GERENCIA MÉDICA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS

Manual de Procedimientos para la Atención Integral en salud de los Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) y las Personas Trans Femeninas

(Código M-GM-DDSS-AAIP.111217)

San José, Costa Rica
2018

ELABORADO POR	**Mtr. Oscar Valverde Cerros, Psicólogo** **Mts. Laura Sánchez Calvo, Psicóloga**	**Consultor** **Consultora**
VALIDADO POR	**Marianella Vega Alvarado**	Consultora Asociada
	Juan Pablo Rodríguez Vásquez	Consultor Asociado
	Gloria Terwes Posada, Médica	Área de Atención Integral a las Personas
	José Miguel Rojas Hidalgo	Enlace Regional VIH/sida, Dirección Regional Central Sur
	Luis Diego Marín Carballo	Epidemiología Dirección Regional Central Norte.
	Alejandra Villalobos Esquivel	Epidemiología Dirección Regional Central Norte
	Ingrid Quesada Mata	Coordinación Nacional Trabajo Social
	Nidia Morera Murillo	Medicina
	Shirley Ramírez Moya	Coordinación Nacional de Enfermería
	Dilanya Cordero Chávez	Psicología, Heredia Virilla
	Eduardo Manuel Barbato Largaespada	Enlace regional VIH/sida, Dirección Regional Chorotega
	Carolina Herrera Ulate	Área de Salud Mata Redonda-Hospital
	Jaqueline Monge Medina	Enfermería
	Pedro de Jesús Carrillo Dover	Enlace regional VIH/SIDA, Dirección Regional Pacifico Central
	Martha Morales Fernández	Enfermería
	Laura Sánchez Ortiz	Epidemiología
	Alfonso Villalobos Pérez	Coordinación Nacional de Psicología
	William Arce Ramírez	Enlace regional VIH/sida, Odontología
	Elenita Ramírez	SAVE
	Emilia Ma. Monge Castro	Área de Salud Mata Redonda Hospital
	Jonathan Salas Salas	Área de Salud Catedral Noreste
	Tatiana Picado Le-Frank	Enlace Regional VIH/sida, Dirección Regional Central Sur
	Alejandra Trejos	Enfermería Dirección Regional Central Sur
	Anggie Ramírez Morera	Asesora Médica Área de Atención Integral a las Personas
REVISADO POR	**Raul Sanchez Alfaro**	Dirección Desarrollo Servicios de Salud
	Hugo Chacon Ramirez Director	Jefe Área Atención Integral a las Personas
APROBADO POR	**Dra. María Eugenia Villalta Bonilla**	Gerencia Médica.
FECHA EMISIÓN	**2017**	
PRÓXIMA REVISIÓN	**2020**	
OBSERVACIONES	**Este Manual se desarrolló en el contexto del Proyecto "Costa Rica, un modelo sostenible de prevención combinada y atención a la población HSH y trans femenina" el cual se desarrolla entre el periodo 2015-2018 y es subvencionado por el Fondo Mundial deha contra el sida, la tuberculosis y la malaria. La consultoría para la elaboración de este Manual, así como las actividades de consulta y validación han sido financiadas por este Proyecto.**	

Índice

1. PRESENTACIÓN 05

2. INTRODUCCIÓN 07

2.1 Estado de situación de la salud de los HSH y las personas trans

2.1.1 Obstáculos socioculturales, legales y estructurales a la atención de la salud

2.1.2 Factores interpersonales aislamiento social y poder en las relaciones familiares y de pareja

2.1.3 Factores individuales: vergüenza, homofobia y transfobia internalizada

3. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS 10

3.1 Definiciones 10

3.2 Abreviaturas 15

4. REFERENCIAS NORMATIVAS 17

5. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN 20

6. OBJETIVO GENERAL 20

7. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 21

8. METODOLOGÍA 22

9. RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO 24

10. RESPONSABLE DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO 24

11. ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LOS HSH Y LAS PERSONAS TRANS 24

11.1 Enfoques rectores 24

a) Enfoque de Derechos Humanos 25

b) Enfoque de Desarrollo Humano y Desarrollo Integral 25

c) Enfoque de Género 26

d) Enfoque de Diversidades 26

11.2 Principios rectores 27

a) Igualdad 27

b) Libertad 27
c) Autonomía progresiva 28
d) Responsabilidad y corresponsabilidad 28
12. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES 29
12.1 Prevención de amenazas a la salud sexual y salud reproductiva 29
12.1.1. Talleres sobre autocuidado en salud sexual y salud reproductiva, incluyendo la prevención de ITS y VIH 29
12.1.2. Materiales y productos de comunicación 31
12.1.3. Oferta de la prueba de VIH 31
12.1.4 Condones y lubricantes 32
12.2 Atención Directa en Salud 33
12.2.1 Historia clínica sobre elementos relacionados con la salud sexual de las personas 34
12.2.2 Exámen anorectal (Dobben, A.C., et al. 2007; Goldstone, S. E. & Welton, M. L., 2004; OPS, UNDP, UNFPA, UNICEF, UNAIDS, WAS, UNESCO, GTZ, IAPAC, 2010). 37
12.2.3 Exámen orofaringeo (OPS, UNDP, UNFPA, UNICEF, UNAIDS, WAS, UNESCO, GTZ, IAPAC, 2010; OPS, AIDSTAR-One, PEPFAR, WAS, WPATH, 2012). 39
12.2.4 Exámen de genitales externos (OPS, UNDP, UNFPA, UNICEF, UNAIDS, WAS, UNESCO, GTZ, IAPAC, 2010; OPS, AIDSTAR-One, PEPFAR, WAS, WPATH, 2012). 39
12.2.5 Detección y tratamiento de VIH 40
12.2.6 Detección y tratamiento de ITS 41
Sífilis 41
Cuadro 2. Estadíos de la sífilis y sus respectivas características 42
Sífilis primaria y secundaria 44
Sífilis latente 44
Sífilis terciaria 45
Neurosífilis 45

Gonorrea 46

Cuadro 3. Características de las diversas manifestaciones de la gonorrea 47

Clamidia 49

Hepatitis B 50

Cuadro 4. Características de las diversas fases de la Hepatitis B 50

Hepatitis C 52

Cuadro 5. Características de las diversas fases de la Hepatitis C 52

10.2.7 Consejería sobre autocuidado y prevención de ITS, incluyendo el uso correcto y sistemático del condón 54

10.2.8 Atención en salud mental 56

Cuadro 6. Diagrama de Flujo para la Atención Clínica en Salud 58

13. CONTACTO PARA CONSULTAS 59

15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 59

16. ANEXOS 65

Anexo 1. Instrumentos jurídicos, políticos y de planificación que fundamentan la atención en salud sin estigma y discriminación para HSH y personas trans. 65

Anexo 2. "Lineamiento para la extensión de cobertura y acceso al condón masculino en poblaciones usuarias de los servicios de salud de la CCSS" (CCSS, 2015) 67

Anexo 3. Guía para la consejería sobre uso correcto del condón masculino (CDC, 2015) 77

1. Efectividad de los condones masculinos 77

2. Uso correcto y colocación del condón masculino 78

3. Utilización del condón masculino en prácticas sexuales orales, anales y vaginales 79

Anexo 5. Lista de chequeo para la consejería sobre autocuidado en SS/SR y prevención de ITS, incluyendo el uso correcto y sistemático del condón (elaboración propia). 80

1 - Presentación

El Estado costarricense ha estado comprometido, a través de su historia, con los derechos humanos de todas las personas. Es por ello que, no sólo ha sido siempre pionero en la región en el reconocimiento de tales derechos, sino que a través de sus instituciones busca constantemente garantizar su ejercicio pleno por parte de las personas que habitan el país.

La Caja Costarricense del Seguro Social por su parte se ha constituido también, desde su fundación, en parte fundamental de la institucionalidad costarricense y su filosofía solidaria. Por ello, nuestra institución está comprometida con la búsqueda constante de avances y el mejoramiento de sus servicios hacia la garantía plena del derecho a la salud de todas las personas, desde el acatamiento del marco jurídico internacional y nacional.

Los avances a nivel nacional y a nivel institucional se logran a partir de diversas coyunturas que ofrecen oportunidades, pues permitenla colaboración entre diversas instancias, instituciones y sectores.

En este caso, el Proyecto País “Costa Rica, un Modelo Sostenible de Prevención Combinada y Atención a la Población de Hombres que tienen sexo con Hombres y Trans Femeninas”, subvencionado por el Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, ha constituido una oportunidad para que nuestro país, y particularmente nuestra institución pueda seguir dando pasos importantes en la contención de la epidemia de VIH en los HSH y las personas trans femeninas, las cuales corresponden a poblaciones en las que la prevalencia del VIH es de las más altas a nivel nacional.

El Objetivo Específico 1 de este Proyecto pretende “asegurar acceso universal a prevención, tratamiento, atención y cuidado del VIH de poblaciones HSH y trans femeninas, en las áreas de intervención de la propuesta”. En línea con este objetivo el Proyecto ha apoyado la promulgación de la “Norma Nacional para la Atención Integral en salud a personas lesbianas, gais, bisexuales, trans, intersex (LGBTI) y otros Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH)”.

En respuesta a dicha normativa nacional, nuestra institución busca garantizar el acceso, la calidad y el trato humanizado en nuestros servicios de salud para las personas trans femeninas y HSH. Para ello, hemos elaborado el presente Manual de Procedimientos, el cual detalla la forma en que la institución implementará cambios para hacerlo.

Los ajustes en la organización y prestación de los servicios, planteados por este Manual de Procedimientos, sin duda alguna requieren del involucramiento de todas las instancias y personas que conforman la institución, pues no es posible garantizar el ejercicio igualitario y equitativo de los derechos de aquellas poblaciones que tradicionalmente han sido excluidas y vulnerabilizadas, si no contamos con el compromiso profundo de quienes tenemos por responsabilidad y vocación la prestación de servicios de salud a nivel nacional.

2 - Introducción

Costa Rica ha sido pionera en impulsar intervenciones en salud universales que cubran a la población general del país y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ha tenido un rol clave en este sentido (García, 2004). En este sentido, la institución ha identificado potenciales barreras de acceso a poblaciones vulnerables, con el interés de continuar fortaleciendo el acercamiento y la cobertura.

La población trans y los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) son precisamente dos de esos grupos poblacionales específicos, que requieren de una atención en salud que se ajuste y tome en cuenta las necesidades y consideraciones particulares de dichos grupos. Es decir, no es por su orientación sexual o su identidad de género que requieren atención diferenciada, sino más bien se trata de que dado el estigma y la discriminación que históricamente estos grupos han sufrido, requieren de acciones afirmativas que les restituyan sus derechos en pleno, en este caso particular, el derecho a servicios de salud libres de estigma y discriminación (OPS, AIDSTAR-One, PEPFAR, WAS, WPATH; 2012).

Estos dos grupos han venido siendo considerados, en las políticas y programas de salud del país, fundamentalmente con relación a la prevención y atención de VIH y otras ITS (Costa Rica, 2014). Si bien es cierto esto corresponde con la evidencia internacional y nacional (Costa Rica, 2014; ONUSIDA, 2015) sobre cuáles son las poblaciones más expuestas o en más alto riesgo frente a dichas infecciones (debido fundamentalmente a determinadas prácticas sexuales), también conduce al riesgo de aumentar el estigma y la discriminación que enfrentan socialmente por el disfrute de su sexualidad desde orientaciones e identidades diversas, asociándoles casi de manera exclusiva a estos “problemas” de salud, sin atender realmente otras de sus necesidades y demandas particulares en salud.

De hecho, la Organización Panamericana de la Salud en conjunto con otras organizaciones vinculadas a los derechos y la salud de estos grupos (OPS, AIDSTAR-One, PEPFAR, WAS, WPATH; 2012) han establecido que los principales determinantes de la salud de estas poblaciones están íntimamente vinculados con el estigma y la discriminación que viven. Entre estas determinantes se pueden mencionar las siguientes:

1) factores interpersonales como aislamiento social, poder en las relaciones familiares y de pareja;
2) vergüenza y discriminación internalizada;
3) prácticas sexuales desprotegidas;
4) poco acceso al trabajo, lo cual muchas veces les conduce al trabajo sexual y el consumo de drogas;
5) obstáculos socioculturales y estructurales (documento de identidad, aseguramiento, horarios de atención, etc.).

Frente a estos desafíos, es importante mencionar que el contexto actual y el marco jurídico vigente, no solo permiten sino que establecen la necesidad de que el país establezca documentos de normalización técnica ajustados a los nuevos retos y mandatos que posibiliten mejorar la salud de estas personas.

Así, para avanzar en favor del bienestar de estos grupos poblacionales y garantizar sus derechos humanos, se requiere trascender los paradigmas patologizantes con los que tradicionalmente se han definido y abordado a estas personas, como es el caso de aquellos enfoques que catalogan a estas poblaciones, sus identidades, sus orientaciones y sus preferencias sexuales desde las enfermedades mentales o desde las parafilias sexuales .

Además se requiere garantizar una atención integral en salud, que incorpore y procure responder a todas las dimensiones de la salud de estas personas, considerando además que la integralidad de la atención no puede invisibilizar sus necesidades particulares, sino más bien debe relevarlas y especificarlas.

Según el DSM-5, las parafilias “incluyen distintos comportamientos sexuales que la mayor parte de la gente rechaza por resultarles desagradables, inusuales o anormales: implican algo distinto al sexo genital con un adulto normal que da su consentimiento. Un trastorno parafílico se diagnostica cuando una persona percibe tensión o disfunción como consecuencia de un comportamiento de este tipo. Casi todas las parafilias las practican de manera predominante, y quizá exclusiva, los varones” (Morrison, J; 2015; p. 564).

De este modo, Costa Rica enfrenta desafíos importantes para la atención de estas poblaciones, entre los que se han señalado, el incumplimiento de compromisos y marcos jurídicos internacionales y nacionales existentes; la ausencia de normativa nacional específica para la atención en salud de estas poblaciones así como de lineamientos para los servicios de salud; los escasos conocimientos que posee la mayoría del personal de salud respecto de estas poblaciones y sus necesidades en salud, todo lo cual favorece el manejo discrecional de la atención a estas personas, el trato discriminatorio e incluso el rechazo a la atención en salud.

Frente a este desafío de incrementar la calidad de los servicios de salud que se ofrecen a estas poblaciones, así como garantizar el trato humanizado en los mismos, el país ha aprobado una Norma Nacional para la Atención en Salud libre de Estigma y Discriminación a personas lesbianas, gais, bisexuales, trans, intersex (LGBTI) y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

Esta Norma se elaboró mediante un proceso participativo de consulta y construcción con distintos actores institucionales y sociales en el contexto del Proyecto“Costa Rica, un modelo sostenible de prevención combinada y atención a la población HSH y trans femenina” subvencionado por el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria para el periodo 2015-2018. Es importante señalar que si bien, los procesos desarrollados dentro de este Proyecto se enfocan específicamente en el abordaje de la población HSH y la población trans femenina, desde una perspectiva de aprovechamiento de la oportunidad política y de progresividad de los derechos humanos, el Comité Técnico que acompaña este proceso ha considerado importante que la Norma incluya a otras poblaciones que han sido estigmatizadas y discriminadas por su identidad de género u orientación sexual.

No obstante, a partir de dicha Norma, se hace necesario contar con los instrumentos que faciliten su operacionalización en el ámbito institucional y específicamente en las dos poblaciones priorizadas dentro del Proyecto. Para resolver esta necesidad se elabora este Manual de Procedimientos para la Atención Integral en Salud de los Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) y las Personas Trans, el cual procura que a nivel institucional se estandarice el accionar del personal de salud de la CCSS involucrado en los procesos de atención en salud de estas poblaciones, de tal manera que garantice el acatamiento de dicha normativa y posibilite la implementación efectiva de las disposiciones en ella establecidas, la cual a su vez procura responder efectivamente a las características y necesidades particulares de estos grupos, así como a las regulaciones nacionales ratificadas en materia de Derechos Humanos.

3 - Definiciones y Abreviaturas

3.1 Definiciones

En este Manual de Procedimientos para la Atención Integral de la SS/SR de los Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) y las Personas Trans, las conceptualizaciones no son un asunto accesorio. Todo lo contrario, dados los temas y poblaciones que esta norma cubre y alcanza, es fundamental clarificar cuáles son las posturas teóricas de las cuales se parte, pues desde ellas se comprenden y desprenden las intervenciones en salud que posteriormente se implementarán.

a) Acceso a los servicios de salud: hace referencia al proceso mediante el cual se satisface a la necesidad de un individuo o comunidad relacionada con la salud. Involucra el deseo de buscar atención en salud, la iniciativa por buscarla, por tenerla y continuar con esa atención, ya sea para un diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, prevención o promoción (Ministerio de Salud, 2010a).

a) Acciones afirmativas: las acciones afirmativas, también llamadas acciones positivas o de discriminación positiva, reconocen que en la sociedad actual no existe una igualdad real, por lo que no es suficiente suponer que todas las personas somos iguales y tenemos los mismos derechos, como lo establece la ley. Una acción afirmativa “establece medidas que otorgan ventajas concretas a quienes, comparativamente, han quedado en desventaja social a partir de las costumbres, hábitos, concepciones predominantes y roles asignados en un sistema social determinado” (Soto, C.; 2009; pp. 70-71).

b) Atención diferenciada: se refiere a una modalidad que permite atender las necesidades en salud de una población particular, tomando en cuenta sus características y necesidades propias, así como sus condiciones de accesibilidad a los servicios, para ofrecer una atención integral con calidad, calidez, y basada en la evidencia (CCSS, 2009).

c) Atención en salud con calidez: hace referencia a que durante la atención en salud, en sus diferentes momentos y modalidades, el personal de salud mantenga una actitud de escucha, respeto, solidaridad, promoviendo un trato digno hacia las personas atendidas en los servicios de salud (Ministerio de Salud, 2015).

d) Atención en salud de calidad: la calidad en la atención en salud se caracteriza por servicios de salud oportunos, continuos, humanizados, eficaces, efectivos y eficientes. Además incorpora los aspectos técnico-científicos, como los interpersonales y de las instalaciones físicas, los cuales en interacción generan la satisfacción del personal de salud y de las necesidades de salud de las personas (Ministerio de Salud, 2010a).

e) Atención integral de la salud: hace referencia al abordaje integral del proceso salud-enfermedad, en conformidad con el concepto de salud como construcción social, y a los problemas y necesidades de salud de la población. Por ello incluye la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención de la morbilidad y de las condiciones relacionadas con la salud sexual y salud reproductiva (Ministerio de Salud, 2010a).

f) Capacitación: se refiere a procesos de aprendizaje dirigidos a la dotación de conocimientos técnicos de quienes participan en los mismos para ejecutar y desarrollar correcta, eficiente, efectiva y satisfactoriamente una tarea específica dentro de una institución u organización (Siliceo, A. 2004).

g) Confidencialidad: hace referencia a la responsabilidad ética y legal de guardar el secreto profesional. Esto implica que toda persona funcionaria de salud que obtenga información de salud y de la vida privada de las personas que atiende, tiene el deber de garantizar que dicha información no sea divulgada y además le está prohibido usarla en provecho propio (Asamblea Legislativa de Costa Rica, 1981).

h) Despatologización: implica reconocer como legítimas y válidas las identidades trans, las orientaciones sexuales homosexuales y bisexuales, así como cualquier otra práctica sexual como parte de la diversidad humana, abandonando las categorías que históricamente las han definido como enfermedad o problema (incluso todavía continúa existiendo en manuales diagnósticos como en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) la disforia de género como una patología, y por lo tanto, en algunos países dicho diagnóstico es un requisito para acceder a terapias hormonales y cirugías). (Ministerio de Salud de Argentina, 2015; OPS, AIDSTAR-One, PEPFAR, WAS, WPATH, 2012).

i) Diversidad sexual: este concepto pretende reivindicar que las expresiones de la sexualidad son diversas, es decir, que existen muchas y diferentes posibilidades. Este concepto es contrario a la tradicional dicotomía hombre-mujer y la heteronormatividad, según las cuales las

personas debían ser clasificadas necesariamente como hombre o mujer, asumiendo que todas las personas eran heterosexuales y que lo que estuviera fuera de dichas expresiones era patológico, por lo tanto considerado enfermedad. Los movimientos de diversidad sexual han posicionado las siglas LGBTI (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex) para mostrar la diversidad de expresiones y vivencias de las identidades y orientaciones sexuales, particularmente de aquellas que tradicionalmente no han sido reconocidas.

j) Examen anorectal: todos los HSH que acceden a un servicio de salud deben ser animados a someterse a un examen anorectal, aunque éste no debe ser el foco de un examen clínico de un HSH, sino que debe ser uno de varios procedimientos que permitan su atención integral en salud; de igual forma si se trata de una persona trans que ha revelado tener prácticas sexuales anales, debe promoverse su realización. (Ministerio de Salud Municipalidad del Rosario, 2012).

k) Expresiones de géneros: formas en la que una persona expresa su identidad de género, a través de su apariencia física (ropa, cabello, accesorios, etc), gestos, modos de hablar y patrones de comportamiento. (OPS, AIDSTAR-One, PEPFAR, WAS, WPATH, 2012).

l) Feminización: la feminización del cuerpo hace referencia al proceso mediante el cual, a través de hormonas y otros procedimientos médicos (puede incluir procedimientos quirúrgicos) se produce la transición para que el cuerpo de una persona cuyo sexo al nacer fue hombre, se convierta en un cuerpo con características femeninas. La transición del género masculino al femenino puede, o no, incluir la feminización del cuerpo; es decir, no todas las personas optan por este proceso (OPS, AIDSTAR-One, PEPFAR, WAS, WPATH, 2012).

m) Género: hace referencia a ideas, significados, representaciones, prácticas, relaciones y prescripciones sociales construidas socialmente sobre lo que significa “ser hombre” o “ser mujer”. Es decir, las construcciones sociales y culturales de género también han sido históricamente impuestas a las personas, mediante relaciones de poder que no han dado cabida a otras expresiones de género, más allá del sexo asignado al nacer.

n) Heteronormatividad: hace referencia a las relaciones de poder por medio de las cuales en nuestras sociedades y culturas se ha normativizado y reglamentado la sexualidad, haciendo de las relaciones heterosexuales lo normal, lo deseable y lo inherente al ser humano. Esto implica no solo asumir que todas las personas son o deben ser heterosexuales, sino también la estigmatización y denigración de cualquier otra expresión que no sea heterosexual y dentro del binomio hombre-mujer (Warner, 1993).

o) Hombres que tienen sexo con hombres (HSH): este es un concepto que no corresponde a identidades sexuales, ni a identidades de género, ni a orientaciones sexuales. Este concepto se construye en la base de las prácticas o comportamientos sexuales. Por lo tanto, este concepto pretende agrupar a cualquier hombre que, independientemente de su orientación sexual, mantiene prácticas sexuales con otros hombres. (Fundación Ecuatoriana Equidad, 2008).

p) Hormonización: consiste en la administración de distintos fármacos, con el objetivo de modificar algunas características físicas asociadas convencionalmente con lo masculino y/o femenino (lo que en medicina tradicionalmente se ha denominado características sexuales secundarias). (Ministerio de Salud de Argentina, 2015).

q) Identidades de géneros: hace referencia a la "vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales" (Principios de Yogyakarta, 2007, p. 6).

r) Masculinización: la masculinización del cuerpo hace referencia al proceso mediante el cual, a través de hormonas y otros procedimientos médicos (puede incluir procedimientos quirúrgicos) se produce la transición para que el cuerpo de una persona cuyo sexo al nacer fue mujer, se convierta en un cuerpo con características masculinas. La transición del género femenino al masculino puede, o no, incluir la masculinización del cuerpo; es decir, no todas las personas optan por este proceso (OPS, AIDSTAR-One, PEPFAR, WAS, WPATH, 2012).

s) No conformidad de género o variabilidad de género: hace referencia a la medida en que la expresión de género de una persona difiere de las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo que se asignó al nacer (WPATH, 2012).

t) Orientación sexual: hace referencia a "la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como a la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas" (Principios de Yogyakarta, 2007, p. 6).

u) Persona trans: hace referencia a una persona cuya identidad y/o expresión de género no corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con su sexo al nacer. Esta categoría amplia abarca la diversidad de expresiones que pueden existir en el espectro trans, como las personas transgénero, transexuales, personas travestidas, entre otros (OPS, AIDSTAR-One, PEPFAR, WAS, WPATH; 2012; CIDH)

u.1 Mujer trans o trans femenina: término utilizado para referirse a las personas que habiendo sido asignadas como hombres al nacer se identifican como mujeres. (OPS, AIDSTAR-One, PEPFAR, WAS, WPATH; 2012)
u.2 Hombre trans o trans masculino: término utilizado para referirse a las personas que habiendo sido asignadas como mujeres al nacer se identifican como hombres. (OPS, AIDSTAR-One, PEPFAR, WAS, WPATH; 2012).

v) Personal de salud: incluye a toda persona que trabaja en los servicios de salud y que, por lo tanto, de manera directa o indirecta, atienden a las personas que se acercan a los servicios de salud. Esto incluye a profesionales de la salud, personal técnico, personal administrativo, y servicios de apoyo, incluyendo personal de vigilancia, labores misceláneas, secretariales, de archivo, entre otros.

w) Prácticas o comportamientos sexuales: hace referencia a los actos de las personas, los cuales pueden ser muy diversos, y son independientes de su identidad sexual, su identidad de género e incluso su orientación sexual (OPS, AIDSTAR-One, PEPFAR, WAS, WPATH, 2012).

x) Sensibilización: los procesos de sensibilización se orientan metodológicamente a preparar y disponer positivamente a las personas participantes al aprendizaje. Se diferencia de los procesos de capacitación en tanto, no tienen como meta pedagógica la incorporación de conocimientos técnicos para poder realizar una tarea específica (Beltrán y Pérez; 2004).

y) Sexo: corresponde a características biológicas (genéticas, endocrinas y anatómicas) que usualmente son utilizadas para agrupar a los seres humanos dentro de un sistema binario (hombre-mujer; macho-hembra). Para establecer dicha diferenciación, por lo general se echa mano de las características sexuales primarias, es decir, los órganos sexuales y pélvicos de una persona, y las características sexuales secundarias, es decir, otros rasgos físicos no genitales que diferencian a hombres de mujeres, a machos de hembras; de nuevo, desde la visión dicotómica que ha prevalecido tradicionalmente (OPS, AIDSTAR-One, PEPFAR, WAS, WPATH, 2012).

El “sexo asignado al nacer” o “sexo natal” se refiere al sexo que se le asigna a una persona basándose en la apariencia de sus genitales externos.

Hoy día se reconoce la intersexualidad como otro sexo, en cuyo caso justamente se presentan variantes genéticas y de los órganos sexuales y pélvicos, más allá de lo que podría clasificarse típicamente como mujer u hombre.

z) Transición: se refiere al proceso durante el cual las personas transitan desde las expresiones de género asociadas con su sexo al nacer hacia otras expresiones de género que correspondan con su identidad. La transición puede o no incluir feminización o masculinización del cuerpo, y la respectiva modificación de caracteres sexuales, a través de hormonas y otros procedimientos médicos. Las características, condiciones y duración de la transición varía de persona en persona. (OPS, AIDSTAR-One, PEPFAR, WAS, WPATH, 2012).

3.2 Abreviaturas

• AIDSTAR-One: AIDS Support & Technical Assistance Resources (Recursos para la Asistencia Técnica y el Apoyo al Sida).

• CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social.

• HSH: Hombres que tienen sexo con hombres (se refiere a prácticas sexuales y no a la orientación sexual o identidad de género de los hombres, por lo que en la Norma Nacional y en este Manual de Procedimientos HSH incluye a hombres gais y otros hombres que sin considerarse gais tienen relaciones sexuales con otros hombres).

Los órganos sexuales y pélvicos son aquellos que tradicionalmente han sido llamados órganos reproductores. Sin embargo, ya que dicho nombre hace referencia a solo una de sus posibles funciones y atribuciones, y además correspondiendo a un enfoque heteronormativo, en esta Norma se utilizará este otro término por ser más inclusivo. Incluye tanto los órganos externos como los internos.
Tradicionalmente llamado hermafroditismo.

- **ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual.
- **LGTBI:** Personas lesbianas, gais, transexuales, bisexuales e intersex.
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud.
- **PEPFAR:** The United States President´s Emergency Plan for AIDS Relief (Plan de Emergencia del Presidente de los Estado Unidos para la mitigación del sida).
- **PNS:** Política Nacional de Sexualidad.
- **Sida:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- **TARV:** Tratamiento antiretroviral.
- **TICs:** Tecnologías de la Información y la Comunicación
- **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- **WAS:** World Associationfor Sexual Health (Asociación Mundial de Salud Sexual).
- **WPATH:** World Professional AssociationforTransgenderHealth (Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Trans).

En el Llamado a la Acción del Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención: “Mejorar la prevención combinada del VIH para fortalecer el continuo de la prevención y la atención”, celebrado en Río de Janeiro Brasil en agosto del 2015, se acordó que se distinguirá a los hombres gais de los otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

4 - Refencias y Normativas

El país cuenta con un amplio marco jurídico, político y de planificación que si bien es cierto no es suficientemente específico al respecto, sus principios generales respaldan la atención integral en salud de las personas HSH y las personas Trans desde un Enfoque de Derechos Humanos y en general desde los enfoques y principios indicados en el marco de referencia del presente Manual de Procedimientos. Este marco jurídico, político y de planificación está compuesto por un significativo número de instrumentos internacionales y nacionales que establecen orientaciones específicas para los operadores de políticas y para las instituciones públicas y sus funcionarias(os) en cuanto al abordaje de la salud y el desarrollo de las personas HSH y personas Trans, desde un Enfoque de Derechos Humanos y por tanto desde un principio de igualdad, no discriminación y justicia.

En el Cuadro 1, se consignan todos los instrumentos que comprende dicho marco jurídico y que por tanto, representan en su conjunto, el marco jurídico, político y de planificación que respalda y da sustento al presente Manual (ver Anexo 1 para mayor detalle sobre el contenido de cada instrumento, en relación con el presente Manual de Procedimientos).

Cuadro 1
Instrumentos jurídicos, políticos y de planificación que fundamentan el presente Manual.

Tipo de Instrumento	Nombre del Instrumento y fecha
Instrumentos Internacionales	Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)
	Declaración Americana de los derechos y Deberes del Hombre (1948)
	Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1968)
	Convención Americana de Derechos Humanos (1969)
	Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, CEDAW (1981)
	Protocolo de San Salvador (1988)
	Convención sobre los Derechos del Niño (1990)
	Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, CIPD, El Cairo (1994)

Tipo de Instrumento	Nombre del Instrumento y fecha
Instrumentos Internacionales	Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995)
	Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000)
	UNGASS. Compromiso sobre VIH/SIDA adoptada por los estados miembros de las Naciones Unidas (2001)
	"Prevenir con educación". Declaración de Ministros de Salud y Educación. México (2008)
	Resolución del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas para combatir la violencia y la discriminación por orientación sexual e identidad de género (2014)
	Llamado a la Acción del "Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el continuo de la atención" (2014)
	Llamado a la Acción del Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención: "Mejorar la prevención combinada del VIH para fortalecer el continuo de la prevención y la atención" (2015).
Leyes Nacionales	Constitución Política de Costa Rica (1949)
	Ley General de Salud, Nº 5395 (1973)
	Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Nº 6968 (1985)
	Ley de la Defensoría de los Habitantes, No. 7319 (1992)
	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, No. 7499 (1995)
	Ley de VIH/SIDA, No. 7771 (1998)
	Código de la Niñez y la Adolescencia, No. 7739 (1998)
	Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. No. 7935 (1999)
	Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, No. 8239 (2002)
	Ley General de la Persona Joven, No. 8261 (2002)
	Ley de Penalización de la Violencia contra las mujeres, No. 8589 (2007)
	Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, No. 8612 (2007)

Tipo de Instrumento	Nombre del Instrumento y fecha
Decretos Ejecutivos	Decreto Ejecutivo sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales, No. 27913-S (1999)
	Decreto Ejecutivo "Declaratoria del Día 17 de mayo cada año, Día Nacional contra la Homofobia, la Lesbofobia y la Transfobia", No. 34399-S y su reforma No. 37071-S (2008 y su reforma en el 2012)
Normas Nacionales	Norma para la Atención Integral de personas con VIH/SIDA, No. 38374-S (2014)
	Norma Nacional para la Atención Integral de la Salud de las Personas Adolescentes: Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva. No. 39088-S. 2015
Políticas Planes y Estrategias Nacionales	Política Nacional de VIH y sida (2007)
	Política Nacional de Sexualidad (2010-2021)
	Política Pública de la Persona Joven 2014-2019 (2015)
	Plan Nacional de Salud 2010-2021 (2010)
	Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y sida 2011-2015 (2010)
	Estrategia de acceso Universal a condones masculinos y femeninos (2013)
Directriz Institucional	Directriz: Atención integral por enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH-SIDA, No. 037-S (2015)
Políticas Internacionales, Lineamientos Institucionales y Circulares	Circular 56389-S-A-08 de Gerencia Médica CCSS (2008)
	DRSS-0630-12 Lineamiento administrativo sobre los servicios libres de discriminación por orientación sexual o identidad de género (de la Dirección de Red de Servicios de Salud, de la CCSS) (2012)
	Política Respetuosa de la Diversidad Sexual - Poder Judicial - Corte Plena Sesión N° 31-11 (2012)
	Lineamientos para la extensión de cobertura y acceso al condón masculina en poblaciones usuarias de los servicios de salud de la CCSS (2015)
Guías, Protocolos y Manuales	Protocolo interinstitucional de atención integral a victimas de violación sexual en edad joven y adulta (2008).
	Guía para la prevención y atención integral del VIH/Sida en el sistema penitenciario de Costa Rica (2012).

5. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

Este Manual de Procedimientos está dirigido al personal de salud que presta servicios de atención integral en salud a las personas trans y a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), así como al personal de seguridad, administrativo y técnico que apoye dicha atención en la Caja Costarricense de Seguro Social.

Este Manual presenta intervenciones en salud que se desarrollan fundamentalmente en el primer y segundo nivel de atención, incluyendo las referencias al tercer nivel de atención para las intervenciones que así lo requieren.

Sin embargo, todo lo que este Manual plantea en términos de trato humanizado y servicios de salud sin estigma y discriminación aplica para todos los servicios y niveles de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social.

6. OBJETIVO GENERAL

Establecer un marco teórico y operativo, que guíe al personal de salud de la CCSS sobre cómo brindar atención integral en salud, sin estigma y discriminación, para los Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) y las personas trans femeninas.

7. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Favorecer la implementación en la CCSS de la Norma Nacional de Atención en Salud sin Estigma y Discriminación a personas LGBTI y otros HSH, con particular énfasis en HSH y personas trans.

2. Exponer los enfoques y los conceptos clave relacionados con la atención en salud de HSH y personas trans que deben fundamentar los servicios de atención integral en salud con énfasis en SS/SR que se ofrecen en la CCSS.

3. Brindar insumos para el desarrollo de estrategias de sensibilización y capacitación que aporten en la erradicación del estigma y discriminación hacia las personas LGBTI en el personal de salud de la CCSS.

4. Describir las mejores intervenciones y procedimientos, que deben implementarse a nivel institucional, para la atención integral en salud de HSH y personas trans femeninas en la CCSS.

5. Definir las funciones de los distintos actores institucionales según nivel de atención.

8. METODOLOGÍA

Para la elaboración y validación de este Manual de Procedimientos, se han desarrollado una serie de actividades orientadas a asegurar, por una parte, la congruencia y coherencia del Manual que procura procedimentar los servicios institucionales en salud (con énfasis en SS/SR) que la CCSS con la Norma Nacional para la Atención en Salud libre de Estigma y Discriminación a personas lesbianas, gais, bisexuales, trans, intersex (LGBTI) y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH), y por otra parte para, definir procedimientos ajustados a las necesidades de las poblaciones y a los procesos y recursos institucionales, a la vez que a las evidencias y buenas prácticas nacionales e internacionales en esta materia.

De este modo el proceso de elaboración de este Manual de Procedimientos ha comprendido el desarrollo de las siguientes actividades y tareas:

1. Revisión documental del marco conceptual, jurídico, normativo y político internacional y nacional aplicado a estas poblaciones.

2. Investigación y recopilación de evidencia internacional y nacional, incluyendo experiencias y estrategias exitosas para la atención en salud (especialmente SS/SR) de estas polaciones.

3. Acercamiento a la situación y prestación de servicios de salud por parte de la CCSS a la población HSH y personas trans, mediante revisión documental y dos actividades de consulta, una general con personal de instituciones públicas y representantes de poblaciones clave en la que participaron 39 personas y dos grupos focales con poblaciones específicas (uno con 11 HSH realizado el 20 de febrero del 2016 y otro con 34 personas trans realizado el 18 de febrero de 2016) .

Desarrollada el 27 de noviembre del 2015 en el Hotel Tryp Sabana en San José, Costa Rica.
Por razones de protección de la identidad y de confidencialidad, no se incluyen en ninguna parte de este documento la lista de personas participantes en estos grupos focales.

4. Entrevistas y reuniones de trabajo con funcionarias y funcionarios institucionales. En estos múltiples espacios de consulta, trabajo y validación han participado permanentemente la Coordinación Nacional de VIH, la Coordinación Nacional de Enfermería, Coordinación Nacional de Trabajo Social, coordinación Nacional de Psicología, personal de epidemiología, odontología y personal médico de la Clínica Moreno Cañas, el Área de Salud Catedral Noreste y la Regional Central Sur (ver en Anexo 1, la lista de las funcionarias y los funcionarios que han participado en el proceso de elaboración de este Manual).

5. Trabajo de análisis y construcción de procedimientos a partir de la "Norma Nacional para la Atención en Salud libre de Estigma y Discriminación a personas lesbianas, gais, bisexuales, trans, intersex (LGBTI) y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH)", con el objeto de asegurar la congruencia entre los enfoques, principios y disposiciones de la Norma y el presente Manual.

6. Taller de Validación del Manual de Procedimientos para la Atención Integral en Salud con énfasis en la SS/SR de los Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) y las Personas Trans, con la participación tanto de funcionarias(os) de la CCSS, como representantes de la poblaciones claves.

7. Además se utilizó como referencia para la elaboración de este Manual, el "Manual Metodológico para la construcción de un Manual de Procedimientos en la DDSS, Código M.GM.DDSS.290812, versión 02 de la Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Médica, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud "(Caja Costarricense del Seguro Social 2016).

Desarrollado el 4 de abril del 2016 en el Orange Plaza de la Embajada de los Países Bajos.

9. RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO

Son responsables de cumplir lo estipulado en este Manual de Procedimientos todos los servicios de atención en salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, en los cuales se atienden HSH y personas trans.

Las principales intervenciones planteadas en este Manual son responsabilidad del primer y segundo nivel de atención, incluyendo las referencias al tercer nivel de atención para las intervenciones que así lo requieren.

Sin embargo, todo lo que este Manual plantea en términos de trato humanizado y servicios de salud sin estigma y discriminación aplica para todos los servicios y niveles de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social.

10. RESPONSABLE DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO

La Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, específicamente el Área de Atención Integral las Personas, son las instancias responsables de verificar el cumplimiento de este Manual de Procedimientos, en coordinación con las autoridades respectivas de cada establecimiento de salud.

11. ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LOS HSH Y LAS PERSONAS TRANS

11.1 Enfoques rectores

En correspondencia con lo establecido por la “Norma Nacional para la Atención en Salud libre de Estigma y Discriminación a personas lesbianas, gais, bisexuales, trans, intersex (LGBTI) y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH)”, los criterios que deben ser aplicados en la atención integral en salud de los HSH y las personas trans, se resumen en los siguientes enfoques.

a) Enfoque de Derechos Humanos

Las personas LGBTI y otros HSH, al igual que el resto de personas, son sujetos de derechos humanos, por lo que se debe garantizar el cumplimiento y respeto de todos sus derechos sin ninguna discriminación, incluyendo el derecho a la salud (Comisión Internacional de Juristas & Servicio Internacional para los Derechos Humanos, 2007).

Además, tal como lo reafirmó el Consenso de Montevideo en el 2013 (CEPAL; 2013), el cual ha sido ratificado y apoyado por Costa Rica, los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte integral de los derechos humanos y su ejercicio pleno es clave para el disfrute de otros derechos fundamentales, por lo que su garantía está relacionada con el bienestar de las personas, como con el cumplimiento de las metas internacionales de desarrollo y la eliminación de la pobreza.

A la luz de este enfoque, es necesario asegurar que todas las personas sin discriminación, ejerzan sus derechos contemplando una vivencia plena de la sexualidad y de la salud en condiciones seguras, con el derecho de tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, respetando su orientación sexual, identidad de género y prácticas sexuales (siempre y cuando no violenten el derecho de alguien más), sin coerción, discriminación ni violencia; garantizando además el derecho a la información, alos beneficios que la ciencia y la tecnología ofrecen y a los medios necesarios para cuidar y mantener su salud sexual y salud reproductiva (CEPAL, 2013).

b) Enfoque de Desarrollo Humano y Desarrollo Integral

En correspondencia con lo planteado en la Norma de Atención Integral a las Personas Adolescentes (Ministerio de Salud, 2015), el enfoque de desarrollo humano y desarrollo integral plantea que una atención en salud debe contemplar todas las dimensiones de la persona, sean físicas, intelectuales, sociales, culturales y psicológicas, en su dinámica de crecimiento y desarrollo específico. Para efectos de esta norma, implica que la atención de las personas LGBTI y otros HSH no puede estar centrada solamente en la vida adulta, pues por inherencia de la condición humana, las personas se caracterizan como seres sexuados desde siempre.

Por lo tanto, durante todos los momentos de la vida se vivencian las identidades sexuales, de género y orientaciones sexuales. Esto, desde la perspectiva del desarrollo humano, implica facilitar procesos de despatologización del desarrollo de las múltiples expresiones de la sexualidad, así como la ampliación de oportunidades y libertades para que las personas, a través del fortalecimiento y expansión de sus capacidades individuales y colectivas, tengan la posibilidad de disfrutar de una vida larga y saludable, con acceso a una vida de calidad.

c) Enfoque de Género

En concordancia con lo planteado en la Política Nacional de Sexualidad 2010-2021 (Ministerio de Salud, 2011b), el enfoque de género reconoce, en primer lugar, que los géneros son construcciones sociales y culturales, que pueden y deben ser transformadas. La aplicación de dicho enfoque a esta norma implica reconocer además la diversidad de identidades y experiencias de género que existen y que van más allá de la dicotomía hombre-mujer o masculino-femenino. A partir de lo anterior, reconoce que todas las personas, sin importar su identidad y expresiones de género, tienen derecho a vivir plenamente, con igualdad y equidad, libres de violencia y discriminación. Las desigualdades no son naturales sino construidas socialmente, por lo que es necesario realizar transformaciones culturales, para garantizar el respeto de la diversidad de identidades y la eliminación de la discriminación basada en género.

d) Enfoque de Diversidades

En concordancia con lo que plantea la Política Nacional de Sexualidad (Ministerio de Salud, 2011b), vivimos en un mundo diverso, no solo en lo relacionado con sexualidad sino en muchas otras condiciones más (sociales, culturales, económicas, familiares, individuales, etc) y por lo tanto la vivencia de la sexualidad se expresa de diferentes formas según la edad, el género (o las diferentes manifestaciones y expresiones de género), la etnia, la orientación sexual, la identidad, nacionalidad, entre muchas otras condiciones. Este enfoque reconoce que no todas las personas somos iguales en cuerpos, deseos, emociones e identidades. Esto significa también reconocer que no es legítimo que algunas personas puedan gozar de sus derechos y otras no, ni tampoco es legítimo que algunas personas sean consideradas como “diferentes a la mayoría” o “enfermas”, y mucho menos que por su condición sean excluidas y discriminadas.

Por el contrario, el enfoque de diversidad "reconoce que todos los cuerpos, comportamientos, pensamientos, sensaciones, deseos, expresiones y manifestaciones sexuales, forman parte de un amplio espectro que está disponible para toda persona y para la construcción de su identidad y forma parte de este abanico de posibilidad sexuales, que tiene igual derecho de existir y presentarse siempre que no atente contra su integridad o los derechos de terceros" (Política Nacional de Sexualidad, Ministerio de Salud 2011b, p. 9).

11.2 Principios rectores

Los siguientes principios son los que regirán la atención integral en salud de las personas trans y los HSH.

a) Igualdad

Tal como lo señala la Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género, el principio de igualdad "no se define a partir del criterio de semejanza, sino de justicia: se otorga el mismo valor a personas diversas integrantes de una sociedad" (INAMU, 2007; p. 18). En este sentido el principio de igualdad se fundamenta en el principio universalista de los Derechos Humanos, el cual se hizo explícito en el artículo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, al señalar que "todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos" (ONU, 1948).

b) Libertad

El principio de libertad, reconocido desde la Constitución Política de Costa Rica, implica para los efectos de esta Norma que cada persona debe formarse en su capacidad de optar entre las diversas alternativas posibles, a partir de la información. A partir del ejercicio pleno de cada persona de su derecho a ser libre, y por lo tanto su derecho a tomar decisiones reconociendo la diversidad y la pluralidad, se logra la autonomía, la cual existe solamente en la ausencia de coerción y violencia.

c) Autonomía progresiva

Tal como se plantea en la Norma de Atención Integral a las Personas Adolescentes (Ministerio de Salud, 2015) y en concordancia con lo establecido en el Código de la Niñez y la Adolescencia (República de Costa Rica, 1998), el principio de autonomía progresiva reconoce que las personas menores de edad se encuentran en un proceso de desarrollo integral y preparación para una vida independiente y responsable; en permanente concordancia con la garantía de los otros principios: interés superior de la persona menor de edad, sujeto social, no discriminación, participación y desarrollo. Esto hace referencia a que la construcción de la ciudadanía social se enmarca en la capacidad jurídica y social que se le otorga a esta población. Por ello, las personas menores de edad van adquiriendo progresivamente la capacidad de accionar sus derechos y de exigir su cumplimiento.

d) Responsabilidad y corresponsabilidad

En concordancia con lo que la Política Nacional de Sexualidad (Ministerio de Salud 2015), definió como ciudadanía sexual, se considera un principio de esta norma que si las personas cuentan con conocimiento y conciencia plena de las consecuencias de las propias acciones, son capaces de disfrutar de su sexualidad sin hacerse daño a sí mismo(a) ni a otras personas.

12. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Para ofrecer una atención integral en salud sin estigma y discriminación, a HSH y personas trans en la CCSS, es necesario considerar una serie de actividades que van desde la gestión y planificación, hasta la atención clínica directa de las personas.

De igual forma el seguimiento y monitoreo de las acciones en salud resultan actividades relevantes para asegurar la adecuada operación de los servicios y las acciones que se describen en este Manual. Sin embargo, en este Manual se encuentran solamente aquellas actividades que se ejecutan de manera directa en el primer y segundo nivel de atención; lo relacionado con gestión y seguimiento institucional, que corresponde a otras instancias dentro de la institución se ha recogido en otros documentos.

En las siguientes secciones se describen cada uno de los procedimientos y sus actividades específicas para su adecuado desarrollo .

12.1 Prevención de amenazas a la salud sexual y salud reproductiva.

Es necesario que en los establecimientos de salud, no solamente se atiendan las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) cuando alguna persona las presenta, sino que además es fundamental desarrollar acciones para promover el autocuidado de su salud sexual y salud reproductiva, incluyendo la prevención de ITS y del VIH. Para ello se utilizan las siguientes estrategias:

12.1.1. Talleres sobre autocuidado en salud sexual y salud reproductiva, incluyendo la prevención de ITS y VIH.

Vale la pena aclarar que todos los procesos y procedimientos que se describen en este Manual se implementarán inicialmente en las áreas priorizadas en el contexto del Proyecto “Costa Rica, un modelo sostenible de prevención combinada y atención a la población HSH y trans femenina” subvencionado por el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria para el periodo 2015-2018. Posteriormente, se extenderá su implementación progresivamente a nivel nacional.

Estos talleres deben cumplir con las siguientes condiciones (elaboración propia):

• No es recomendable realizar convocatorias exclusivas para HSH y personas trans, pues esto les expondría a que en el establecimiento de salud se conozca su identidad de género, orientación sexual o prácticas sexuales, que si bien en algunos casos es posible que sea de conocimiento público porque una o varias personas han decidido manejarlo de esta forma, es posible que algunas otras personas prefieran reservarse esta información. En este sentido, es indispensable respetar la confidencialidad de las personas, pues esto reduce las posibilidades de que sean víctimas de estigma y discriminación.

• Se recomienda entonces realizar convocatorias abiertas, aunque el personal de salud pueden invitar de manera personal a las personas trans y HSH que tienen identificadas. La invitación debe recalcar que la asistencia es voluntaria (nunca puede ser obligatoria) y debe concentrarse en explicarle a la persona la importancia de conocer sobre estos temas, sin mencionar que se le está invitando por su orientación sexual, identidad de género o prácticas sexuales.

• Los contenidos básicos de estos talleres deben ser: a) el autocuidado desde una perspectiva de responsabilidad y co-responsabilidad; b) qué implica el autocuidado de nuestra salud sexual y salud reproductiva; c) ITS más comunes (incluyendo el VIH): vías de transmisión, síntomas, tratamiento; d) formas de prevención de las ITS, incluyendo la demostración sobre el uso correcto del condón y los lubricantes.

• No todos estos contenidos deben ser abordados en un mismo taller. Pueden desarrollarse varios talleres que permitan ir abordando de manera secuencial los diversos temas o incluso algunos temas pueden ser abordados a través de materiales educativos impresos, y otros pueden ser profundizados en los talleres.

• Los talleres corresponden a una modalidad socioeducativa que se caracteriza por ser participativa. Es decir, NO es una charla ni una clase magistral en la que la persona a cargo expone una serie de contenidos y las demás personas escuchan pasiva y receptivamente. La metodología de taller implica el diseño y ejecución de actividades participativas, en las cuales las personas participantes del taller literalmente puedan involucrarse en la discusión de los temas y se construya conocimiento colectivamente.

• Estos talleres pueden formar parte de espacios o procesos regulares de formación que se desarrollan en los establecimientos de salud, o bien pueden ser diseñados y convocados de manera exclusiva con este propósito. De igual forma, se pueden aprovechar otras actividades como Ferias de Salud para realizar actividades educativas de este tipo.

• Es responsable de coordinar la realización de estos talleres la Comisión de Promoción de la Salud de cada establecimiento de salud, o bien el personal de Trabajo Social y/o Psicología.

• Se debe realizar un taller de este tipo en cada establecimiento de salud al menos cada 6 meses; es decir, como mínimo 2 talleres al año.

12.1.2. Materiales y productos de comunicación en salud sexual y salud reproductiva, incluyendo la prevención de ITS y VIH.

Los talleres presentan diversas limitaciones entre las que se encuentran la regularidad con la que se llevan a cabo, la cantidad limitada de participantes que se admiten y además existen algunas personas que quizás nunca quieran acercarse a un taller. Es por esto que los medios de comunicación masiva son otra estrategia útil para llevar mensajes de prevención.

Pueden utilizarse medios impresos que pueden ser distribuidos en la pre-consulta, lo que permite que la persona lo lea mientras espera que le atienda el personal médico y en caso de tener dudas o consultas ahí mismo puede plantearlas. De igual forma se pueden aprovechar otras actividades desarrolladas por los establecimientos de salud para distribuir este tipo de material y que las personas se lo puedan llevar para realizar una lectura detenida, e incluso tener a mano información en caso de tener dudas o consultas luego.

También se pueden utilizar los Programas “Salud para Todos”, los cuales se pautan en radio y televisión, y que permiten una mayor cobertura.

12.1.3. Oferta de la prueba de VIH.

Tanto en los talleres como en los mensajes posicionados a través de medios de comunicación masiva, y también en la consejería sobre autocuidado en salud sexual y salud reproductiva debe promoverse y ofertarse la realización de la prueba de VIH.

Según el marco normativo vigente (Asamblea Legislativa de Costa Rica, 1998) , la prueba de VIH en Costa Rica es VOLUNTARIA, lo que significa que no se le puede obligar a nadie a realizarse la prueba sin su consentimiento. Es necesario realizar una pre consejería (ver Protocolo de Consejería Pre y Post Prueba de VIH en Anexo 2) que incluya la importancia de la prueba, pero si a pesar de la información recibida la persona se rehúsa a realizársela, se debe respetar su voluntad.

En el expediente médico debe consignarse que se realizó la pre-consejería y la decisión de la persona sobre si acepta o no realizarse la prueba de VIH.

La prueba de VIH debe ser ofrecida al menos 1 vez al año a estas poblaciones prioritarias. Si en alguna persona en particular se detectan los siguientes factores de mayor riesgo, la prueba se le debe ofrecer 2 veces al año (Ministerio de Salud, 2014):

- Múltiples parejas sexuales en los últimos 12 meses con quienes se han tenido relaciones sexuales sin protección.
- Poca o nula utilización del condón en sus relaciones sexuales orales, vaginales y anales.
- Historia pasada de ITS en la persona atendida o en algunas de sus parejas.
- Utilización de drogas inyectables.
- Ejercicio del trabajo sexual.

12.1.4 Condones y lubricantes

Es de suma importancia que, como parte de las acciones institucionales de prevención, se contemple la distribución de condones, lubricantes y otros métodos anticonceptivos, según disponibilidad de los insumos dentro de la institución.

a) Distribución de condones masculinos regulares y extra fuertes: en concordancia con lo establecido en el “Lineamiento para la extensión de cobertura y acceso al condón masculino en poblaciones usuarias de los servicios de salud de la CCSS” (CCSS, 2015) (ver Anexo 3), la distribución de condones se realizará conforme lo estipula el lineamiento respectivo.

Es fundamental que en las actividades educativas, así como en la atención médica, se dedique tiempo para educar sobre el uso correcto del condón (ver Anexo 4).

b) Distribución de lubricantes a base de agua: junto al uso del condón debe promoverse el uso de lubricantes pues en ciertas prácticas sexuales como el sexo anal, el riesgo de transmisión de infecciones de transmisión sexual aumenta justamente por el alto nivel de fricción que se presenta; y aunque los condones están lubricados, muchas veces la lubricación que traen no es suficiente y por ello se recomienda la utilización de lubricante adicional. (OMS, 2012). La evidencia científica recomienda consistentemente la promoción del uso de lubricantes como parte de las acciones de prevención del VIH y otras ITS, por lo que se recomienda que si hay disponibilidad y existencia del recurso, la persona proveedora de servicios deberá ofrecer lubricantes a las personas usuarias de los servicios, así como informar sobre la importancia de su uso. Los lubricantes que se dispensen deben ser a base de agua (nunca a base de aceite), para evitar que se dañe el condón. Y es fundamental que se eduque a las personas usuarias de los servicios sobre el uso del lubricante, pues al no ser tan común su utilización, no se puede dar por sentado que las personas saben cómo utilizarlo.

La dispensación de los lubricantes se hará en conjunto con la dispensación de condones, según disponibilidad de este insumo dentro de la institución, es decir, teniendo existencias de este insumo en la institución, deberá entregarse, por cada condón, una bolsita de lubricante. Por lo tanto, los mecanismos y escenarios de distribución de lubricantes, si los hubiere, son los mismos mencionados anteriormente para los condones.

12.2 Atención Directa en Salud

Cada vez que una persona HSH y trans que se acerque al servicio de salud, ya sea en una de sus citas periódicas o bien en cualquier otra cita, es necesario aprovechar esta oportunidad para realizar el abordaje de aspectos relacionados con salud sexual y salud reproductiva, así como una consejería para el autocuidado de la SS/SR y el uso correcto y sistemático del condón.

A continuación se explican las diversas intervenciones y procedimientos que se deben realizar con estas personas.

12.2.1 Historia clínica sobre elementos relacionados con la salud sexual de las personas

La entrevista clínica, en cualquier consulta de atención médica es un momento delicado pues es de mucha intimidad, ya que se le consulta a la persona sobre aspectos específicos de su salud, de su historia de salud y de sus prácticas y condiciones tanto presentes como pasadas. En este caso, además de las preguntas que usualmente le realiza el personal de salud a las personas que se atienden, se incluirán elementos relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva de las personas, lo cual es mucho más sensible aún que otros temas.

Al mismo tiempo, esta es información crucial para el personal de salud pues en la medida en que logre que la persona le brinde información real y precisa, así podrá desarrollar intervenciones más dirigidas y enfocadas a lo que cada persona necesita.

Por lo anterior, no debe sorprender que muchas personas, independientemente de su orientación sexual, identidad de género o prácticas sexuales, se sientan incómodas con el hecho de compartir elementos de su vida sexual con el personal de salud; o que incluso no reconozcan la importancia de hacerlo.

Es por ello que es fundamental generar un espacio y ambiente de CONFIANZA y PRIVACIDAD bajo las medidas de seguridad apropiadas, no solo para la entrevista clínica sino para toda la atención médica que se desarrollará.

El estilo de comunicación del personal de salud es uno de los elementos que puede reducir preocupaciones y ansiedades a la persona. En este sentido, las principales recomendaciones son (Fundación Ecuatoriana Equidad, 2008):

> Todas las intervenciones acá descritas surgen de las recomendaciones más actualizadas a nivel internacional, a partir de la medicina basada en evidencia (ver referencias bibliográficas).

• El personal médico se mantiene consciente de su lenguaje verbal y corporal: muéstrese con actitud abierta y sin prejuicios; y reflexiona sobre sus creencias en cuanto a identidades, orientaciones y prácticas sexuales que se alejen de la heteronormatividad: ¿sus prejuicios pesan en la prestación de los servicios clínicos? ¿asume usted que todas las personas en su consulta son heterosexuales? ¿qué modificaciones deberían hacerse en su comunicación para aproximar y tratar a las personas?

• En el proceso de saludo y admisión de la persona, así como durante la entrevista el personal de salud utiliza un lenguaje de género neutral; evita las presunciones sobre relaciones de pareja, familia y otras relaciones.

• El personal médico usa el mismo lenguaje que utiliza la persona para referirse a su comportamiento o identidad sexual. Si tiene dudas con respecto a qué terminología utilizar, le pregunta a la persona que está atendiendo qué términos prefiere.

• El personal médico debe recordar que algunos hombres podrían tener relaciones sexuales con otros hombres, sin identificarse como gays o bisexuales, por lo tanto, no presume sobre los comportamientos sexuales de una persona, aunque el hombre reporte tener una pareja mujer.

• El personal médico es sensible al tema de la confidencialidad y es empático con la preocupación de las personas en cuanto a este tema. Es necesario hacer sentir segura a la persona, garantizándole en todo momento su absoluto compromiso con la confidencialidad y el compromiso de todo el personal de salud. Para contribuir con la sensación de seguridad de la persona, se debe tomar tiempo para explicarle la importancia que tiene la información que ella le brinde para el adecuado cuidado de su salud. Es necesario explicar quien o quienes tienen acceso a los registros médicos (expedientes y otros documentos relacionados), y el compromiso e incluso responsabilidad legal de estas personas como funcionarios(as) públicos(as) con el manejo confidencial de la información. Este es el momento para explicar a la persona sobre sus derechos de que la información que brinda sea manejada de forma confidencial y las responsabilidades legales del personal de salud y de la institución en general de resguardar esta. Además es importante comunicar a la persona que NO está obligada a brindar ninguna información que no desee.

Para realizar esta entrevista, se propone la utilización de la guía propuesta por el CDC (2015), la cual es conocida como las 5Ps: Parejas, Prácticas, Prevención del Embarazo, Protección ante ITS e Historia Pasada de ITS.

Guía de entrevista sobre historia sexual basada en las 5Ps (tomada y adaptada de "Sexually Transmitted Diseases Treatmente Guidelines", CDC, 2015).

I. Parejas

1. ¿Usted tiene relaciones sexuales con hombres, mujeres o ambos?
2. En los últimos 2 meses, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales?
3. En los últimos 12 meses, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales?
4. ¿Es posible que alguna de esas personas con las que usted tuvo relaciones sexuales en los últimos 12 meses, haya tenido sexo con alguna otra persona mientras mantenía relaciones sexuales con usted?

II. Prácticas

Para entender sus riesgos antes ITS, necesito entender el tipo de relaciones sexuales que usted ha tenido recientemente

5. ¿Ha tenido usted relaciones vaginales, lo que significa penetración del pene en la vagina? Si la respuesta es SÍ pregunte: ¿Usted utilizó condón: nunca, a veces o siempre?
6. ¿Ha tenido usted relaciones sexuales anales, lo cual significa penetración del pene en el ano? Si la respuesta es SÍ pregunte: ¿Usted utilizó condón: nunca, a veces o siempre?
7. ¿Ha tenido usted relaciones sexuales orales, lo cual significa colocar la boca en pene, vagina o ano?
8. Para las respuestas con respecto al uso del condón:
    a. Si la respuesta siempre fue NUNCA: ¿por qué no utiliza condones?
    b. Si la respuesta fue A VECES: ¿en cuáles situaciones (o con quién) utiliza condones?

III. Prevención del Embarazo

9. ¿Qué está haciendo usted para prevenir un embarazo?

IV. Protección ante ITS

10. ¿Qué está haciendo usted para protegerse de ITS y VIH?

V. Historia Pasada de ITS

11. ¿Alguna vez usted ha tenido una Infección de Transmisión Sexual?
12. ¿Alguna de sus parejas ha tenido alguna vez una Infección de Transmisión Sexual?

Preguntas adicionales para identificar riesgos ante VIH y hepatitis viral:

13. ¿Alguna vez usted o alguna de sus parejas ha utilizado drogas inyectables?
14. ¿Alguna vez usted o alguna de sus parejas ha intercambiado dinero o drogas a cambio de relaciones sexuales?
15. ¿Existe algo más sobre sus prácticas sexuales que usted considere que debo conocer?

En el caso de las personas trans es de suma importancia explorar además de todo lo anterior, si en el pasado y actualmente están en algún tratamiento para la feminización o masculinización del cuerpo, ya sea a través de hormonización o también si se han realizado alguna cirugía de modificación corporal.

12.2.2 Exámen anorectal

El examen anorectal constituye una intervención en salud clave para HSH y personas trans; pues promueve la detección y prevención de ITS y otras condiciones anorectales que tienen mayor prevalencia en estas poblaciones. Sin embargo, el examen anorectal no debe ser el foco primordial o único de un examen clínico de un HSH o una persona trans, sino que tal como se propone en este Manual debe ser uno de varios procedimientos que deben realizarse en una atención médica integral.

Es importante tomar en cuenta que si bien debe presentarse como un procedimiento de rutina, es necesario respetar si la persona decide no aceptarlo. Por lo tanto, el personal deberá informar y explicar con detalle la naturaleza de este examen a la persona que está siendo atendida.

Dada la naturaleza del examen anorectal, la persona puede decidir no realizarlo en esta ocasión por motivos relacionados con la higiene o con la necesidad de informarse más. Incluso, pueden existir algunas otras resistencias para someterse a un examen anorectal que deben ser abordadas favoreciendo el espacio para conversar de ellas y educar al respecto.

El personal de salud debe adoptar prácticas que ayuden a las personas a superar el temor o la vergüenza que puede asociarse con un examen anorectal y promover una mayor aceptación.

En el contexto de un examen anorectal, el personal de salud deberá consultar a la persona acerca de:

- Uso constante de condón.
- Uso de duchas rectales o enemas (de venta libre o caseras).
- Uso constante de lubricantes con base a agua en el sexo anal.
- Uso de objetos extraños y otras prácticas de inserción (ej. consoladores, puño).
- Problemas previos de salud anorectal.
- Uso de drogas y otras sustancias durante el sexo anal.

El exámen anorectal debe enfocarse en la identificación de:

• Lesiones cerca del ano o de la mucosa anal.
• Dolor agudo cerca del ano.
• Secreciones en y alrededor del ano o recto.
• Enfermedades o síntomas hemorroidales.
• Trombosis hemorroidal.
• Fisuras o fístulas anales.
• Objetos extraños en el ano o recto.
• Cáncer en el ano o recto.
• Complicaciones por prácticas sexuales que involucran trauma al ano o recto (ej. sangrado pospenetración).
• Lesiones intestinales.
• Úlceras alrededor del ano o recto.
• Incontinencia anorectal.

El exámen anorectal involucra tres maniobras que se realizan en forma sucesiva:

a) Exámen anoperineal: la inspección se realiza en posición decúbito lateral izquiero. Al separar los glúteos, se buscan lesiones de piel, cicatrices, orificios fistulosos. Además, se observa el ano durante la contracción voluntaria del esfínter, el pujo y la tos. Se palpa el periné con el fin de buscar zonas de sensibilidad, dolor, y trayectos fistulosos. Finalmente, se expone el anodermo en busca de fisuras.

b) Exámen digital del recto o tacto rectal: se introduce el dedo índice, enguantado y lubricado, con presión suave y constante mientras se evalúa el calibre y tono del conducto anal. Toda la superficie al alcance del dedo debe ser tactada con el fin de buscar áreas de dolor, induración, orificios fistulosos, lesiones protruyentes o crecimiento tumoral. Además se evalúan estructuras adyacentes como el tabique rectovaginal o la próstata. Al retirar el dedo, se observa en busca de sangre, moco o pus.

c) Anoscopia: con un anoscopio tubular (7cm de longitud) se explora la mucosa del recto distal, el plexo hemorroidal interno, la línea pectínea y el anordermo en busca de lesiones mucosas, crecimiento endoluminal, orificios fistulosos y fisuras. Al retirar el anoscopio se observa al pujar si se pone de manifiesto alguna procidencia oculta.

La secuencia anteriormente descrita puede interrumpirse por dolor, en cuyo caso debe referirse para exámenes posteriores o para exploración urgente con el uso de anestesia.

Luego del examen y tratamiento anorectal de enfermedades o afecciones identificadas, en la consejería sobre autocuidado y prevención de ITS, se debe referir a un profesional médico especialista si fuese necesario, así como orientar a las personas sobre la importancia de la lubricación, limpieza y el uso de condones para disminuir desgarros y por ende minimizar los riesgos de adquirir ITS. Esto incluye brindar orientación respecto a que el ano no produce lubricación, por lo que la piel y el tejido anal tienen a desgarrarse cuando están secos. Se debe brindar educación con respecto al uso de lubricantes a base de agua.

También es importante que el personal de salud informe sobre la importancia de lavar la región anal antes y después del sexo anal. En este sentido es necesario explicar la función que desempeñan los condones para prevenir la transmisión de ITS; así como advertir en relación con el uso excesivo de enemas, que pueden destruir el equilibrio normal y saludable de bacterias en el tracto intestinal inferior.

12.2.3 Exámen orofaringeo

Dado que existen ITS que se transmiten por relaciones sexuales orales y que también existen ITS que presentan manifestaciones en la salud orofaríngea, es importante realizar un exámen orofaringeo para prevenir o bien detectar lesiones benignas o malignas, en estados iniciales o avanzados. Al igual que con el exámen anorectal, es importante comunicar a la persona sobre la importancia de esta revisión; y, de igual forma, respetar si la persona no accede a realizarse el procedimiento.

12.2.4 Examen de genitales externos

Además de los exámenes planteados anteriormente, interesa realizar un examen de genitales externos a los HSH y personas trans, con el fin de detectar inflamaciones, secreciones, verrugas o cualquier otra señal de ITS o de alguna otra condición médica que les podría estar afectando su salud sexual y reproductiva.

En el caso de las personas trans, ya que en la entrevista inicial se consultó si se habían sometido a algún tratamiento hormonal o cirugía para la modificación corporal, en este momento se espera que el personal médico cuente con información suficiente sobre cuál anatomía genital se encontrará al realizar este examen. Sin embargo, si se cuenta con alguna duda al respecto, el personal de salud puede consultar respetuosamente a la persona cuáles son los genitales

externos que posee, y de esta forma, prepararse para realizar el examen de acuerdo a las características propias de la persona.

En este punto es fundamental, particularmente para el caso de las personas trans, crear un ambiente de absoluta confianza y confidencialidad, de manera tal que se reduzca el temor o la vergüenza que la persona podría sentir. Además, abordar los temas de manera natural, sin prejuicios ni morbos, le ayudará a la persona a sentir que en este espacio nadie le está juzgando ni señalando.

Es importante además aprovechar este momento para educar a la persona sobre qué aspectos debe revisar regularmente en su pene, testículos o vulva (según sea la anatomía que la persona presente), con el fin de detectar a tiempo señales de posibles ITS u otras condiciones médicas de importancia.

12.2.5 Detección y tratamiento de VIH

Tanto en los talleres como en los mensajes posicionados a través de medios de comunicación masiva, así como en la consulta médica debe promoverse la realización de la prueba de VIH (ver sección 12.1.3).

Si una persona recibe un resultado no reactivo, debe recibir la Consejería Post Prueba que le permita reducir sus comportamientos de riesgo y evitar la infección por VIH (ver D.T. Orientación y Consejería para la promoción de la prueba de VIH e ITS, 2015)

Si una persona recibe un resultado reactivo, de igual forma debe recibir la Consejería Post Prueba que le permita conocer en qué consiste este diagnóstico y las posibilidades de tratamiento y apoyo que tiene (ver D.T. Orientación y Consejería para la promoción de la prueba de VIH e ITS, 2015).

De ser confirmado el diagnóstico por VIH, es fundamental que de inmediato se le refiera a la Clínica del VIH del hospital que corresponda, según la red a la que pertenezca el servicio donde se le ha diagnosticado.

12.2.6 Detección y tratamiento de ITS

Tal como se plantea en el "Manual de Procedimientos Técnicos para la Atención Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual en personas jóvenes y adultas, CCSS (Primer y segundo nivel de atención)" en el primer nivel de atención, el abordaje integral de las ITS se debe realizar mediante las siguientes estrategias:

- *Vigilancia y manejo clínico por diagnóstico etiológico:* lo cual aplica en las unidades que disponen de capacidad de respuesta oportuna e infraestructura de laboratorio.
- *Manejo sindrómico:* éste aplica en caso de no tener capacidad instalada de laboratorio o respuesta oportuna de los servicios de laboratorio contiguos.

> **ATENCIÓN:** donde haya disponibilidad de pruebas de laboratorio debe llegarse a un diagnóstico etiológico, independiemente si se prescribe tratamiento luego de un diagnóstico sindrómico.

A continuación se detalla lo correspondiente a las ITS que, según la evidencia internacional, presentan mayor incidencia y prevalencia en HSH y personas trans. Es decir, estas son las ITS ante las cuales estas poblaciones se encuentran en mayor riesgo, aunque por supuesto en el caso de cada persona su riesgo (o no) se encuentra en función de sus prácticas sexuales más que por su orientación sexual o identidad de género.

Por lo tanto, se ha priorizado en las secciones posteriores lo relacionado con el diagnóstico y tratamiento de estas ITS en las poblaciones HSH y trans femeninas. Los elementos relacionados con el diagnóstico y manejo de estas ITS en otras poblaciones se han excluido.

SÍFILIS

La sífilis es una infección causada por el Treponema pallidum. Éste puede ser transmitido por vía sexual o bien verticalmente (madre-hijo(a)), en cuyo caso se habla de una sífilis congénita.

La sífilis presenta diferentes estadíos, los cuales se resumen en el Cuadro 2, pues del estadío en el cual se encuentre la infección dependerá el diagnóstico y el tratamiento.

Cuadro 2. Estadíos de la sífilis y sus respectivas características.

	ESTADÍOS					
	PRIMARIO	***SECUNDARIO***	***TERCIARIO***	***LATENTE***		***NEUROSÍFILIS***
				Temprano	***Tardía***	
TIEMPO	Entre 1 semana y 3 meses	2-8 semanas después de la resolución del chancro (6 semanas – 6 meses).	Décadas después de la exposición inicial (10-20 años)	Menos de 1 año	Más de 1 año	Se puede presentar en cualquier etapa
SÍNTOMAS	Chancro (úlcera sin dolor), generalmente en genitales	Pueden ser muy diversos, por ello se le llama "El Gran Imitador". Puede presentarse: fiebre; sarpullido maculopapular (en palmas de pies y manos); faringitis; lesiones muco-cutáneas como placas mucosas, candiloma y alopecia; linfadenopatía; y enfermedades neurológicas como ACV, meningitis y déficitis en nervios craniales.	Endarteritis o infección del parénquima, lo cual conduce a la disfunción de múltiples órganos y sistemas En el sistema nervioso central: tabes dorsal, parálisis general, encefalitis crónica. Aortitis o aneurisma; isquemia de miocardio o insuficiencia cardíaca. Gomas.	Asinto-mática Infecciosa	Asinto-mática No se cree que sea infecciosa	Puede ser asintomática. Sus subtipos incluyen, aunque no están limitados a: meningitis sifilítica, sífilis meningovascular, neurosífilis parenquimatosa

	ESTADÍOS					
	PRIMARIO	***SECUNDARIO***	***TERCIARIO***	***LATENTE***		***NEUROSÍFILIS***
				Temprano	***Tardía***	
DIAGNÓSTICO CLÍNICO	- Historia clínica y hallazgos del examen físico tales como lesiones genitales sin dolor, y linfadenopatía regional asociada no dolorosa. - Evidencia serológica de la enfermedad.	- Se sospecha de sífilis secundaria en pacientes que presentan factores de riesgo de ITS y síntomas compatibles como: sarpullido generalizado, maculopapular clásico que implica palmas y plantas; lesiones mucocutáneas, tales como placas mucosas orales; linfadenopatía - Diagnóstico presuntivo basado en la evidencia serológica de la enfermedad.	- El diagnóstico clínico de la sífilis terciaria se basa en hallazgos clínicos compatibles con la evidencia serológica.	En una persona sin síntomas, el diagnóstico de la sífilis latente se basa en un resultado positivo de las pruebas de detección. Los criterios del CDC para distinguir entre sífilis latente temprana y tardía son los siguientes: - La sífilis latente temprana si se cumple con 1 de los siguientes criterios en el último año: seroconversación documentada o sostenida (2 semanas) 4 veces en la valoración de la prueba no treponémica; síntomas inequívocos de sífilis primaria o secundaria; pareja sexual a quien se le ha documentado sífilis primaria, secundaria o sífilis latente temprana; pruebas treponémicas y no treponémicas reactivas de una persona cuya única exposición posible ocurrió dentro de los 12 meses anteriores. - Si no se no cumple con ninguno de los criterios anteriormente descritos se trata de sífilis latente tardía o sífilis latente de duración desconocida.	

	ESTADÍOS					
	PRIMARIO	***SECUNDARIO***	***TERCIARIO***	***LATENTE***		***NEUROSÍFILIS***
				Temprano	***Tardía***	
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	Otras causas de úlceras genitales como herpes simple, cancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, entre otros.	Otros síndromes con fiebre, linfadenopatía y sarpullido tales como infección aguda de VIH; mononucleosis infecciosa; otros exantemas virales como el sarampión y la rubéola.	Varía dependiendo de los órganos que están afectados.	Atención a las condiciones que pueden generar falsos positivos.		

	ESTADÍOS					
	PRIMARIO	***SECUNDARIO***	***TERCIARIO***	***LATENTE***		***NEUROSÍFILIS***
				Temprano	***Tardía***	
SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LAS PRUEBAS DE SANGRE	**PRUEBAS NO TREPONÉMICAS:** Sensibilidad: 78% (74-87%) usando VDRL 86% (77-99%) usando RPR. Especificidad: 98% (96-99%) usando VDRL 98% (93-99%) usando RPR. **PRUEBAS TREPONÉMICAS:** Sensibilidad: TPPA: 100%; FTA-ABS: 100%; IgG-ELISA: 100%, CIA: 100% Especificidad: TPPA: 96% (95-100%); FTA-ABS: 97% (94-100%); IgG-ELISA: 100%, CIA: 99%	**PRUEBAS NO TREPONÉMICAS:** Sensibilidad: 100% usando VDRL 100% usando RPR Especificidad: 98% (96-99%) usando VDRL 98% (93-99%) usando RPR. **PRUEBAS TREPONÉMICAS:** Sensibilidad: TPPA: 100%; FTA-ABS: 100%; IgG-ELISA: 100%, CIA: 100% Especificidad: TPPA: 96% (95-100%); FTA-ABS: 97% (94-100%); IgG-ELISA: 100%, CIA: 99%	**PRUEBAS NO TREPONÉMICAS**: Sensibilidad: 71% (37-94%) usando VDRL 73% usando RPR Especificidad: 98% (96-99%) usando VDRL 98% (93-99%) usando RPR. **PRUEBAS TREPONÉMICAS:** Sensibilidad: TPPA: 100%; FTA-ABS: 100%; IgG-ELISA: 100%, CIA: 100% Especificidad: TPPA: 96% (95-100%); FTA-ABS: 97% (94-100%); IgG-ELISA: 100%, CIA: 99%	**PRUEBAS NO TREPONÉMICAS:** Sensibilidad: 96% (88-100%) usando VDRL 98% (95-100%) usando RPR Especificidad: 98% (96-99%) usando VDRL 98% (93-99%) usando RPR. **PRUEBAS TREPONÉMICAS:** Sensibilidad: TPPA: 100%; FTA-ABS: 100%; IgG-ELISA: 100%, CIA: 100% Especificidad: TPPA: 96% (95-100%); FTA-ABS: 97% (94-100%); IgG-ELISA: 100%, CIA: 99%	

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory
RPR: Rapid Plasma Reagin

	ESTADÍOS					
	PRIMARIO	*SECUNDARIO*	*TERCIARIO*	*LATENTE*		*NEUROSÍFILIS*
				Temprano	*Tardía*	
FALSOS POSITIVOS	Pueden ocurrir en personas en edad avanzada; con enfermedades autoinmunes como el lupus; con otras infecciones como endocarditis bacteriana; enfermedad crónica del hígado; uso de drogas intravenosas, embarazo. Para confirmar el diagnóstico es necesario una prueba treponémica específica. En el caso de la sífilis latente (temprana o tardía) las pruebas treponémicas pueden generar falsos positivos en condiciones como: mononucleosis, enfermedad de Lyme, lepra, malaria y lupus eritematoso sistémico.					
TRATAMIENTO	- La penicilina G es el tratamiento preferido para todas las etapas de la sífilis. - Para sífilis secundaria sin afectación neurológica: en adultos 2.4 millones de unidades de penicilina G benzatina por vía intramuscular en una dosis única. En infantes y niños, 50.000 unidades de penicilina G benzatina/kg por vía intramuscular en una dosis única (dosis máxima de 2.4 millones de unidades). Para pacientes con alergia a la penicilina (no embarazadas), las opciones incluyen: 100 mg de doxiciclina 2 veces al día por 14 días vía oral; 1g de ceftriaxona al día vía intravenosa o intramuscular por 10-14 días; 500 mg de tetraciclina vía oral 4 veces al día por 14 días; 2 g de azitromicina vía oral en una dosis única (no recomendada para mujeres embarazadas o HSH). - Para mujeres embarazadas con alergia a la penicilina: desensibilizar a la penicilina o bien tratar con 2.4 millones de unidades de penicilina benzatina G por vía intramuscular en una dosis única. - Para pacientes con afectación neurológica: 3-4 millones de unidades de penicilina G vía intravenosa cada 4 horas o en infusión continua por 10-14 días.					

Fuente:
DynaMed EBSCO Information Services (1995, actualizado en 2016f).
Latent syphilis. Disponible en http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=115040.
DynaMed EBSCO Information Services (1995, actualizado en 2016g).
Primary syphilis. Disponible en http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=115619.
DynaMed EBSCO Information Services (1995, actualizado en 2016h).
Secondary syphilis. Disponible en http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=113985.
DynaMed EBSCO Information Services (1995, actualizado en 2016i).
Tertiary syphilis. Disponible en http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=113669.

En síntesis el tratamiento por Sifilis según el estadío se resume de la siguiente manera:

Sífilis primaria y secundaria.

Tratamiento recomendado para adultos:

- Penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades IM, dosis única o
- Doxiciclina 100 mg VO, BID por 14 días.

Tratamiento recomendado para niños:

Penicilina G benzatínica 50 mil unidades/kg IM, dosis máxima de 2.4 millones dosis única.

• Después del periodo neonatal, los niños con sífilis deben ser evaluados para detectar neurosífilis y debe clarificarse si se trata de un caso de sífilis congénita o adquirida

Sífilis latente.

Tratamiento:

a. Tratamiento recomendado para adultos Sífilis latente temprana:

- Penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades IM, dosis única.

- Sífilis latente tardía o latente de duración desconocida:
- Penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades IM cada semana durante 3 semanas, para un total de 7.2 millones de unidades

Segunda línea (alergia a la penicilina):

- Doxiciclina 200 mg VO, BID por 28 días.
- Puede utilizarse una dosis mayor si es bien tolerada.

c. Sífilis latente tardía o latente de duración desconocida:

- Penicilina G benzatínica 50 mil unidades/kg IM 1 dosis por semana por 3 semanas, máximo 2,4 millones unidades en cada dosis (150 mil unidades/kg ó 7.2 millones de unidades en total).

Sífilis terciaria.

Sífilis terciaria se refiere a la presencia de gomas y sífilis cardiovascular pero no a todas las neurosífilis. Los pacientes que no son alérgicos a la penicilina y no presentan neurosífilis deben ser tratados de la siguiente manera:

Tratamiento recomendado:

- Penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades IM cada semana, por 3 semanas, para un total de 7.2 millones de unidades.

Neurosífilis.

Tratamiento recomendado:

- Penicilina G Acuosa Cristalina 18-24 millones por día, administrada en 3-4 mill U IV cada 4 horas o infusión continua, por 10-14 d.
- Alternativa: Penicilina procaínica 2,4 mill U IM c/d + Probenecid 500 mg c/6 h, ambos por 10-14 días. Tal como se mencionó en el Cuadro 2, el diagnóstico de la sífilis en sus diferentes estadíos se realiza a través de la historia clínica y el examen físico, acompañado siempre de la utilización de pruebas serológicas que permitan la confirmación y precisión del diagnóstico. Para ello se utilizan pruebas no treponémicas y pruebas treponémicas.

Seguimiento:

En correspondencia con las recomendaciones del Center for Disease Control and Prevention (CDC, 2015), el seguimiento para las personas a quienes se les haya diagnosticado y tratado por sífilis es el siguiente:

• En personas SIN la infección por VIH:

- Debe repetirse la valoración clínica y serológica para detectar la eficacia del tratamiento a los 6 y 12 meses.
- Es probable el fallo del tratamiento o la reinfección si: persisten o reaparecen los síntomas, o bien si se presenta un aumento sostenido de 4 veces la valoración de la prueba no treponémica, en comparación con la línea de base máxima al momento del tratamiento.

- El tratamiento posiblemente falló si la prueba no treponémica no declina sus valores en al menos 4 veces, después de 6-12 meses de iniciado el tratamiento.
- Si el tratamiento falló: debe realizarse nuevamente la prueba de VIH, considerar neurosífilis y un análisis del fluido cerebroespinal. Además, debe repetirse el tratamiento con 2.4 millones de unidades de penicilina G benzatina por vía intramuscular, una vez a la semana durante 3 semanas (a no ser que se haya detectado neurosífilis).

• En personas CON VIH:
- Debe repetirse la evaluación clínica y serológica a los 3, 6, 9, 12 y 24 meses.
- Las personas a quienes les haya fallado el tratamiento deben manejarse como el resto de personas adultas, según se indicó en el punto anterior.

Notificación, abordaje y tratamiento a la(s) pareja(s):
En correspondencia con las recomendaciones del Center for Disease Control and Prevention (CDC, 2015):

• Todas las parejas que hayan estado expuestas a la infección, deben ser evaluadas clínica y serológicamente.
• Se deben tratar las parejas sexuales de las personas diagnosticadas con sífilis en cualquiera de sus etapas si:
- Si existió actividad sexual en un plazo de 90 días antes del diagnóstico de sífilis de la pareja, aun si fue seronegativo.
- Si existió actividad sexual después del plazo de 90 días antes del diagnóstico de sífilis de la pareja, y los resultados del examen serológico no estuvieron disponibles inmediatamente y el resultado aún es incierto.
• Para el abordaje y tratamiento de la pareja, se presume que aquellas personas con sífilis de duración desconocida y altos valores en las pruebas no treponémicas (presentan sífilis primaria).
• Se debe desarrollar una evaluación clínica y serológica a las parejas de largo plazo de las personas con sífilis latente, y tratarles según los resultados obtenidos.

GONORREA

La gonorrea es el resultado de la infección por diplococos gram negativos (Neisseria gonorrhoege). Los sitios primarios de infección suelen ser las membranas cutáneas de la uretra, endocervix, recto, faringe y conjuntiva.

En el Cuadro 3 se detallan las características de diagnóstico y tratamiento para las diversas manifestaciones de la gonorrea.

Cuadro 3. Características de las diversas manifestaciones de la gonorrea.

	ESTADÍOS		
	PROCTITIS ***(Infección que causa inflamación del recto)***	***FARINGITIS***	***URETRITIS***
SÍNTOMAS	En la mitad de las personas esta infección puede ser asintomática. Sin embargo, si se presentan síntomas son los siguientes: prurito anal, secreción mucopurulenta, dolor en el recto, estreñimiento, sensación de continua necesidad de defecar, sangrado rectal.	La mayoría de veces es asintomática, pero cuando presenta síntomas son los siguientes: fiebre, dolor de gargante, adenopatía cervical.	Se caracteriza por secreción uretral mucopurulenta y disuria.
DIAGNÓSTICO CLÍNICO	- Historia clínica - Examen físico: detección de exudado purulento - Pruebas de laboratorio: las pruebas de N. gonorrhoeae como la causa de proctitis, utilizando hisopo rectal, pueden incluir: a) cultivo; b) las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (pueden ser más sensibles que el cultivo); c) la tinción de Gram: es insensible, sin embargo la presencia de diplococos gram-negativa proporciona un diagnóstico presuntivo.	- Historia clínica - Examen físico: detección de eritema orofaríngeo y exudados orofaríngeos - Pruebas de laboratorio: las pruebas de N. gonorrhoeae como la causa de proctitis, usando hisopo orofaríngeo pueden incluir: a) cultivo; b) las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (pueden ser más sensibles que el cultivo); c) la tinción de Gram: es insensible, sin embargo la presencia de diplococos gram-negativa proporciona un diagnóstico presuntivo.	- Historia clínica - Examen físico: detección de secreción uretral, eritema del meato, dolor y sensibilidad testicular, sensibilidad en el epidídimo. - El diagnóstico de la uretritis, por cualquier causa en hombres, se basa en: a) la tinción de Gram de las secreciones uretrales con 2 glóbulos blancos (WBC) por campo de inmersión en aceite (método preferido); b) prueba de esterasa leucocitaria positiva en orina de primera evacuación; c) el examen microscópico del sedimento de orina de primera evacuación demostrando 10 leucocitos por campo de gran aumento. - En hombres con uretritis sintomática, la tinción de Gram muestra células polimorfonucleares y diplococos gram-negativos por lo que es adecuadamente sensible y específico para el diagnóstico de la gonorrea como la causa de la uretritis.

	ESTADÍOS		
	PROCTITIS ***(Infección que causa inflamación del recto)***	***FARINGITIS***	***URETRITIS***
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	Otras causas de la proctitis pueden ser: - Chlamydia trachomatis (clamidia) - Treponema pallidum (sífilis) - Virus de herpes simple (usualmente es extremadamente doloroso) - Proctocolitis, la cual puede tener causas infeccionesas o causas no infecciones (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn en personas adultas).	Otras causas de la faringitis pueden ser: - Faringitis estreptocócica - Mycoplasma pneumoniae - Chlamydophila pneumoniae - Arcanobacterium haemolyticum - Adenovirus - Virus de herpes simple - Mononucleosis vinculada con el virus Epstein-Barr - Infección por citomegalovirus (CMV) - Infección aguda por VIH - Toxoplasmosis	- La uretritis no gonocócica puede ser causada por: chlamydia trachomatis (clamidia), mycoplasma genitalium, virus de herpes simple, y adenovirus. - Prostatitis aguda - Prostatitis crónica - Epididimitis - Infección del tracto urinario
TRATAMIENTO	- Tratar a las personas tanto para Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia trachomatis. - Las recomendaciones de primera línea del CDC para personas adultas incluyen tanto 250 mg de ceftriaxona por vía intramuscular en una dosis única como 1g de azitromicina por vía oral en una dosis única (ésta última solo disponible en el segundo nivel de atención). - Se le debe pedir a las personas que refieran a sus parejas sexuales para las pruebas y el tratamiento, o bien abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que se completa el tratamiento y los síntomas hayan disminuido. - Esta infección es mucho más difícil de erradicar en la faringe que en los sitios urogenitales.		
SEGUIMIENTO	Las recomendaciones sobre la necesidad de la prueba de control para ver resolución de caso. - La OMS recomienda la prueba control para todas las personas, para identificar la infección persistente o resistente a los medicamentos.		

CLAMIDIA

La infección genital por Chlamydia sp la mitad de las veces es asintomática. Sin embargo, cuando presenta síntoma a menudo son similares a los de la gonorrea (uretritis, proctitis y faringitis), aunque suele tener manifestaciones menos intensas, con pruritos e irritación en lugar de dolor real. La clamidia también puede conducir a epididimitis y fibrosis de uretra y recto en el largo plazo.

En los hombres se presenta flujo uretral, disuria, uretrorrea amarillenta o hialina.

El diagnóstico en general se realiza a través del examen físico (cuando existen síntomas) y la toma de muestras en la uretra anterior:

- Cultivo celular
- Immunofluorescencia
- ELISA con anticuerpos monoclonales
- Pruebas rápidas en orina
- Hibridación del ADN
- Pruebas serológicas (detección de IgM y/o IgG)

A continuación se presenta la recomendación principal de tratamiento y las alternativas:

Recomendación principal:
- Doxiciclina 100 mg vía oral, dos veces al día por 7 días.
- Azitromicina 1 g vía oral (disponible en el segundo nivel de atención).

Seguimiento
- Se debe informar a las personas que deben abstenerse de las relaciones sexuales hasta completar el tratamiento.
- Debe programarse una consulta de seguimiento a las 4 semanas de completar el tratamiento para valorar sintomatología, en el caso de las personas con síntomas. En el caso de las personas que no presentan síntomas, la cita debe programarse a los 6 meses.
- En las personas sintomáticas, es necesario evaluar a todo contacto sexual de las últimas 4 semanas antes de la apareción de los síntomas.
- En el caso de las personas asintomáticas, es necesario evaluar todo contacto sexual de los últimos 6 meses antes de la aparición de los síntomas.

HEPATITIS B

Esta es una infección causada por el virus de la Hepatitis B (HBV por sus siglas en inglés). Esta puede ser una infección aguda o puede desarrollarse y convertirse en una enfermedad crónica.

La infección por Hepatitis B puede ser dividida en diferentes etapas, dependiendo del nivel de actividad inmune.

En el Cuadro 4 se detallan las características, diagnóstico y tratamiento para cada una de las diversas fases.

RECUERDE: Todo caso confirmado por HB crónica o evidencia de HB activa debe ser referido a Gastroenterología para su evaluación y manejo clínico-terapéutico. **(Ver Protocolo Institucional para el Manejo de la Hepatitis B.)**

Cuadro 4. Características de las diversas fases de la Hepatitis B.

	Hepatitis B aguda	*Hepatitis B crónica*
TIEMPO	6 semanas - 6 meses.	Es definida como la infección por más de 6 meses.
SÍNTOMAS	Puede ser asintomática. Si los síntomas ocurren, usualmente pueden iniciar entre los 2 o 3 meses después de la exposición al virus de la hepatitis B. Los síntomas pueden incluir: fatiga, bajo apetito, nauseas, vómito, dolor abdominal, dolor en el cuadrante superior derecho, fiebre baja, ictericia, orina oscura, color claro de las heces.	En muchas personas puede ser asintomática. Se pueden presentar síntomas no específicos como fatiga y dolor en el cuadrante superior derecho. Los síntomas en personas con enfermedad más severa o cirrosis pueden incluir: ictericia, angiomas araña, eritema pulmonar, esplenomegalia, ginecomastia, hedor hepático (aliento fétido). En personas con cirrosis se pueden presentar síntomas como: ascitis, edema periférico y hemorragia gastrointestinal. Algunas otras complicaciones extrahepáticas pueden ser: vasculitis necrotizante aguda, nefropatía.

Se diagnostica básicamente por pruebas serológicas:

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Condición	HBsAg[17]	HBsAg[18]	Core IgM	Total Core Ab	HBV DNA
Nunca infectado	-	-	-	-	
Infección aguda temprana Hallazgos transitorios después de la vacunación (de hasta 18 días)	+	-	-	-	
Infección aguda	+	-	+	+	200 millones unidades/mL - 200 mil millones de unidades/mL
Infección aguda en resolución	-	-	+	+	
Recuperado de una infección pasada e inmune	-	-	-	+	Indetectable
Infección crónica	+	+	-	+	Antígeno positivo: > 20.000 unidades/mL Antígeno negativo: 2.000 - 20.000 unidades/mL
Falsos positivos por: infecciones pasadas, bajo nivel de infección crónica, transferencia pasiva a un recién nacido por su madre	-	-	-	+	

Hepatitis B surface antigen, por sus siglas en inglés.
Hepatitis B surface antibody, por sus siglas en inglés.

	Hepatitis B aguda	Hepatitis B crónica
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	- Otras formas de hepatitis: A, C, E, hepatitis autoinmune, hepatitis alcohólica. - Infección por VIH - Hemocromatosis - Enfermedad de Wilson - Inducida por drogas: acetaminofén, metildopa, oxyphenisatin, isoniazida, la aspirina, la nitrofurantoína.	

	Hepatitis B aguda	Hepatitis B crónica
TRATAMIENTO	- La terapia antiviral generalmente no es necesaria para personas con Hepatitis B aguda con síntomas, pues suele ocurrir una recuperación espontánea en más del 95% de las personas adultas inmunocompetentes. - Se considera necesario el tratamiento para personas con: hepatitis B fulminante, con hepatitis aguda severa. - Las opciones de tratamiento incluyen: • Lamivudina o telbivudina si la duración esperada del tratamiento es corto. • De lo contrario se prefiere entecavir para todas las otras situaciones. - Se debe continuar el tratamiento hasta la desaparición confirmada del antígeno de superficie de la hepatitis B. - El tratamiento se debe continuar indefinidamente para pacientes que tendrán trasplante de hígado. - El interferón alfa está contraindicado en la enfermedad aguda.	Los objetivos del tratamiento son: a) Una suspensión sostenida de la replicación del HBV; b) Remisión de la enfermedad del hígado; c) Prevención de cirrosis, fallo hepático y carcinoma hepatocelular Para personas sin cirrosis: - Los pacientes con antígeno de la hepatitis B envolvente (HBeAg) -positivo hepatitis B crónica: considerar el tratamiento si • La alanina aminotransferasa (ALT)> 2 veces el valor normal y el ADN del VHB> 20.000 unidades / ml (AASLD Grado I) • Biopsia hepática muestra moderada a severa inflamación o fibrosis significativa (AASLD Grado I) - En pacientes con enfermedad hepática compensada, tenga en cuenta de 3-6 meses de retraso del tratamiento para determinar si se produce la seroconversión de HBeAg espontánea (AASLD de grado II-2). - Pacientes con elevaciones de la ALT ictéricas deben ser tratados con prontitud (AASLD Grado III). - Pacientes con HBeAg-negativo de la hepatitis B crónica: considerar el tratamiento en caso de ALT> 2 veces el valor normal y el VHB ADN> 20.000 unidades / ml (AASLD Grado I). Si el ADN del VHB> 2.000 unidades / ml y ALT ≤ 2 veces el límite superior de la normalidad: • Considerar la biopsia hepática (AASLD de grado II-2) • El tratamiento puede iniciarse si la biopsia hepática muestra (AASLD Grado I) de moderada a severa inflamación o fibrosis significativa • el tratamiento puede ser considerado en pacientes con VHB ADN 2.000-20.000 unidades / ml, especialmente en pacientes de edad avanzada y pacientes con cirrosis - Opciones de tratamiento • INTERFERONES. Peginterferón alfa-2a (de acción prolongada) -180 mcg por vía subcutánea una vez por semana durante 48 semanas (AASLD Grado I) • Interferón alfa-2b (de acción corta): adultos dosis de 5 millones de unidades / día o 10 millones de unidades 3 veces / semana por vía subcutánea (AASLD Grado I). • Contraindicada la terapia con interferón con cirrosis avanzada • NUCLEÓSIDOS O NUCLEÓTIDOS ANÁLOGOS. Lamivudina 100 mg por vía oral una vez al día (no se recomienda en pacientes co-infectados por el VIH). La telbivudina 600 mg por vía oral una vez al día. Adefovir 10 mg por vía oral una vez al día (no se recomienda en pacientes con VIH / hepatitis B co-infección que no están recibiendo tratamiento concomitante del VIH, debido al riesgo de aparición de resistencia del VIH). Entecavir 0,5 mg por vía oral una vez al día en pacientes sin tratamiento previo o 1 mg por vía oral una vez al día en pacientes con infección resistente a lamivudina. El tenofovir 300 mg por vía oral una vez al día. - Duración del régimen de tratamiento con interferón puede variar de 12 a 48 semanas o duración régimen de tratamiento análogo de nucleósido puede variar de 48 a 52 semanas.

Fuente: DynaMed EBSCO Information Services (1995, actualizado en 2016k).
Hepatitis B Virus. Disponible en http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=115157.

HEPATITIS C

Esta es una infección causada por el virus de la Hepatitis C (HCV por sus siglas en inglés). Esta suele ser una infección crónica y asintomática. La principal vía de transmisión es por medio de sangre infectada, a través de uso de drogas intravenosas, transfusiones de sangre o productos sanguíneos, además de las relaciones sexual anales receptivas sin protección.
El Cuadro 5 detalla los síntomas, métodos diagnósticos y tratamiento para la Hepatitis C.

RECUERDE: Todo caso confirmado por Hepatitis B crónica o evidencia de Hepatitis B activa debe ser referido a Gastroenterología para su evaluación y manejo clínico-terapéutico. (Ver Protocolo Institucional para el Manejo de la Hepatitis C.)

Cuadro 5. Características de las diversas fases de la Hepatitis C.

<table>
<tr><th></th><th>Hepatitis C aguda</th><th>Hepatitis C crónica</th></tr>
<tr><td>TIEMPO</td><td>2-12 semanas después de la exposición al virus.</td><td>Es definida como la infección por más de 12 semanas.</td></tr>
<tr><td>SÍNTOMAS</td><td>Los síntomas de la Hepatitis C pueden incluir: fatiga, dolor abdominal, anorexia, nauseas, vómito, fiebre, ictericia.</td><td>La mayoría de las personas con Hepatitis C crónica no presentan síntomas.</td></tr>
<tr><td>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</td><td colspan="2">Se requiere tanto de una prueba serológica para anticuerpos del HCV (anti-HCV) como un ensayo molecular para ARN del HCV. La interpretación de los resultados es la siguiente:
<table>
<tr><th>Anti-HCV</th><th>HCV RNA</th><th>Estado de la infección de HCV</th></tr>
<tr><td>+</td><td>+</td><td>Infección crónica o aguda por HCV, dependiendo del contexto clínico</td></tr>
<tr><td>+</td><td>-</td><td>Infección por HCV resuelta, o infección aguda durante una baja viremia* o crioglobulinemia relacionada con el HVC</td></tr>
<tr><td>-</td><td>+</td><td>1. Infección aguda temprana por HVC
2. Infección crónica por HVC en personas inmunosuprimidas
3. Falso positivo del HCV RNA*</td></tr>
<tr><td>-</td><td>-</td><td>No hay infección por HCV*</td></tr>
</table>
* Es necesario aplicar la prueba nuevamente en 4-6 meses para confirmar.</td></tr>
<tr><td>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</td><td colspan="2">- Otras formas de hepatitis: A, B, E
- Otras cusas de enfermedades del hígado: hemocromatosis, hepatitis autoinmune, enfermedad de Wilson, hepatitis alcohólica.</td></tr>
</table>

	Hepatitis C aguda	***Hepatitis C crónica***
TRATAMIENTO	- La evidencia considera que todas las personas con hepatitis C crónica son candidatas para la terapia antiviral, excepto las que tienen una esperanza de vida corta debido a las condiciones comórbidas (AASLD Clase I, Nivel A). - La más alta prioridad para el tratamiento inmediato son las personas con: • La fibrosis hepática avanzada (Metavir F3) o cirrosis compensada (Metavir F4) (AASLD Clase I, Nivel A; CASL Clase I, Nivel A; EASL Recomendación fuerte, evidencia de alta calidad) • Graves manifestaciones extrahepáticas de la hepatitis C (CASL Clase I, Nivel A; EASL recomendación firme, evidencia de alta calidad), incluyendoTipo II o tipo III crioglobulinemia mixta esencial con manifestaciones del órgano en cuestión, tales como vasculitis (AASLD Clase I, Nivel B), proteinuria, síndrome nefrótico o glomerulonefritis membranoproliferativa (AASLD Clase IIa, Nivel B), trasplante de órganos (AASLD Clase I, Nivel B) o trasplante de hígado (EASL Recomendación fuerte, evidencia de alta calidad) - Otros factores que pueden priorizar el tratamiento incluyen: • Pacientes con coinfección por el VIH (AASLD Clase I, Nivel B; EASL Recomendación fuerte, evidencia de alta calidad) • Fibrosis (Metavir F2) (AASLD Clase I, Nivel B; EASL recomendación débil, evidencia de alta calidad) • Fatiga debilitante (AASLD clase IIa, nivel B; EASL Recomendación fuerte, evidencia de alta calidad) • Diabetes mellitus tipo 2 (AASLD Clase IIa, Nivel B) • Pacientes con coinfección por el virus de la hepatitis B (AASLD Clase IIa, Nivel C; EASL Recomendación fuerte, evidencia de alta calidad) • Los factores de riesgo para la transmisión del VHC a otras personas (AASLD Clase IIa, nivel C; EASL Recomendación fuerte, evidencia de moderada calidad) • Otra enfermedad hepática coexistente incluyendo esteatohepatitis no alcohólica (AASLD Clase IIa, Nivel C) • Porfiria cutánea tardía (AASLD Clase IIb, Nivel C) - El tratamiento puede ser diferido (y el momento individualizado) para los pacientes sin o con enfermedad hepática leve (Metavir F0 o F1) y no hay manifestaciones extrahepáticas (EASL Recomendación fuerte, evidencia de moderada calidad).	

Fuente: DynaMed EBSCO Information Services (1995, actualizado en 2016j). Hepatitis C Virus. Disponible en http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=115157.

10.2.7 Consejería sobre autocuidado y prevención de ITS, incluyendo el uso correcto y sistemático del condón

Finalmente, a partir de la situación de salud detectada, tanto a través de la entrevista como a partir de las otras intervenciones realizadas, el personal de salud debe realizar una consejería que le permita a la persona tomar conciencia sobre las prácticas de riesgo que podría estar teniendo en este momento y más importante aún, identificar de manera conjunta estrategias que podrían implementar para la reducción de los riesgos y daños.

Además, es fundamental recordar que la consejería en salud sexual y salud reproductiva tiene por objetivo principal fortalecer la autonomía de las personas para que puedan tomar decisiones sobre su propia salud sexual y salud reproductiva, de la manera más consciente e informada posible (Ministerio de Salud Municipalidad de Rosario, 2012).

Esta consejería, al igual que el resto de la atención, debe darse en un contexto de confianza y confidencialidad. El personal de salud debe ser muy respetuoso de las creencias y opiniones de la persona atendida, de forma tal que se le brinde información y argumentos sobre por qué determinada práctica es riesgosa y cuáles serían sus opciones para protegerse; pero NUNCA se debe realizar un abordaje impositivo ni mucho menos desde el regaño, porque no tendrá el efecto deseado, solamente podría aumentar las resistencias. (Ministerio de Salud Municipalidad de Rosario, 2012).

Esta consejería debe incluir como mínimo los siguientes elementos (ver Lista de Chequeo en Anexo 5) (elaboración propia):

1. Tomando en cuenta la información que brindó la persona en la Entrevista de las 5Ps sobre parejas sexuales, es importante explicarle a la persona que la cantidad de parejas sexuales está relacionada con el nivel de riesgo frente a ITS solamente en la medida en que estas relaciones sexuales sean desprotegidas (o que algunas sean protegidas y otras no). Es decir, si una persona por ejemplo en los últimos 2 meses ha tenido 10 parejas sexuales pero en TODAS las relaciones sexuales que ha mantenido con TODAS esas personas ha utilizado condón, entonces su riesgo disminuye considerablemente. Mientras que también podría existir el caso de una persona con una única pareja sexual que NUNCA utiliza condón y tampoco nunca se han realizado pruebas para conocer si alguna de las dos personas (o ambas) tiene alguna ITS. En este caso, esta persona, aunque tiene solo una pareja sexual se encuentra en un alto nivel de riesgo.

2. En cuanto a las parejas sexuales, es necesario también explicarle a las personas los conceptos de “fidelidad mutua” y “fidelidad secuenciada”. Es decir, podría darse el caso en el que una persona tiene una única pareja a la cual le es fiel. Sin embargo, esta persona no tiene ninguna forma de asegurarse que su pareja también le es fiel. Es decir, es difícil asegurar o comprobar la “fidelidad mutua”. En la mayoría de personas el encontrarse en una relación de pareja “estable” genera una falsa sensación de no encontrarse en riesgo, cuando en realidad si no se han tomado medidas de protección (como el uso correcto y sistemático del condón, la realización de la prueba de VIH y otras ITS, la adherencia al tratamiento antiretroviral en caso de ser una persona con VIH, entre otras) se está en un nivel alto de riesgo. A esto se le suma que luego de finalizar una relación de pareja “estable”, es posible que una persona establezca otra relación de pareja en la cual es fiel y confía en que su pareja también lo es, y por lo tanto tampoco toma medidas de protección. Esto hace que una persona pase de una relación a otra, y a otra, pasado por muchas durante su curso de vida, sin tomar medidas de protección frente a ITS, y considerando que no se encuentra en riesgo, bajo el supuesto de que ha establecido relaciones de pareja “estables” y “fieles”; a esto se le llama “fidelidad secuenciada”.

3. Tomando en cuenta la información brindada por la persona en la Entrevista de las 5Ps en cuanto a las prácticas sexuales, es importante recalcar y explicar con total claridad que todas las personas tenemos derecho a elegir las prácticas sexuales que deseemos, siempre y cuando sean realizadas por consentimiento mutuo y sin causar daño a las personas involucradas o a terceras personas.

4. En este mismo sentido de las prácticas sexuales, lo que SÍ es importante recalcar es que no importa cuáles sean sus prácticas sexuales, lo importante es protegerse en cada una de ellas de las ITS, incluyendo el VIH. Para ello, es importante recordarle a las personas cómo se transmite el VIH y otras ITS, y por lo tanto cuáles son las principales medidas de protección que se deben tomar en cuenta.

5. Ya que la práctica de protección por excelencia frente al VIH y otras ITS es el uso CORRECTO Y SISTEMÁTICO DEL CONDÓN, tome un tiempo para explicar con detalle este aspecto (ver Anexo 4), incluyendo la demostración sobre la correcta colocación del condón.

6. Además de lo mencionado anteriormente, y también a partir de lo reportado por la persona en la Entrevista de las 5Ps, explique los riesgos que podrían implicar el uso y abuso de alcohol y otras drogas mientras se mantienen relaciones sexuales, así como riesgo mismo que el uso de drogas inyectables representa frente a infecciones como el VIH y la hepatitis.

7. Tomando en consideración la información brindada por la persona en la Entrevista de las 5Ps sobre prevención del embarazo, explique a la persona cuáles son los métodos anticonceptivos a los que él/ella o su pareja podrían acceder, además del condón que es un método de protección dual, para prevenir embarazos no planeados.

8. Finalmente, es necesario que se le explique a la persona el hecho de que es posible tomar decisiones para garantizar la salud sexual y la salud reproductiva, solamente se vive la sexualidad en condiciones LIBRES DE VIOLENCIA. Por lo tanto, es importante explorar si la persona está sufriendo algún tipo de violencia sexual, y en caso de que sea así debe referirle de inmediato a atención por parte de Psicología y Trabajo Social para el respectivo abordaje.

Recuerde que a partir de todo lo anterior, deben analizarse en conjunto con la persona estrategias y nuevos comportamientos que puede incorporar para reducir sus riesgos. Esta identificación de estrategias y conductas debe ser de manera realista, es decir, tomando en consideración las condiciones en que vive la persona, los recursos a los que tiene acceso, etc.

10.2.8 Atención en salud mental

Las personas trans y los HSH, tal como se desarrolló en las primeras secciones de este Manual, debido al estigma y discriminación que han enfrentado históricamente y que generalmente enfrentan en su cotidianeidad, es posible que presenten algunas necesidades particulares de atención en salud mental (OPS, AIDSTAR-One, PEPFAR, WAS, WPATH, 2012).

Es necesario enfatizar que estas necesidades NO provienen del hecho de que su orientación sexual, su identidad de género o sus prácticas sexuales correspondan a una enfermedad mental. Ni siquiera tienen relación con estas condiciones en sí mismas. Tiene que ver más bien con el estigma y la discriminación que sufren, lo que provoca en algunas personas estrés, ansiedad, depresión, entre otros estados psicológicos y emocionales que requieren de atención y apoyo (OPS, AIDSTAR-One, PEPFAR, WAS, WPATH, 2012).

Además, es necesario aclarar que como cualquier otra persona, e independientemente de su orientación sexual, identidad de género y prácticas sexuales, poseen necesidades de atención en salud mental.

Es por todo lo anterior que, al igual que se le ofrece al resto de personas usuarias de los servicios de salud de la CCSS, estas poblaciones tienen derecho a recibir atención psicológica y atención social por parte de Trabajo Social.

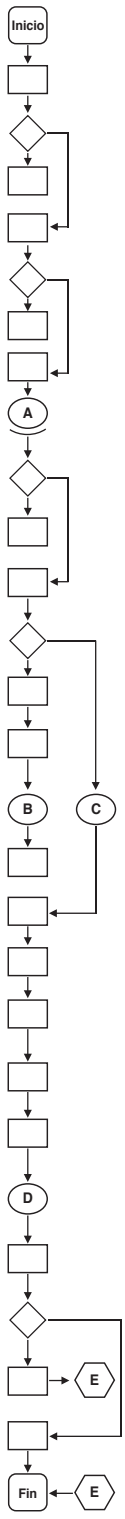
La referencia a estos servicios se realiza a través de los mecanismos institucionales ya establecidos, es decir, a través de referencia o interconsulta.

Se refiere a aquellas personas que abiertamente así lo soliciten, o bien, a quienes durante la consulta médica se les detecte algunos de los siguientes indicadores de necesidad de acompañamiento por parte de profesionales en Psicología y/o Trabajo Social, los cuales corresponden además con factores que según evidencia internacional suelen presentarse en estas poblaciones, como resultado del estigma y discriminación que enfrentan (OPS, AIDSTAR-One, PEPFAR, WAS, WPATH, 2012):

- Estrés
- Depresión
- Ansiedad
- Ideación/Intento suicida
- Disfunciones sexuales
- Consumo de sustancias psicoactivas
- Víctima de violencia
- Vulnerabilidad social (pobreza, callejización, entre otros)

El Cuadro 6 presenta el diagrama de flujo de la atención clínica en salud que se ha venido detallando. Este diagrama muestra el orden en el cual deben desarrollarse cada una de las actividades y la instancia/profesional responsable para cada una de ellas.

Cuadro 6. Diagrama de Flujo para la Atención Clínica en Salud.

Número de actividad	*Descripción de la actividad*	*Profesional en Medicina del 1er y 2do Nivel de atención*	*Criterios de calidad*
1	Inicio de la consulta.		
2	Realiza la Entrevista de las 5P's para valorar la historia sexual.		
3	Solicita consentimiento para realizar el exámen anorectal.		
4	Si la persona acepta, realiza el exámen anorectal.		
5	Si la persona no brinda consentimiento para realizar el exámen anorectal, continua con el exámen orofaríngeo.		
6	Solicita consentimiento para realizar el exámen orofaríngeo.		
7	Si la persona acepta, realiza el exámen orofaríngeo.		
8	Si la persona no brinda consentimiento para realizar el exámen orofaríngeo, continua con el exámen de genitales externos.		
9	Solicita consentimiento para realizar de genitales externos.		En el caso de las personas trans, podrían presentarse anatomías genitales que correspondan a su identidad de género y no al sexo
10	Si la persona acepta, realiza el exámen de genitales externos.		
11	Si la persona no brinda consentimiento para realizar el exámen de genitales externos, continua con la detección y tratamiento de VIH.		
12	Solicita consentimiento para realizar la prueba de VIH.		
13	Si la persona acepta, realiza consejería pre-prueba de VIH.		
14	Refiere a laboratorio para la toma de muestra de sangre para la prueba de VIH.		
15	Asigna cita de seguimiento para entregar resultado de la prueba de VIH, la cual incluye la consejería post-prueba.		
16	Si la persona no acepta, señala en el expediente que se explicó la importancia de realizarse la prueba de VIH pero la persona no accedió.		Tomando en cuenta los hallazgos clínicos y físicos recopilados a través de la Entrevista de las 5Ps, el exámen anorectal, el exámen orofaríngeo y el exámen de genitales externos.
17	Refiere a pruebas de laboratorio para detección de ITS.		
18	Asigna cita de seguimiento para entregar resultados de pruebas de ITS.		
19	Brinda tratamiento para síntomas de ITS detectados.		
20	Brinda consejería sobre autocuidado y prevención de ITS, incluyendo el uso correcto y sistemático del condón.		Deben entregarse condones masculinos extra-fuertes o condones femeninos, según la persona lo prefiera y en correspondencia con sus prácticas sexuales, y en correspondencia con el Lineamiento Institucional sobre Condones.
21	Entrega de condones.		
22	Valora aspectos de salud mental.		
23	Si la persona no presenta necesidades de atención en salud mental, se termina la consulta.		
24	Si la persona requiere de atención especializada en salud mental, se le refiere.		
25	Final de la consulta.		

13 - Contacto para consultas

Para consultas sobre este documento, puede comunicarse con:

Dra. Gloria Terwes Posada	**Área de Atención Integral a las Personas**	**22398948**	**gterwes@ccss.sa.cr**

14 - Referencias Bibliográficas

1. Alealid, M., Gottesman, L. (2001). Anorectal Disease in HIV-Positive Patients. Clinics in Colon adn Rectal Surgery, 14(3), 265-273.

2. Asamblea Legislativa de Costa Rica (1968). Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Adoptado por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI) del 16 de diciembre de 1966, aprobado por la Asamblea Legislativa por Ley No. 4229 del 11 de diciembre de 1968. Publicada en La Gaceta No.288 del 17 de diciembre de 1968.

3. Asamblea Legislativa de Costa Rica (1973). Ley General de Salud, Nº 5395.

4. Asamblea Legislativa de Costa Rica (1981). Decreto No. 13032-P-SPSS. Código de Moral Ética. Costa Rica.

5. Asamblea Legislativa de Costa Rica (1985). Ratificación de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Nº 6968.

6. Asamblea Legislativa de Costa Rica (1992). Ley de la Defensoría de los Habitantes, No. 7319.

7. Asamblea Legislativa de Costa Rica (1995). Ratificación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, No. 7499.

8. Asamblea Legislativa de Costa Rica (1998). Código de la Niñez y la Adolescencia. No.7739.

9. Asamblea Legislativa de Costa Rica (1998). Ley de VIH/SIDA. No. 7771.

10. Asamblea Legislativa de Costa Rica (1998). Ley General del VIH/SIDA de la República de Costa Rica. Ley Nro. 7771 Publicada en el Diario Oficial La Gaceta del 20 de Mayo de 1998.

11. Asamblea Legislativa de Costa Rica (1999). Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. No. 7935.

12. Asamblea Legislativa de Costa Rica (2002). Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, No. 8239.

13. Asamblea Legislativa de Costa Rica (2002). Ley General de la Persona Joven, No. 8261.

14. Asamblea Legislativa de Costa Rica (2002). Ley No. 8239. Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Pública y Privada. Costa Rica.

15. Asamblea Legislativa de Costa Rica (2007). Ley de Penalización de la Violencia contra las mujeres, No. 8589.

16. Asamblea Legislativa de Costa Rica (2007). Ley para la ratificación de la de Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, No. 8612.

17. Asamblea Nacional Constituyente (1949). Constitución Política de Costa Rica.

18. Asenjo-Araque, N., Portabales-Barreiro, L., Rodríguez-Molina, J. M., Lucio-Pérez, M.J., Becerra-Fernández, A. (2013). Clínica Contemporánea, 4(2), 161-170.

19. Beltrán, J.; Pérez, L. (2004). El proceso de sensibilización. Cuaderno 1. Experiencias pedagógicas con el Modelo CAIT. Madrid: Fundación Encuentro. Consultado en: http://www.fund-encuentro.org/foro/-publicaciones/C1.pdf el 24 de marzo del 2016.

20. Caja Costarricense del Seguro Social (2008). Circular 56389-S-A-08 de Gerencia Médica.

21. Caja Costarricense del Seguro Social (2012). DRSS-0630-12 Lineamiento administrativo sobre los servicios libres de discriminación por orientación sexual o identidad de género.

22. Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) (2009). Lineamientos metodológicos para el diseño de propuestas de modalidades de atención en los establecimientos de salud. Gerencia División Médica, Dirección de desarrollo de Servicios de Salud, Área de Atención Integral a las Personas. San José, Costa Rica.

23. Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) (2013). Manual Metodológico para la construcción de un Manual de Procedimientos en la DDSS, Código M.GM.DDSS.290812, versión 02. San José, Costa Rica.

24. Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) (2014). Manual de Procedimientos Técnicos para la Atención Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual en personas jóvenes y adultas (Primer y segundo nivel de atención). San José, Costa Rica.

25. Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) (2015). Informe en Atención a Oficio GM-AID-8670-15 “Atención a la Población Trans”.

26. Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) (2015). Lineamiento para la extensión de cobertura y acceso al condón masculino en poblaciones usuarias de los servicios de salud de la CCSS. L.GM.DDSS.ARSDT-001-2015. San José, Costa Rica.

27. Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) (2016). Manual Metodológico para la construcción de un Manual de Procedimientos en la DDSS, Código M.GM.DDSS.290812, versión 02. San José, Costa Rica.

28. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2015). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Disponible en: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6403a1.htm

29. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) (2006). Manual sobre Consejería en VIH/SIDA e ITS. Secretaría de Salud, México.

30. CIDH (2015). Violencia contra personas LGBTI. Organización de los Estados Americanos.

31. CIPAC (2009). Actitudes y estereotipos del personal de los EBAIS hacia la diversidad sexual en el Valle Central de Costa Rica. Apoyo financiero de Hivos.

32. CIPAC (2013). Reduciendo brechas. Reporte de contraparte LGBT Centroamérica. Período de Reporte Año 1. San José, Costa Rica.

33. CIPAC y COC Nederland (2013). Estudio CAP con proveedores de salud sobre barreras para la atención de la población LGBT en la Gran Área Metropolitana de Costa Rica. San José, Costa Rica.

34. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2013). Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Disponible en: http://www.cepal.org/celade/noticias/documentos detrabajo/8/50708/2013-595-consenso_montevideo_pyd.pdf

35. Comisión Internacional de Juristas; Servicio Internacional para los Derechos Humanos (2007). Principios de Yogyakarta. Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de Derechos Humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género.

36. CONASIDA (2013). Examen de Mitad de Período. Costa Rica.

37. CONASIDA, (2014). Informe Nacional sobre los avances en la lucha contra el Sida 2011-2013. San José, Costa Rica.

38. Consejo de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2014). Resolución sobre Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género.

39. Consejo de la Persona Joven de Costa Rica (2015). Política Pública de la Persona Joven.

40. Costa Rica (2008). Protocolo interinstitucional de atención integral a victimas de violación sexual en edad joven y adulta.

41. Costa Rica. (2014). Nota Conceptual Estándar para optar por una subvención del Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria. Costa Rica.

42. Defensoría de los Habitantes (2012) Informe de Seguimiento del Conversatorio Nacional sobre VIH y Derecho. San José, Costa Rica.

43. Dobben, A.C., Terra, M.P., Deutekom, M., Gerhards, M.F., Bijnen, A.B., Felt-Bersma, R.J.F., Janssen, L.W.M., Bossuyt, P.M.M, Stoker, J. (2007). Anal inspection and digital rectal examination compared to anorectal physiology tests and endoanal ultraonography in evaluating fecal incontinence, International Journal of Colorectal Diseases, 22, 783-790.

44. DynaMed EBSCO Information Services (1995 actualizado en 2016a). Disseminated gonococcal infection. Disponible en http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=dnh&AN=113758&site=dynamed-live&scope=site.

45. DynaMed EBSCO Information Services (1995 actualizado en 2016b). Gonococcal cervicitis. Disponible en http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=dnh&AN=113822&site=dynamed-live&scope=site.

46. DynaMed EBSCO Information Services (1995 actualizado en 2016c). Gonococcal pharyngitis. Disponible en http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=dnh&AN=115293&site=dynamed-live&scope=site.

47. DynaMed EBSCO Information Services (1995 actualizado en 2016d). Gonococcal proctitis. Disponible en http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=dnh&AN=114324&site=dynamed-live&scope=site.

48. DynaMed EBSCO Information Services (1995 actualizado en 2016e). Gonococcal urethritis. Disponible en http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=dnh&AN=115615&site=dynamed-live&scope=site.

49. DynaMed EBSCO Information Services (1995, actualizado en 2016f). Latent syphilis. Disponible en http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=115040.

50. DynaMed EBSCO Information Services (1995, actualizado en 2016g). Primary syphilis. Disponible en http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=115619.

51. DynaMed EBSCO Information Services (1995, actualizado en 2016h). Secondary syphilis. Disponible en http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=113985.

52. DynaMed EBSCO Information Services (1995, actualizado en 2016i). Tertiary syphilis. Disponible en http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=113669.

53. DynaMed EBSCO Information Services (1995, actualizado en 2016j). Hepatitis C Virus. Disponible en http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=115157.

54. DynaMed EBSCO Information Services (1995, actualizado en 2016k). Hepatitis B Virus. Disponible en http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=115157.

55. Fundación Ecuatoriana Equidad (2008). Guía de orientaciones básicas para la atención clínica de hombres gays, bisexuales, personas trans y hombres que tienen sexo con hombres (GBTH) en los servicios de salud. Ecuador. Con el auspicio del Ministerio de Salud Pública, Hivos y Schorer.

56. García-González, R. (2004). El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS). Disponible en: http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/sistemanacsaludgeneral.pdf

57. Gobierno de Costa Rica (1999). Decreto Ejecutivo sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales, No. 27913-S.

58. Gobierno de Costa Rica (2008 y su reforma en 2012). Decreto Ejecutivo “Declaratoria del Día 17 de mayo cada año, Día Nacional contra la Homofobia, la Lesbofobia y la Transfobia”, No. 34399-S y su reforma No. 37071-S.

59. Goldstone, S. E., Welton, M. L. (2004). Anorectal Sexually Transmitted Infections in Men Who Have Sex with Men-Special Considerations for Clinicians. Clinics in Colon and Rectal Surgery, 17(4), 235-239.

60. Hanson, K.; & Berman, P. (1998). Private health care provision in developing countries: a preliminary analysis of levels and composition. HealthPolicy and Planning; 13(3): 195-211.

61. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2011). X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2011. Resultados Generales. Disponible en: http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/inec_institucional/estadisticas/resultados/repoblaccenso2011-15.pdf.pdf

62. Instituto Nacional de las Mujeres (2007). Política Nacional para la Igualdad y la Equidad de Género (PIEG) 2007-2017. San José, Costa Rica.

63. Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. Psychology Bulletin, 129(5), 674-697.

64. Ministerio de Justicia y Paz de Costa Rica (2012). Guía para la prevención y atención integral del VIH/Sida en el sistema penitenciario de Costa Rica.

65. Ministerio de Salud (2010a). Plan Nacional de Salud 2010-2021. San José, Costa Rica.

66. Ministerio de Salud (2010b). Prevalencia de VIH, sífilis y comportamiento de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres del Gran Área Metropolitana de Costa Rica. San José, Costa Rica.

67. Ministerio de Salud (2011a). Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. San José, Costa Rica.

68. Ministerio de Salud (2011b). Política Nacional de Sexualidad. San José, Costa Rica.

69. Ministerio de Salud (2013). Modos de Transmisión del VIH en Costa Rica. Distribución esperada de nuevas infecciones a corto plazo. Hallazgos y recomendaciones. San José, Costa Rica.

70. Ministerio de Salud (2014). Norma para la Atención Integral de Personas con VIH/Sida. Oficializada mediante Decreto Ejecutivo No. 38374 publicado en La Gaceta No. 99 del 26 de mayo del 2014.

71. Ministerio de Salud (2015). Norma Nacional para la Atención Integral de la Salud de las Personas Adolescentes: Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Oficializada mediante Decreto Ejecutivo No. 39088-S publicado en La Gaceta No. 158 del viernes 14 de agosto del 2015.

72. Ministerio de Salud de Costa Rica (2007). Política Nacional de VIH y sida.
73. Ministerio de Salud de Costa Rica (2010). Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y sida 2011-2015.
74. Ministerio de Salud de Costa Rica (2010). Plan Nacional de Salud 2010-2021.
75. Ministerio de Salud de Costa Rica (2011). Política Nacional de Sexualidad.
76. Ministerio de Salud de Costa Rica (2013). Estrategia de acceso universal a condones masculinos y femeninos.
77. Ministerio de Salud de Costa Rica (2014). Norma para la Atención Integral de personas con VIH/SIDA, No. 38374-S.
78. Ministerio de Salud de Costa Rica (2015). Directriz "Atención integral por enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH-SIDA", No. 037-S.
79. Ministerio de Salud de Costa Rica (2015). Norma Nacional para la Atención Integral de la Salud de las Personas Adolescentes: Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva. No. 39088-S. 2015
80. Ministerio de Salud, Municipalidad de Rosario (2012). Aportes para la Atención Integral de la Salud de las Personas Trans desde una perspectiva local. Experiencia Rosario 2006-2011. Argentina.
81. Ministerio de Salud. (2015). Atención de la Salud Integral de Personas Trans. Guía para equipos de salud. Argentina.
82. Ministerios de Salud y Educación de América Latina y el Caribe (2008). Declaración Ministerial "Prevenir con Educación".
83. Morrison, J. (2015). DSM-5. Guía para el diagnóstico clínico. Traductor: Gabriela Enríquez Cotera. 1a edición. México, D.F. :Editorial El Manual Moderno.
84. ONUSIDA (2015). El sida en cifras 2015. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf
85. ONUSIDA-UNODC (2011). Diversidad Sexual, Derechos Humanos y VIH en el Sistema Penitenciario de Costa Rica. San José: UNODC.
86. OPS, AIDSTAR-One, PEPFAR, WAS, WPATH (2012). 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. Disponible en: http://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/terminologia-lgbti.html
87. OPS, UNDP, UNFPA, UNICEF, UNAIDS, WAS, UNESCO, GTZ, IAPAC (2010). Proyecto para la Provisión de Atención Integral a los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.
88. Organización de Estados Americanos (OEA) (1948). Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.
89. Organización de Estados Americanos (OEA) (1969). Convención Americana de Derechos Humanos.
90. Organización de Estados Americanos (OEA) (1988). Protocolo de San Salvador.
91. Organización de las Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos.
92. Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos.
93. Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1981). Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW).

94. Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1990). Convención sobre los Derechos del Niño.
95. Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1994). Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD).
96. Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1995). Declaración y Plataforma de Acción de Beijing.
97. Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2000). Objetivos de Desarrollo del Milenio.
98. Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2001). Compromiso sobre VIH/SIDA adoptada por los estados miembros de las Naciones Unidas (UNGASS).
99. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). Use and procurement of additional lubricants for male and female condoms: OMS/UNFPA(FHI360 advisory note. Ginebra. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/76580/1/WHO_RHR_12.33_eng.pdf
100. Paré, A. A., Gottesman, L. (1997). Anorectal Diseases. HIV Infection and the Gastrointestinal Tract, 26(2), 367-376.
101. Poder Judicial de Costa Rica (2012). Política Respetuosa de la Diversidad Sexual - Poder Judicial - Corte Plena Sesión N° 31-11.
102. PSI-PASMO (2012). Estudio TRaC de VIH/SIDA. Hombres que tienen sexo con Hombres en San José, Costa Rica. 1era Ronda Nacional. San José, Costa Rica.
103. REDLACTRANS (2014). Informe sobre el acceso a los derechos económicos, sociales y culturales de la población trans en Latinoamérica y el Caribe.
104. REDLACTRANS (2015). Violaciones a los Derechos Humanos de Mujeres Trans en Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá. Relevamiento de denuncias recibidas por la REDLACTRANS en conjunto con las organizaciones locales TRANSVIDA, ASPIDH, OTRANS-RN, Colectivo Unidad Color Rosa y APPT entre marzo y octubre del 2015.
105. Rodríguez-Molina, J.M., Asenjo-Araque, N., Becerra-Fernández, A., Lucio-Pérez, M. J., Rabito-Alcón, M. F. y Pérez-López, G. (2015). Áreas de la entrevista para la evaluación psicológica de personas transexuales. Acción Psicológica, 12(2), 15-30. Doi: http://dx.doi.org/10.5944/ap.12.2.12915.
106. Schifter-Sikora, J. (1998). Amor de machos. Lo que nuestra abuelita nunca nos contó sobre las cárceles. San José, Costa Rica. Editorial ILPES.
107. Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención (2015). Llamado a la Acción: “Mejorar la prevención combinada del VIH para fortalecer el continuo de la prevención y de la atención”.
108. Siliceo, A. (2004). Capacitación y desarrollo de personal. (4ta. Ed.). México D.F.: Editorial LIMUSA.
109. Soto, C. (2009).“Acciones positivas: formas de enfrentar la asimetría social”. En: IIDH. Igualdad para una democracia incluyente. (Line Bareiro e Isabel Torres editoras y coordinadoras académicas). San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
110. Warner, M. (Ed). (1993). Fear of a queer planet. Queer Politics and Social Theory. University of Minnesota Press. Minneapolis. London.
111. WPATH (2012). Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género.

15 - Anexos

Anexo 1. Protocolo de Consejería Pre y Post Prueba de VIH *(CENSIDA, 2006)*

Según el marco normativo vigente, la prueba de VIH en Costa Rica es VOLUNTARIA, lo que significa que no se le puede obligar a nadie a realizarse la prueba sin su consentimiento. Es necesario realizar una pre consejería que incluya la importancia de la prueba, pero si a pesar de la información recibida la persona se rehúsa a realizársela, se debe respetar su voluntad.

En el expediente médico debe consignarse que se realizó la pre-consejería y que la persona decidió o no realizarse la prueba de VIH.

La persona que tiene a su cargo la consejería pre-prueba debe:

- Reafirmar el carácter voluntario y confidencial del examen.
- Valorar historial de prácticas de riesgos (se hizo en la Entrevista Clínica)
- Informar sobre las características del examen.
- Informar sobre el significado de los resultados de la prueba.
- Reforzar la diferencia entre VIH y sida, sus formas de transmisión, prevención y tratamiento.
- Identificar las dificultades para la adopción de prácticas más seguras.
- Enfatizar de qué forma la presencia de otras ITS puede eventualmente aumentar el riesgo de infección por VIH.
- Considerar el impacto en su vida por los posibles resultados del examen
- Evaluar el apoyo emocional y social con que puede contar (familia, pareja, amigos).
- Reforzar la necesidad de adopción de prácticas seguras frente al VIH en el período de espera del resultado.

En la consejería post- prueba es necesario tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

SI EL RESULTADO ES NEGATIVO:

- Retomar la información sobre prácticas sexuales y posibles factores de riesgo que se recabó en la sesión en la que se realizó la pre-consejería.
- Si por algún motivo no se realizó la consejería pre prueba, es necesario invesitgar los motivos por lo que se realizó la prueba.
- Se sugiera que la entrega de resultados se haga de manera directa.
- Es necesario exhortar a la persona a que asuma la responsabilidad de su autocuidado.
- Se debe aclarar que un resultado negativo no significa inmunidad ni que no se sea vulnerable. Por lo tanto, es necesario tomar medidas (o mantanerlas) para reducir el riesgo de infección.

SI EL RESULTADO ES POSITIVO:

- Se recomienda que, si es posible, quien entregue el resultado sea la misma persona que realizó la consejería pre-prueba y con quien ya se estableció una relación de confianza.
- Retomar la información sobre prácticas sexuales y posibles factores de riesgo que se recabó en la sesión en la que se realizó la pre-consejería.
- Es posible, y esperable que la persona, al conocer el resultado positivo presente sentimientos de enojo, tristeza, negación, culpa. Es necesario dar el espacio para que la persona procese el resultado y exprese sus emociones.
- Cuando la angustica haya disminuido un poco, es momento para aclarar dudas, así como para hablar sobre la importancia de recibir atención médica y psicológica.

Anexo 2. "Lineamiento para la extensión de cobertura y acceso al condón masculino de poblaciones usuarias de los servicios de salud de la CCSS". *(CCSS, 2015).*

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA
DIRECCIÓN DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
☎ 2539-0882 Fax: 2222-1320

SEGURO SOCIAL
OFICINA DE CORRESPONDENCIA
Maria

14 de mayo del 2015
DDSS-0627-15

Doctora
María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente
Gerencia Médica

ASUNTO: ***Solicitud de aval del lineamiento para la extensión de cobertura y acceso al condón masculino en poblaciones usuarias de los servicios de salud de la CCSS***

Estimada doctora:

Esta Dirección a través del Área de Atención Integral a las Personas y del Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento, específicamente, con el acompañamiento técnico de la Coordinación del Programa de Prevención y Control del VIH, Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos, Coordinación Nacional de Enfermería, Coordinación Nacional de Psicología y Coordinación Nacional de Trabajo Social y teniendo como referencia la estrategia de prevención del VIH, la eliminación de la sífilis congénita y el Fondo Global de lucha contra el VIH, elaboraron el presente lineamiento para la extensión de la cobertura y acceso al condón masculino en las poblaciones usuarias de los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, el cual fue presentado en su momento a esa Gerencia Médica mediante oficio DDSS-0149-15.

Esa Gerencia mediante oficio GM-MDD-2450-15 solicitó se analizaran una serie de aspectos relacionados con la operativización del lineamiento, recomendaciones que fueron analizadas por el equipo técnico e incluidas dentro de la propuesta de Lineamiento.

El objetivo de este lineamiento como se indicó en su oportunidad, es regular y estandarizar la distribución del condón masculino, con el fin de extender su cobertura y acceso a las personas usuarias de los servicios de salud, mediante la distribución y educación en salud sexual y reproductiva en las consultas de Medicina, Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Farmacia y en el programa de Visita Domiciliar impartido por los Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP) de los Centros de Salud de la CCSS.

Dada la relevancia que este lineamiento conlleva de cara a la atención y seguridad brindada a los usuarios, esta Dirección solicita su revisión y aprobación una vez incluidas las recomendaciones realizadas en su momento por esa Gerencia, para posteriormente oficializarlo y divulgarlo al personal de salud institucional.

Agradeciendo su atención a la presente solicitud, se despide.

Atentamente,

DIRECCIÓN DESARROLLO SERVICIOS DE SALUD

Dr. Raúl Sanches Alfaro
Director a.i.

Dirección Desarrollo de Servicios de Salud
SEGURO SOCIAL
C.J.S.S. - N.C.A.
GERENCIA MÉDICA

RSA/lindsay

- *Dr. Mario Mora Ulloa, Jefe Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento*
- *Dr. Hugo Chacón Ramírez, Jefe Área de Atención Integral a las Personas*
- *Dra. Gloria Tenues Posada, Coordinadora Programa de Prevención y Control del VIH*
- *Dra. Dra. Carmen Lorena Madriz, Coordinadora Nacional de Enfermería*
- *Dra. Marta Vindas González, Coordinadora Nacional de Psicología*
- *Dra. Mayra Pérez Chaves, Coordinadora Nacional de Trabajo Social*
- *Dr. Esteban Vega de la O, Coordinador Nacional de Servicios Farmacéuticos*
- *Archivo*

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA
DIRECCIÓN DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
☎ 2539-0562 Fax: 2222-1328

Proyecto Borrador

14 de mayo del 2015
DDSS-0627-15

14 de mayo del 2015
GM-00.000-15

Doctor(a)

Dr. Jorge Arturo Fonseca Renauld, Director, **Dirección de Red de Servicios de Salud**
Dr. Douglas Montero Chacón, Director General, **Hospital México**
Dr. Arnoldo Matamoros Sanchez, Director General a.i., **Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia**
Dra. Ileana Balmaceda Arias, Directora General, **Hospital San Juan de Dios**
Dr. Federico Montero Mejía, Director General, **Centro Nacional de Rehabilitación Dr. Humberto Araya Rojas**
Dr. José Miguel Villalobos Brenes, Director General a.i., **Hospital de Las Mujeres "Dr. Adolfo Carit Eva"**
Dra. Olga Arguedas Arguedas, Directora General a.i., **Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera**
Dr. Fernando Morales Martínez, Director General, **Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes**
Dra. Lillia Uribe López, Directora General, **Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapui y Torre**
Dr. Isaías Salas Herrera, Director General, **Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos**

ASUNTO: LINEAMIENTO PARA LA EXTENSIÓN DE COBERTURA Y ACCESO AL CONDÓN MASCULINO EN POBLACIONES USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS

Estimado(a) doctor(a):

La Dirección Desarrollo de Servicios de Salud-ente adscrito a esta Gerencia- ha elaborado el presente lineamiento para la extensión de la cobertura y acceso al condón masculino, en las poblaciones usuarias de los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, este lineamiento fue elaborado en conjunto por las Áreas de Atención Integral de las Personas y de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento, específicamente con la participación de la Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos, Coordinación Nacional de Enfermería, Coordinación Nacional de Psicología , Coordinación Nacional de Trabajo Social y Coordinadora del Programa de Prevención y Control del VIH, teniendo como referencia la estrategia de prevención del VIH, la eliminación de la sífilis congénita y el Fondo Global de lucha contra el VIH.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA
DIRECCIÓN DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
☎ 2539-0562 Fax: 2222-1328

14 de mayo del 2015
DDSS-0627-15

El objetivo del presente lineamiento es regular y estandarizar la distribución del condón masculino, con el fin de extender su cobertura y acceso a las personas usuarias de los servicios de salud mayores de 15 años de edad, mediante la distribución y educación en salud sexual y reproductiva, en las consultas de Medicina, Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Farmacia y en el programa de Visita Domiciliar impartido por los Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP) de los Centros de Salud de la CCSS.

El lineamiento fue validado en un plan piloto que realizó en los meses de octubre, noviembre y diciembre 2014 en los siguientes Centros de Salud: Hospital México, Hospital San Juan de Dios, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, Hospital Monseñor Sanabria, Hospital Tony Facio Castro, Hospital de Guápiles, Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla, Hospital San Vicente de Paúl, Área de Salud Liberia, Área de Salud San Rafael- Puntarenas, Área de Salud Limón, Área de Salud Pérez Zeledón, Área de Salud Heredia Virilla , Área de Salud Desamparados 1, Área de Salud Desamparados 3, Área de Salud Zapote Catedral (Clínica Dr. Carlos Durán Cartín), Área de Salud Catedral Noreste (Clínica Central).

Posterior a este período de validación, el equipo de trabajo hizo un análisis de los aportes comunicados por los centros que participaron en el plan piloto y se procedió a incorporar las mejoras y sugerencias planteadas.

Dada la relevancia que este lineamiento conlleva de cara a la atención y seguridad brindada a los (as) usuarios (as) y de salud pública, de la manera más atenta les solicitamos su apoyo para su divulgación y cumplimiento.

Sin otro particular, se suscriben.

Atentamente,

GERENCIA MÉDICA

Dra. María Eugenia Villalta Bonilla
GERENTE

MEVB/

Cc: Dr. Raúl Sánchez Alfaro, Director Dirección Desarrollo de Servicios de Salud
Dr. Mario Mora Ulloa, Jefe Área Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento
Dr. Hugo Chacón Ramírez, Jefe Área de Atención Integral a las Personas
Archivo

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA
DIRECCIÓN DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
AREA DE REGULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
☎ 2539 1254/ 2539 0594 Fax: 2223-4187

L.GM.DDSS.ARSDT-001-2015

Fecha: 28 de enero del 2015

Código: **L.GM.DDSS.ARSDT-001-2015**

De: Gerencia Médica

Elaborado por: Dirección Desarrollo Servicios de Salud:
Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento (Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos, Coordinación Nacional de Enfermería, Coordinación Nacional de Psicología y Coordinación Nacional de Trabajo Social)
Área de Atención Integral de las Personas

Para: **Dirección General de Hospitales y Áreas de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social**

TITULO:

LINEAMIENTOS PARA LA EXTENSIÓN DE COBERTURA Y ACCESO AL CONDÓN MASCULINO EN POBLACIONES USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS.

Justificación:

En el marco de la estrategia de prevención del VIH, la eliminación de la sífilis congénita y el Fondo Global de lucha contra el VIH, se ha elaborado el proyecto para la extensión de la cobertura y acceso al condón masculino en las poblaciones usuarias de los servicios de salud.

El presente lineamiento promueve y reorienta el abordaje preventivo de las infecciones de transmisión sexual (ITS), con un enfoque basado en Atención Primaria Renovada, en los escenarios, ambulatorio, domiciliar y comunitario; haciendo énfasis en la promoción y prevención desde el primer nivel de atención.

Las acciones de promoción y prevención que cubre este lineamiento son:

• Distribución de condones masculinos, con fines preventivos, trascendiendo de la consulta médica y de planificación familiar; a otras consultas no médicas del escenario de consulta ambulatoria, domiciliar y comunitario; especificamente en las consultas de Enfermería, Trabajo Social, Psicología, Farmacia y por medio de la estrategia de Atención Primaria de Salud, en el programa de Visita Domiciliar impartido por los Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP). De tal manera que se llegue a los grupos de mayor vulnerabilidad y exposición.

• Acceso a la información/ comunicación/ educación en la salud sexual y la salud reproductiva, para la toma de decisión individual informada y razonada.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA
DIRECCIÓN DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
AREA DE REGULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
2539 1254/ 2539 0594 Fax: 2223-4187

L.GM.DDSS.ARSDT-001-2015

Objetivo:

Regular y estandarizar la distribución del condón masculino, con el fin de extender su cobertura y acceso a las personas usuarias de los servicios de salud mayores de 15 años de edad, mediante la distribución y educación en salud sexual y reproductiva, en las consultas de Medicina, Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Farmacia y en el programa de Visita Domiciliar impartido por los Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP) de todos los Centros de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Fundamentación del lineamiento:

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la seroinfección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), siguen constituyendo un problema prioritario de Salud Pública, por su creciente y sostenida prevalencia. Ya no solo en grupos de mayor exposición a riesgo, sino en grupos de alta vulnerabilidad como las mujeres y la población joven en edad sexual reproductiva. Este comportamiento socio-epidemiológico nos obliga a replantear una modalidad de servicios que garantice el trabajo conjunto y consensuado; estableciendo vínculos de índole integrado y sistémico entre los servicios preventivos y los asistenciales; independientemente del contexto en que se proveen (ambulatorio, hospitalización, domiciliar, comunitario)

En el caso de la población joven, que demanda y acude muy poco a los servicios de salud, las conductas sexuales y los comportamientos de riesgo que los enfrenta al riesgo de ITS, de embarazos no deseados y al consumo de sustancias psicoactivas, son determinantes que podrían condicionar la prevalencia de estos eventos de salud.

En la Institución, el condón masculino, a pesar de no ser un medicamento, se distribuye exclusivamente en los servicios de farmacia, bajo la modalidad de despacho de receta por prescripción médica y asociado principalmente a la consulta de planificación familiar, lo cual limita el acceso y la cobertura de cara a los (as) usuarios (as) que lo ameritan como un insumo efectivo para la promoción de una salud sexual y reproductiva responsable y la prevención de las ITS y el VIH.

Dado que este dispositivo no solo es anticonceptivo, sino protector para otras infecciones genitourinarias, se requiere intensificar la promoción del su uso entre la población sexualmente activa, incluyendo adolescentes, para la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS y VIH/sida).

Según la OMS, en el mundo se producen, cada año, 333 millones de casos nuevos de ITS, de los cuales, 60% ocurren en menores de 24 años, es decir, en población joven. Entre las consecuencias de las ITS para la mujer están el cáncer cervicouterino, en cuya génesis está involucrado el virus papiloma; la enfermedad inflamatoria pélvica; la infertilidad; el embarazo ectópico; la prematuridad y la transmisión de ITS al feto.

En el contexto de la atención integral de las ITS y el VIH - con un enfoque basado en la atención primaria y ambulatoria -, en los escenarios intramuro (consulta externa) y en el extramuro

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA
DIRECCIÓN DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
AREA DE REGULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
☎ 2539 1254/ 2539 0594 Fax: 2223-4187

(domiciliar y comunitario) se enfatiza en la promoción y prevención desde el primer nivel de atención, que incluya un paquete de intervenciones esenciales, integrando acciones comunitarias con servicios de prevención primaria del VIH, ITS (condones, IEC, promoción de la prueba) y protección especifica,(DDHH, no discriminación, no estigma) con énfasis en grupos de alta vulnerabilidad y poblaciones específicas (PEMAR).

La OPS en su estrategia de Atención Primaria en Salud, recomienda reajustar la atención de salud bajo una integración efectiva entre los servicios de salud pública y de atención personal, donde prime la protección social, la promoción y la prevención, procurando que la provisión de servicios se oferten integrales, integrados, coordinados y longitudinales.

En este sentido, se pretende fortalecer el proceso de prevención primaria en las ITS y el VIH a nivel individual y colectivo, incrementando la cobertura y acceso al condón masculino acompañado de información y educación, desligando su entrega eminentemente a través de una consulta médica y del despacho de recetas en las farmacias; extendiendo su distribución mano a mano por otras disciplinas de salud que intervienen en la atención integral a la salud de las personas, como Trabajo Social, Enfermería, Psicología y Farmacia.

Los beneficios esperados a corto y mediano plazo consisten en
* Mejorar la cobertura y el acceso a los procesos de prevención primaria de las ITS y el VIH
* Evitar nuevas infecciones por ITS y VIH
* Detener el desarrollo y avance de las ITS y VIH
* Promover una cultura de salud sexual y reproductiva responsable

Descripción del lineamiento:

Procedimiento para la distribución de condones masculinos:

Con el fin de aumentar el acceso al condón masculino, en las consultas de atención integral por las disciplinas de Trabajo Social, Psicología, Farmacia y Enfermería – incluyendo a los ATAPS en el escenario domiciliar- se facilitará los condones masculinos mediante el siguiente procedimiento:

1. El Servicio de Farmacia solicitará al Área Almacenamiento y Distribución (ALDI) la cuota de condones masculinos, Código: 2-27-02-0140 y Código: 2-27-02-0145 (extrafuerte), según las cuotas asignadas a su farmacia.

2. El Servicio de Farmacia distribuirá mediante un pedido por stock, una cantidad especifica de condones masculinos a Trabajo Social, Enfermería y Psicología.

3. Las cantidades de condones masculinos a incluir en cada uno de los stocks serán definidas de común acuerdo entre las Jefaturas de Farmacia y las otras disciplinas. Debe tenerse en cuenta la capacidad instalada que las otras disciplinas tengan para almacenar adecuadamente los condones.

4. La entrega de los condones masculinos, se hará del Servicio de Farmacia a Trabajo Social, Psicología y Enfermería mediante la *Hoja para solicitar producto para stock* de SIFA.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA
DIRECCIÓN DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
AREA DE REGULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
☎ 2539 1254/ 2539 0994 Fax: 2223-4187

5. La jefatura del Servicio de Enfermería, es la responsable de solicitar y distribuir los condones a los ATAP, quien consensuará con éstos la cantidad requerida, para que a su vez estos (as) funcionarios (as) lo distribuyan a los personas usuarias, en el escenario familiar.
Los dispositivos distribuidos por los ATAPS deberán quedar registrados en el formulario anexo de la Ficha familiar por grupo etáreo.

6. La periodicidad de las entregas a los servicios de Enfermería, Psicología y Trabajo Social, será definida de común acuerdo entre las Jefaturas de Farmacia, Trabajo Social, Enfermería y Psicología, y se hará con base en la demanda y capacidad de almacenaje de cada disciplina. Nunca podrá superar más de un mes.

7. Regularmente la entrega de los condones a las personas usuarias será de 20 condones por mes por persona.

8. En casos particulares y, a criterio del funcionario (a) de salud que otorga la consulta, se pueden entregar a la persona usuaria, una cantidad menor o mayor a los 20 condones por mes.

9. Los 20 condones se empacarán en bolsa plástica transparente o si el usuario (a) lo solicita en sobres de papel papiro color café, Código: N°4-50-02-0380, los cuales serán solicitados a la Proveeduría del Centro de Salud, por cada uno de los servicios que harán la entrega de los condones a los usuarios (farmacia, trabajo social, enfermería y psicología).

10. A cada persona usuaria que se le entreguen los condones masculinos, se le proveerá -como medida de control- de un carné de medicación a su nombre en el que se incluirá la información indicada en el punto 13, así mismo la cantidad de condones entregados en la consulta deberá quedar registrada en el expediente.

11. Estos carnés de medicación los solicitará el Servicio de Farmacia a la Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos, ubicada en el piso 7 de Oficinas Centrales CCSS.

12. A su vez, los Servicios de Trabajo Social, Enfermería y Psicología, solicitaran los carnés de medicación a la Farmacia de su Centro de Salud.

13. En el carné de medicación se anotarán todos los datos personales del usuario (a) y además:
* Fecha
* Cantidad de condones entregados
* Nombre del funcionario que entrega independiente de que la atención sea en Trabajo Social, Enfermería, Psicología o en la Farmacia.

14. Para los casos de poblaciones de riesgo o para las personas que lo soliciten, se le entregaran los condones masculinos extrafuertes (Código 2-27-02-0145)

15. La entrega de los condones extrafuertes se hará siguiendo el mismo procedimiento y control que para los condones masculinos comunes.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA
DIRECCIÓN DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
AREA DE REGULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
☎ 2539 1254/ 2539 0594 Fax: 2223-4187

16. A los (as) funcionarios (as) de los servicios de Trabajo Social, Enfermería y Psicología, que se le entrega los condones masculinos, deben almacenarlos en un sitio fresco, seco y que no estén expuestos a la luz solar, ni a ninguna fuente de calor.

17. Los servicios de Trabajo Social, Enfermeria y Psicología antes de agotar las existencias de los condones masculinos que tienen para la distribución, deben solicitar una reposición del stock inicial.

18. Los médicos y médicas deberán seguir con el procedimiento tradicional (prescripción por receta)

Aquellas áreas de salud que demuestren que el consumo de estos dispositivos supera la cuota asignada, podrán solicitar un aumento de cuota siguiendo los procedimientos establecidos en la instancia respectiva.

Evaluación:

1. En caso que consideren necesario los Servicios de Enfermería, Farmacia, Psicología y Trabajo Social, podrán emitir un informe con las observaciones y recomendaciones a su Coordinación Nacional respectiva.

2. Si se detectan problemas en la calidad de los condones masculinos (rupturas en el empaque o en el condón, falta de lubricación, derrames u otros) se completará la hoja de Reporte de Articulos con Problemas de Calidad y se remitirá a la Subárea de Investigación y Evaluación de Insumos al fax: 2539-0564.

3. En el anexo 1 se adjunta dicha hoja de reporte.

Acatamiento:

Este lineamiento es de acatamiento para el personal de Servicios de Enfermeria, Farmacia, Psicología y Trabajo Social de los Hospitales y Áreas de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.
No aplica para las Cooperativas y los Centros de Salud de contratación por terceros.

Responsable del cumplimiento:

Director General y Jefaturas de los Servicios de Enfermeria, Farmacia, Psicología y Trabajo Social de los Hospitales y Áreas de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Vigencia:

Rige a partir del 1ero junio del 2015

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA
DIRECCIÓN DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
AREA DE REGULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
☎ 2539 1254/ 2539 0594 Fax: 2223-4187

L.GM.DDSS.ARSDT-001-2015

Contacto para consultas:

Dra. Gloria Elena Terwes Posada, Coordinadora Programa de Prevención y Control del VIH. AAIP. Tel. 22238948 correo electrónico: gterwes@ccss.sa.cr
Dra. Karen Bonilla Salas, Programa Atención Integral a la Violencia. AAIP. Tel. 22238948 correo electrónico: kbonilla@ccss.sa.cr
Dra. Carmen Loaiza Madriz, Coordinación Nacional de Enfermeria. ASRDT. Tel. 25390915 correo electrónico cloaizam@ccss.sa.cr
Dra. Marta Auxiliadora Vindas González, Coordinación Nacional de Psicologia. ASRDT. Tel. 25391090 correo electrónico: mvindas@ccss.sa.cr
Dra. Mayra Pérez Chaves, Coordinación Nacional de Trabajo Social. ASRDT. Tel. 25394333 correo electrónico: mperezch@ccss.sa.cr
Dr. Esteban Vega de la O, Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos. ASRDT. Tel. 25391282 evega@ccss.sa.cr

Referencias Bibliográficas:

Base de datos Medline, base de datos Cochrane y Memorias de Congresos Internacionales:
1. Holmes K.K., Randomized Trials of HIV/STI Prevention: What has work, What hasen't and Why. Maxwell Findland Lecture. 42 Meeting of the IDSA, Boston, MA, 2004. Abstract 97.
2. Ira SK, Feldblum PJ, Kamanga, et al. Condom and nonoxiidol-9 use and the incidence of HIV infection in serodiscordant couples in Zambia. Int JSTD AIDS 1997.
3. Weller S, Davis K. Condom Effectiveness in Reducing Heterosexual HIV Transmision. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005.
4. Vittinghoff E., Douglas J, Judson F, et al Per-Contact Risk of Human Inmunodeficiency Virus Transmission between Male Sexual Partners. Amm J Epidemiol. 1999.
5. Silverman B, Gross T. Use and Effeciveness of Condoms During Anal Intercourse: A Review Sexually Transmitted diseases, 1997.
6. IPPF Federación Internacional de Planificación de la Familia. (1996). Carta de IPPF de los derechos sexuales y reproductivos Visión año 2000. Londres.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA
DIRECCIÓN DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
AREA DE REGULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
☎ 2539 1254/ 2539 0544 Fax: 2223-4187

L.GM.DDSS.ARSDT-001-2015

ANEXO 1

REPORTE DE ARTÍCULOS CON PROBLEMAS DE CALIDAD

INFORMACIÓN DEL CENTRO QUE REPORTA

CENTRO QUE REPORTA LA QUEJA: _____

FECHA DEL REPORTE: _____

FAX DEL CENTRO QUE REPORTA: _____

TELÉFONO DEL CENTRO QUE REPORTA _____

INFORMACIÓN SOBRE EL ARTÍCULO

CÓDIGO INSTITUCIONAL DEL INSUMO _____

NOMBRE DEL INSUMÓ _____

LOTE QUE PRESENTA EL PROBLEMA _____

MARCA DEL INSUMO _____

PAÍS DE ORIGEN: _____

A CONTINUACIÓN DESCRIBA DE FORMA CLARA Y CONCRETA LA FALLA QUE PRESENTA EL ARTÍCULO ARRIBA INDICADO

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Esta boleta puede ser entregada en el piso 11 del edificio anexo de oficinas centrales, en la Sub Área de Investigación y Evaluación de Insumos o vía Fax al 2539-0564. Además le recordamos que esta boleta debe contener de forma completa toda la información que arriba se solicita a fin de poder brindar una respuesta pronta y oportuna.

Anexo 3. Guía para la consejería sobre uso correcto del condón masculino (CDC, 2015)

La consejería sobre uso correcto del condón masculino pretende brindar información sobre diferentes elementos relacionados: 1) efectividad de los condones masculinos; 2) uso correcto y colocación del condón masculino; 3) utilización del condón masculino en prácticas sexuales orales, anales y vaginales.

Esta consejería se debe brindar a TODAS las personas. NO ASUMA que las personas conocen esta información, pues en muchas ocasiones las personas manifiestan saber cómo utilizar los condones, pero en realidad poseen información errónea o tienen hábitos contrarios a la correcta utilización de los mismos.

1. Efectividad de los condones masculinos

• Si los usa de la manera correcta cada vez que tiene relaciones sexuales, los condones son altamente eficaces para prevenir la infección por el VIH.
• Los condones ayudan a prevenir múltiples infecciones de transmisión sexual (ITS) que se transmiten mediante los fluidos corporales, tales como el VIH, la sífilis, la gonorrea y la clamidia. Sin embargo, proporcionan menos protección contra las ITS que se transmites a través del contacto con la piel, como el virus del papiloma humano o VPH (verrugas genitales), y el herpes genital.
• Hay dos tipos principales de condones: los masculinos y los femeninos. En Costa Rica están disponibles solamente los condones masculinos, los cuales son fundas delgadas de látex, poliuretano, poliisopreno o de una membrana natural, que cubren el pene durante las relaciones sexuales.Los condones de látex son los que proporcionan la mejor protección contra el VIH. Para las personas con alergia al látex, los condones de poliuretano (plástico) o poliisopreno (caucho sintético) son buenas opciones; sin embargo, los condones de plástico se rompen más frecuentemente que los de látex. Los condones de membranas naturales (como los de piel de cordero) tienen pequeños agujeritos y, por lo tanto, no bloquean el VIH ni otras ITS.
• Use lubricantes a base de agua o silicona para aumentar la efectividad del condón, al reducir las probabilidades de que el condón se rompa o se salga durante la relación sexual. No use lubricantes a base de aceite (como la vaselina, la grasa vegetal, el aceite mineral, los aceites para masajes, las cremas para el cuerpo o el aceite de cocina) con los condones de látex porque pueden debilitarlo y hacer que se rompa. No use lubricantes que contengan nonoxinol-9, ya que causa irritación en el recubrimiento de la vagina y el ano, y aumenta el riesgo de contraer el VIH.

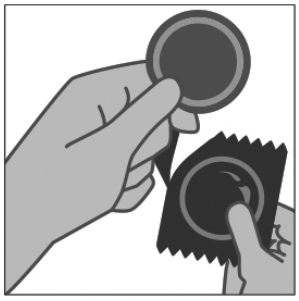
2. Uso correcto y colocación del condón masculino

En este punto es importante no solamente brindar las explicaciones correspondientes, sino también hacer la demostración sobre la colocación del condón, con la ayuda de un dildo.

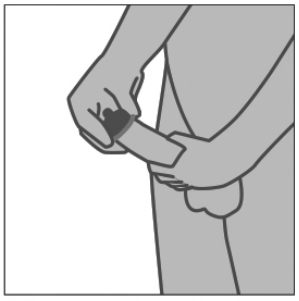
Condón: qué hacer y qué no hacer

- USE condón siempre que tenga relaciones sexuales.
- COLÓQUESE el condón antes de tener relaciones sexuales.
- LEA las instrucciones del paquete y compruebe la fecha de vencimiento.
- CERCIÓRESE de que el condón no tenga defectos o roturas.
- GUARDE los condones en un lugar fresco y seco.
- USE condones de látex o poliuretano.
- UTILICE agua o lubricante a base de silicona para evitar roturas.
- RECUERDE que los condones tienen diferentes tallas y grosores; por tanto, encuentre la marca que más le convenga a usted y a su pareja.
- NO guarde condones en un vehículo o en la billetera.
- NO utilice nonoxinol-9 (un espermicida), ya que puede provocar irritación.
- NO utilice productos a base de aceites, como aceite para bebés, lociones, vaselina o aceite de cocina, ya que pueden romper el condón.
- NO use más de un condón a la vez.
- NO reutilice el condón.
- NO deseche los condones por el inodoro, ya que pueden obstruirlo.

Modo correcto de colocarse y quitarse el condón masculino



Abra y retire el condón de su envoltura con cuidado.



Coloque el condón en la cabeza del pene erecto y firme. Si está circuncidado, primero retraiga el prepucio.

Saque el aire que se encuentre en la punta del condón.

Desenrolle el condón hasta la base del pene.

Al terminar el contacto sexual, pero antes de retirar el pene, sostenga el condón por su base y extraiga el pene.

Retire el condón cuidadosamente y tírelo a la basura.

3. Utilización del condón masculino en prácticas sexuales orales, anales y vaginales

En prácticas sexuales orales:

- En el caso de las prácticas donde la boca se coloca en el pene, éste debe tener colocado un condón masculino para evitar las infecciones cuya transmisión se da mediante fluidos, así como de aquellas cuya transmisión se da por el contacto con la piel (como herpes, VPH).
- En el caso de las prácticas donde la boca se coloca en la vulva, se recomienda realizar una pantalla de látex para cubrir la vulva y de esta forma evitar las infecciones cuya transmisión se da mediante fluidos, así como de aquellas cuya transmisión se da por el contacto con la piel (como herpes, VPH). Esta pantalla de látex se puede hacer con el mismo condón masculino (el personal de salud puede mostrar a la persona cómo hacerla).

En prácticas sexuales vaginales:

- En este caso es de suma importancia considerar que si, al mismo tiempo se tienen relaciones sexuales orales o anales, se debe utilizar un condón para cada tipo de práctica sexual. Es decir, el condón que se utiliza para las relaciones sexuales orales no puede ser el mismo que se utilice durante la penetración vaginal. De igual forma, si se realiza una penetración anal, el condón que se utilice durante esta debe desecharse y utilizar uno nuevo para el sexo oral o vaginal.
- Durante cualquier penetración la lubricación es fundamental para que el condón no se rompa y por lo tanto, conserve su eficacia. Los condones ya traen una cantidad de lubricación. Sin embargo, si en las condiciones particulares de una relación sexual se detecta que esa lubricación no es suficiente, es mejor utilizar un lubricante adicional, el cual reduzca las posibilidades de rotura por excesiva fricción. El lubricante que se utilice debe ser a base de agua (NUNCA A BASE DE ACEITE pues estos dañan las propiedades del condón).

En prácticas sexuales anales:

- La penetración anal es una de las relaciones sexuales que representa un mayor riesgo para la transmisión de algunas ITS, justamente por el alto nivel de fricción que se presenta en este tipo de prácticas sexual. Es por ello que durante este tipo de práctica sexual es INDISPENSABLE la utilización de lubricante adicional, al que trae el condón. Esta lubricación adicional impedirá que el condón se rompa debido a la alta fricción producida durante esta penetración. El lubricante que se utilice debe ser a base de agua (NUNCA A BASE DE ACEITE pues estos dañan las propiedades del condón).

Anexo 5. Lista de chequeo para la consejería sobre autocuidado en SS/SR y prevención de ITS, incluyendo el uso correcto y sistemático del condón (elaboración propia).

La consejería sobre autocuidado y prevención de ITS debe incluir, como mínimo los elementos que se muestran en la siguiente tabla. Marque con una X cada elemento que vaya abordando; de esta forma, es posible asegurarse que al finalizar la consejería usted ha cubierto todos los aspectos.

Elemento a considerar en la consejería	***Marque con una X si se abordó este aspecto en la consejería***
1. Explique que la cantidad de parejas sexuales está relacionada con el nivel de riesgo frente a ITS solamente en la medida en que estas relaciones sexuales sean desprotegidas (o que algunas sean protegidas y otras no).	
2. Explique los conceptos de “fidelidad mutua” y “fidelidad secuenciada” y su relación con la prevención de ITS.	
3. Explique que todas las personas tenemos derecho a elegir las prácticas sexuales que deseemos, siempre y cuando sean realizadas por consentimiento mutuo y sin causar daño a las personas involucradas o a terceras personas.	
4. Explique que no importa cuáles sean sus prácticas sexuales, lo importante es protegerse en cada una de ellas de las ITS, incluyendo el VIH.	
5. Explique el uso correcto y sistemático del condón.	
6. Explique los riesgos que podrían implicar el uso y abuso de alcohol y otras drogas mientras se mantienen relaciones sexuales.	
7. Explique a la persona cuáles son los métodos anticonceptivos a los que él/ella o su pareja podrían acceder, además del condón que es un método de protección dual, para prevenir embarazos no planeados.	
8. Explique el hecho de que es posible tomar decisiones para garantizar la salud sexual y la salud reproductiva, solamente se vive la sexualidad en condiciones LIBRES DE VIOLENCIA.	

SEGURO SOCIAL
COSTA RICA

GERENCIA MÉDICA

DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS