciones LGBT en el país para realizar procesos de sensibilización y revisión de resultados. 2.3. Agendar e implementar procesos de sensibilización a funcionarios/as públicos, principalmente de las instituciones señaladas.	2015-2017
3. Ministerio de Salud, Colegio de Médicos y CCSS realizan Foros sobre los daños producidos por la homofobia.	3.1. Identificar a expertos en daños asociados a la homofobia a nivel nacional e internacional. 3.2. Elaborar material específico sobre los efectos de la homofobia en hombres gais y otros HSH. 3.3. Coordinar la realización de un Foro anual, con la participación de expertos, con participación abierta e invitación especial a medios de comunicación masiva. 3.4. Realizar anualmente estos foros de discusión con recomendaciones para la reducción de la homofobia social.	2016-2018
4. Los principales partidos políticos del país han incluido el tema de respeto de la Diversidad Sexual en sus agendas y programas de campaña electoral.	4.1. Establecer contacto con los/as candidatos/as a la Presidencia de los distintos partidos políticos y con sus principales asesores. 4.2. Gestionar un encuentro de estos líderes políticos y sus asesores con activistas de derechos LGBT. 4.3. Presentar documentación e información sobre el daño de la Homofobia social y su impacto para la salud, física y mental, de la sociedad en general y los colectivos en particular. 4.4. Solicitar formalmente la inclusión del respeto a la Diversidad Sexual en las Agendas políticas de los diferentes partidos políticos.	2017

<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PLAZOS</b>
<p>5. El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Consejo de Salud Ocupacional desarrollan acciones dirigidas a la ampliación de la Responsabilidad Social empresarial en la respuesta a las ITS y VIH entre gays y HSH.</p>	<p>5.1. Difundir ampliamente la Directriz del CSO sobre manejo y abordaje del VIH en el lugar de trabajo entre las empresas y cámaras de comercio del país.  5.2. Elaborar documentación de respaldo a argumentos de inclusión del VIH e ITS en la Responsabilidad Social Empresarial en Costa Rica.  5.3. Gestionar reuniones y encuentros de debate con autoridades de Trabajo en el país para solicitar la ampliación de la RSE hacia los temas de prevención de VIH e ITS.  5.4. Una vez aprobada la ampliación, difundir ampliamente el acuerdo tomado entre las empresas privadas.  5.5. Apoyar alianzas entre la empresa privada, el Gobierno y la sociedad civil LGBT para promover la realización de actividades de prevención, libres de discriminación homofóbica, de prevención de VIH e ITS como parte de la RSE.</p>	<p>2015-2018</p>
<p>6. Ley General de VIH es actualizada de conformidad con lo negociado con la sociedad civil organizada.</p>	<p>6.1. Presentar proyecto de reforma a Ley de VIH consensuado entre el gobierno y la sociedad civil organizada que trabaja en el tema.  6.2. Realizar gestiones y reuniones de apoyo e impulso del proyecto de Ley.  6.3. Socializar texto de nueva ley de VIH entre toda la población, haciendo énfasis en poblaciones PEMAR y personas con VIH.</p>	<p>2015</p>

## Objetivo 4

**Mejorar el conocimiento sobre necesidades, comportamientos, actitudes, prácticas (sexuales y otras), contextos de vulnerabilidad, y escenario epidemiológico de gais y otros HSH para subsidiar acciones de respuesta a las ITS/VIH.**

<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PLAZOS</b>
1. En Costa Rica se investiga y documenta la situación de gais y HSH, tanto en lo relacionado directamente con VIH e ITS, como en su vulnerabilidad social.	1.1. Definir las líneas prioritarias de investigación clínica y social necesarias. 1.2. Articular esfuerzos con Universidades, organizaciones no gubernamentales y otros centros de investigación en el país para realizar los estudios prioritarios establecidos. 1.3. Buscar recursos financieros y técnicos para la realización de las investigaciones. 1.4. Implementar investigaciones 1.5. Difundir ampliamente resultados 1.6. Crear una base de datos electrónica, de libre acceso, que incluya los resultados de las investigaciones.	2015- 2016
2. Costa Rica reporta y monitorea los sitios centinela y servicios de salud prestados a gais y otros HSH.	2.1. Establecer un mecanismo de reporte de denuncias de violación de derechos en servicios de salud para poblaciones LGBT. 2.2. Se crea un sistema central de registro y monitoreo de calidad de servicios de salud. 2.3. Se analizan las recomendaciones y se les da seguimiento. 2.4. Se incluyen los reportes y acciones de respuesta en el Informe de DDHH LGBT de cada año.	2015-2016
3. El país da seguimiento a las recomendaciones del Informe Anual de DDHH de los Colectivos LGBT.	3.1. Sistematizar las recomendaciones del Informe Anual, indicando acciones correctivas e indicadores específicos por cada una de ellas. 3.2. Construir un plan de respuesta anual a las recomendaciones del Informe Anual de DDHH LGBT. 3.3. Implementar las distintas acciones señaladas en este plan. 3.4. Monitorear y comparar las recomendaciones del siguiente informe y adaptar el Plan de Respuesta.	2015-2018

## Objetivo 5

**Fomentar la implementación nacional de metodologías de prevención de las ITS/VIH para gais y otros HSH comprobadamente exitosas e invertir en nuevas metodologías, acompañando los cambios del contexto de la epidemia.**

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	PLAZOS
1. Costa Rica cuenta con una sistematización oficial de metodologías de prevención de VIH e ITS, exitosas e innovadoras, para gais y HSH.	1.1. Diseñar intersectorialmente metodologías atractivas y adecuadas al país y a la población específica. 1.2. Validar las metodologías diseñadas con las poblaciones meta específicas. 1.3. Imprimir y socializar las metodologías entre la sociedad civil organizada que trabaja en VIH.	2015
2. Las autoridades de salud capacitan y fortalecen las habilidades de prevención de las organizaciones LGBT para la implementación de estas metodologías exitosas e innovadoras.	2.1. Levantar un inventario de necesidades de fortalecimiento para implementación de las metodologías diseñadas entre la sociedad civil organizada. 2.2. Estructurar un Plan de fortalecimiento de acuerdo a las necesidades y debilidades reales de la sociedad civil. 2.3. Implementar plan de fortalecimiento de sociedad civil.	2015-2018
3. Gobierno y sociedad civil organizada priorizan implementación proyectos con aplicación de estas metodologías para gais y HSH.	3.1. Elaboración con junta de contenidos y mensajes para poblaciones específicas, ajustados a las metodologías y poblaciones específicas. 3.2. Elaborar material de apoyo a metodologías recomendadas. 3.3. Implementar metodologías que fortalezcan auto estima, auto control, auto confianza y percepción del riesgo entre las poblaciones PEMAR.	2015
4. Gobierno y sociedad civil monitorean y evalúan los resultados de la implementación de metodologías aprobadas.	4.1. Diseñar un sistema de reporte periódico de implementación de metodologías por parte de la sociedad civil al CONASIDA. 4.2. Elaborar un informe periódico de resultados conjuntos. 4.3. Realizar una sesión anual de evaluación para ajustes y observaciones a metodologías.	2016-2018
5. Las carreras en ciencias de la salud de diferentes universidades incluyen contenidos de sensibilización hacia las poblaciones PEMAR y de ampliación de conocimientos del VIH.	5.1. Establecer una Sub Comisión del CONASIDA con apoyo de ONG's de las poblaciones PEMAR encargada de darle seguimiento al tema de contenidos en carreras de la salud. 5.2. Establecer contactos con universidades y facultades o escuelas específicas para análisis de contenidos actuales y vacíos identificados. 5.3. Elaborar propuestas inclusivas de la diversidad sexual y del VIH en materias de diferentes carreras de la salud. 5.4. Dar seguimiento y gestionar inclusión de contenidos en Universidades de estas dos temáticas.	2015-2016

## Objetivo 6

Garantizar el acceso integral y universal a los insumos para la prevención de las ITS/VIH para gays y otros HSH.

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	PLAZOS
1. Gobierno y sociedad civil mejoran acceso y disponibilidad de insumos para la prevención para poblaciones más vulnerabilizadas.	1.1. Aprobar el Plan de Acceso Universal a condones masculinos y femeninos del país. 1.2. Aprobado formato final del Contrato entre ONG's y CCSS para distribución de condones entre poblaciones PEMAR. 1.3. Implementar acuerdo de distribución y promoción del uso correcto de condones de la CCSS a través de convenios con las ONG's que trabajan con estos colectivos.	2015
2. Gobierno y sociedad civil colaboran para promover uso correcto de los condones.	2.1. Creación y difusión de mensajes masivos sencillos y claros de promoción del uso de los condones en los colectivos PEMAR. 2.2. Elaborar material impreso y audio visual de promoción para las poblaciones específicas. 2.3. Difundir ampliamente los mensajes promotores del uso correcto de los condones y lugares y mecanismos de distribución para las poblaciones específicas.	2015-2018

**AGENDA AFIRMATIVA**  
**PARA POBLACIONES**  
**TRANSGÉNERO**



## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.** Priorizar las acciones de respuesta a las ITS/VIH dirigidas a poblaciones trans, desde el punto de vista técnico, político y financiero.
- 2.** Ampliar la cobertura geográfica y la calidad de las acciones de prevención, asistencia y tratamiento del VIH, las ITS y hepatitis, para mujeres trans, considerando nuevas tecnologías de educación en salud y considerando también demandas y especificidades de este grupo poblacional.
- 3.** Promover la visibilidad positiva de las poblaciones trans junto a las instancias gubernamentales, servicios de salud y la población en general para reducir las vulnerabilidades que dejan a este grupo más susceptible a la infección por el VIH e ITS.
- 4.** Producir conocimiento sobre representatividad en la población costarricense, participación en la epidemia del VIH, características y vulnerabilidades socioculturales y económicas y prácticas específicas de las mujeres trans frente a la infección por las ITS y por el VIH.

# METAS, ACTIVIDADES Y PLAZOS

## Objetivo 1

Priorizar las acciones de respuesta a las ITS/VIH dirigidas a poblaciones trans, desde el punto de vista técnico, político y financiero.

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	PLAZOS
1. Planes Operativos Anuales de CONASIDA incluyen acciones concretas para la priorización de esta población.	1.1. Elaborar propuesta específica para inclusión y priorización de estas poblaciones en el POA 2015 y siguientes. 1.2. Presentar y negociar con CONASIDA aprobación de inclusión de propuestas. 1.3. Monitorear cumplimiento de acciones específicas.	Inicia 2015 y continúa anualmente.
2. Plan Nacional Estratégico 2015 – 2020 enfocado objetivos, acciones y estrategias concretas hacia estas poblaciones.	2.1. Gestionar la participación de estos colectivos en la elaboración del PEN 15-20 2.2. Presentar propuestas que respondan a las especificidades de estos colectivos en prevención, atención y tratamiento del VIH e ITS. 2.3. Defender y verificar que propuestas se mantengan en documento final aprobado.	2015
3. El Plan Nacional de respuesta a la epidemia de VIH e ITS para gais, HSH y poblaciones trans aprobado.	3.1. Diagramar y difundir el Plan a nivel nacional e interinstitucional. 3.2. Monitorear implementación del Plan.	2015

<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PLAZOS</b>
4. Acciones y estrategias para responder al VIH en poblaciones trans costeadas.	4.1. Buscar cooperación técnica necesaria para costear el Plan aprobado. 4.2. Implementar consultoría para costear el Plan una vez haya sido aprobado por CONASIDA. 4.3. Incluir costeo del Plan en plan de difusión.	2015-2016
5. Las inversiones en prevención por parte del Estado y Agencias de Cooperación bilateral destinan recursos (al menos el 15% del presupuesto destinado a prevención) para estas poblaciones al cabo de la implementación del presente Plan.	5.1. Con base en el Plan y su respectivo costeo, elaborar las estrategias institucionales para incrementar los recursos destinados a la prevención del VIH en estas poblaciones en, al menos, un 5% anual en los años incluidos en el presente Plan. 5.2. Realizar gestiones ante las autoridades de salud, la CCSS, instituciones públicas y las agencias de cooperación para alcanzar un 15%, al menos, de inversión en prevención en estas poblaciones. 5.3. Monitorear gestión y aplicación de los recursos de acuerdo con el Plan y su costeo.	2018

## Objetivo 2

**Ampliar la cobertura geográfica y la calidad de las acciones de prevención, asistencia y tratamiento del VIH, las ITS y hepatitis, para poblaciones trans, considerando nuevas tecnologías de educación en salud y considerando también demandas y especificidades de este grupo poblacional.**

<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PLAZOS</b>
1. Protocolo de atención en salud para poblaciones trans elaborado y aprobado.	1.1. Comisión nombrada por CONASIDA crea protocolo de atención en salud para poblaciones trans. 1.2. CONASIDA aprueba protocolo de atención en salud para poblaciones trans. 1.3. CCSS y el MS socializan y piden la puesta en práctica de un protocolo de atención en salud para poblaciones trans.	2015-2016
2. Mapeo de clínicas y hospitales con capacidad para brindar atención amigable y libre de discriminación a poblaciones trans, elaborado y socializado.	2.1. CONASIDA con el apoyo de la CCSS identifican centros centinelas para brindar atención amigable y libre de discriminación a poblaciones trans.	2015
3. Funcionarios de las clínicas y hospitales seleccionados para atención a poblaciones trans Capacitados y sensibilizados.	3.1. CONASIDA coordina las capacitaciones y procesos de sensibilización con centros centinelas, clínicas y hospitales para la atención de poblaciones trans.	2015-2016
4. Poblaciones trans conocen lugares amigables para su atención en salud.	4.1. CONASIDA con el apoyo de la CCSS, el MS y las ONG's, desarrollan campaña de difusión e información sobre espacios de salud libres de discriminación por orientación sexual e identidad de género.	2015- 2017

### Objetivo 3

**Promover la visibilidad positiva de las poblaciones trans junto a las instancias gubernamentales, servicios de salud y la población en general para reducir las vulnerabilidades que dejan a este grupo más susceptible a la infección por el VIH e ITS.**

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	PLAZOS
1. Instituciones de Educación Pública, brindan espacios de estudio libre de discriminación a poblaciones trans.	1.1. El INA y todas las instituciones encargadas de educación técnica o profesional, realizan esfuerzos como campañas informativas y barridas de reclutamiento a poblaciones LGBTI en sus instituciones. 1.2. Se aprueban becas para educación dirigidas a poblaciones LGBTI de escasos recursos económicos.	2016  2016
2. Población trans informada sobre lugares de estudio libres de discriminación por orientación sexual e identidad de género.	2.1. Campañas de información por diferentes medios, escrita, oral, por redes sociales, etc.	2015-2018
3. Servicio Civil aprueba política de no discriminación por orientación sexual e identidad de género.	3.1. El servicio civil inicia procesos de sensibilización por orientación sexual e identidad de género en su personal. 3.2. Servicio Civil redacta y aprueba política de no discriminación por orientación sexual e identidad de género. 3.3. Servicio Civil conoce las instituciones públicas que han firmado políticas de no discriminación por orientación sexual e identidad de género y conoce su demanda de personal.	2015  2016  2017
4. Servicio Civil promueve el concurso de poblaciones LGBTI para puestos públicos.	4.1. Servicio Civil sin exigir que se indique la orientación sexual o la identidad de género de los/as participantes, promueve cuotas de poblaciones LGBTI en puestos públicos.	2017-2018
5. Ministerio de Trabajo promueve la contratación de poblaciones LGBTI tanto en el ámbito público y el privado.	5.1. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, promoviendo cuotas tanto en el sector público como privado para la contratación de población LGBTI.	2017

## Objetivo 4

**Producir conocimiento sobre representatividad en la población costarricense, participación en la epidemia del VIH, características y vulnerabilidades socioculturales y económicas y prácticas específicas de las poblaciones trans frente a la infección por las ITS y por el VIH.**

<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PLAZOS</b>
1. Talla de poblaciones LGBTI conocidas.	1.1. Estudio sobre tallas poblacionales incluyendo poblaciones LGBTI con base científica.	2015
2. Datos sobre población trans en trabajo sexual.	2.1. Estudios de tallas de población trans en trabajo sexual .	2015
3. Datos de población trans y sus grados académicos.	3.1. Estudio sobre población trans, grados académicos y posibilidades reales de estudio y trabajo.	2015-2016
4. Población trans e infección de VIH y otras ITS.	4.1. Estudio de prevalencia en poblaciones trans y trans en trabajo sexual.	2015-2017
5. Reconocidos los derechos fundamentales de las poblaciones trans tanto femeninas como masculinos.	5.1. Estudios de necesidades incluyendo trabajo, salud, educación y derechos civiles de poblaciones trans tanto femeninas como masculinos. 5.2. Desarrollo de estrategias para eliminar las barreras sociales para el reconocimiento de derechos de las poblaciones trans.	2017 2016-2017

# **BIBLIOGRAFÍA**

**<http://bvpad.indec.gov.pe/doc/pdf/esp/doc852/doc852-contenido.pdf>**

**Definición de vulnerabilidad - Qué es, Significado y Concepto:**

**<http://definicion.de/vulnerabilidad/#ixzz2RIR3Z6TV>**

**<http://www.eumed.net/libros-gratis/2007a/235/27.htm>**

**“Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes:**

Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia” , UNFA Colombia.

**Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). (2011). Censo 2011.**

**<http://www.inec.go.cr/Web/Home/pagPrincipal.aspx>**

**<http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/costarica/>**

**Estudio MoT, Ministerio de Salud, 2013**





**PLAN NACIONAL DE RESPUESTA  
A LA EPIDEMIA DE VIH E ITS  
EN POBLACIONES GAIS, HSH Y TRANSGÉNERO  
DE COSTA RICA  
2015 - 2018**

**SAN JOSÉ, 2014**



**Consejo Nacional de  
Atención Integral  
del VIH-SIDA**