



**ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN
COMBINADA DEL VIH ENTRE HOMBRES
QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES
(HSH) Y MUJERES TRANS
EN EL GRAN ÁREA METROPOLITANA Y
PUNTARENAS**

COSTA RICA

DICIEMBRE 2018

TABLA DE CONTENIDO

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN COMBINADA DEL VIH ENTRE HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (HSH) Y MUJERES TRANS	1
EN EL GRAN ÁREA METROPOLITANA Y PUNTARENAS.....	1
I. INTRODUCCIÓN	6
II. JUSTIFICACIÓN	8
2.1 Mortalidad por sida.....	10
2.2 Epidemia concentrada en poblaciones clave.....	11
2.3 Contexto de la respuesta.....	12
III. MARCO CONCEPTUAL-REFERENCIAL.....	14
3.1 Prevención Combinada	14
3.1.1 Compromiso internacional, nacional y local.....	16
3.1.2 Enfoque en zonas geográficas y poblaciones de alto riesgo.....	17
3.1.3 Sinergias en paquetes de programas efectivos	17
3.1.4 Innovación en los abordajes.	17
3.1.5 Escala en la cobertura.	17
3.1.6 Rendición de cuentas.	17
3.2 Prestación de servicios diferenciados para el tamizaje del VIH.....	18
IV. OBJETIVOS.....	19
V. ACTORES DE LA ESTRATEGIA.....	20
5.1 Organizaciones de la sociedad civil.....	20
5.2 Ministerio de Salud.....	20
5.3 Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)	20
5.4 Junta de Protección Social (JPS).....	21
5.5 Defensoría de los Habitantes (DHR)	21
5.5 Otras instituciones estatales	21
VI. CARACTERIZACIÓN DE LAS POBLACIONES	22
6.1 Mujeres trans	22
6.1.1 Características sociodemográficas	22
6.1.2 Inicio de relaciones sexuales.....	23
6.1.3 Parejas estables y ocasionales.....	23
6.1.4 Actividad sexual remunerada	23
6.1.5 Uso de alcohol y drogas.....	24
6.1.6 Acceso a condones y lubricantes.....	24

6.1.7 Pruebas voluntarias de VIH	24
6.1.8 Conocimientos sobre VIH.....	25
6.1.9 Estigma y discriminación.....	25
6.2 Hombres que tienen sexo con hombres (HSH).....	25
6.2.1 Características sociodemográficas.....	26
6.2.2 Inicio de relaciones sexuales	26
6.2.3 Parejas estables y ocasionales	26
6.2.4 Actividad sexual remunerada.....	27
6.2.5 Uso de alcohol y drogas	27
6.2.6 Acceso a condones y lubricantes	27
6.2.7 Pruebas voluntarias de VIH.....	28
6.2.8 Conocimientos sobre VIH	28
6.2.9 Estigma y discriminación	28
VII. INTERVENCIONES	29
7.1 IDENTIFICACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE LAS POBLACIONES	29
7.1.1 Mujeres Trans.....	29
7.1.2 Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	30
7.2 METODOLOGÍAS DE ABORDAJE	37
7.2.1 Paquete básico de servicios de prevención	37
7.2.2 Paquete ampliado de servicios de prevención.....	41
7.3 VINCULACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD Y SEGUIMIENTO	50
7.3.1 Referencias efectivas a los servicios de salud de la CCSS	51
7.3.2 Acompañamiento presencial a los servicios de salud.....	53
7.3.3 Contactos subsiguientes	56
7.3.3 Acompañamiento a personas con VIH	56
7.4 REFERENCIA A SERVICIOS COMPLEMENTARIOS.....	58
7.4.1 Dirección General de Migración y Extranjería (DGME).....	58
7.4.2 Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).....	60
7.4.3 Defensoría de los Habitantes de la República	61
7.4.4 Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)	61
7.4.5 Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU)	62
7.4.6 Instituto Nacional de Aprendizaje (INA)	62
7.4.7 Patronato Nacional de la Infancia (PANI).....	62
7.4.8 Servicios para Personas con VIH.....	62



7.4.9 Atención Psicológica	63
7.4.10 Masculinidades	63
VIII. MONITOREO Y EVALUACIÓN	64
8.1 En el Plan Nacional de Transición 2018-2021.....	64
8.2 En el Plan de Monitoreo y Evaluación de la subvención	75
8.2.1 INDICADORES DE IMPACTO	75
8.2.2 INDICADORES DE RESULTADO (OUTCOME)	76
8.2.3 INDICADORES DE COBERTURA (OUTREACH).....	77
8.2.4 INDICADORES DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE TRABAJO	79
IX. COSTEO DE LAS ACCIONES	83
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84

SIGLAS

CCC	Comunicación para el Cambio de Comportamiento
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
DGME	Dirección General de Migración y Extranjería
DHR	Defensoría de los Habitante de la República
EDUS	Expediente Digital Único de Salud
ELISA	Ensayo Inmunosolvente Ligado a Encimas, por sus siglas en inglés
EPC	Estrategia de Prevención Combinada
GAM	Gran Área Metropolitana
HSB	Hombres que tienen Sexo con Hombres
IAFA	Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia
IEC	Información Educación y Comunicación
IMAS	Instituto Mixto de Ayuda Social
INA	Instituto Nacional de Aprendizaje
INAMU	Instituto Nacional de las Mujeres
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGBTI	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersex
MOPT	Ministerio de Obras Públicas y Transportes
PANI	Patronato Nacional de la Infancia
Sida	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
TAR	Tratamiento Antiretroviral
TIC	Tecnologías de Información y Comunicación
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, por sus siglas en inglés
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

I. INTRODUCCIÓN

En Costa Rica, desde julio del 2015, se ha implementado un Proyecto País de Prevención Combinada del VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y mujeres trans. Esto ha sido posible gracias a las subvenciones brindadas por el Fondo Mundial de lucha RP sida, la tuberculosis y la malaria.

Entre el 1 de julio del 2015 y el 30 de junio del 2018 se implementó una subvención cuyo título fue Proyecto VIH-CR “Costa Rica: un modelo sostenible de prevención combinada y atención a la población de HSH y mujeres trans”. Su objetivo general fue el de contener la epidemia del VIH en las poblaciones de HSH y mujeres trans en Costa Rica.

Esta subvención le permitió al país justamente, como su nombre lo indica, desarrollar un modelo de prevención combinada el cual ha incluido tres elementos importantes: 1) el acceso universal a prevención, tratamiento, atención y cuidado del VIH por parte de las poblaciones HSH y mujeres trans; 2) el mejoramiento del entorno legal, social, y político para el ejercicio pleno de los derechos de las poblaciones HSH, mujeres trans, otras personas LGBTI y personas con VIH; y, finalmente, 3) el contar con información estratégica en VIH necesaria para la definición de acciones y toma de decisiones.

Dicho Modelo, si bien surge en el contexto del Proyecto que de forma breve se denomina Proyecto VIH-CR, pretende ser un modelo país que oriente las acciones en prevención combinada a nivel nacional. La gran apuesta que el país ha hecho en este Modelo es la del trabajo conjunto entre sociedad civil e instituciones estatales, echando mano de las fortalezas y valor agregado que cada una de ellas ofrece, y compensando las limitaciones a través del trabajo coordinado y conjunto. De esta forma, se apuesta porque las organizaciones de sociedad civil que trabajan con estas poblaciones y que por lo tanto las conocen muy bien y les tienen identificadas, sean quienes realicen la captación y primeros contactos, así como el trabajo de educación para el cambio de comportamiento, para luego vincular a las personas con los servicios de salud y otros servicios institucionales que les permitirán tener acceso a servicios de prevención y atención del VIH, así como de atención de otras necesidades, para una atención integral.

A partir de dicho Modelo, se elaboraron en el 2016 dos manuales de implementación de acciones de prevención combinada por, con y para las dos poblaciones clave, es decir, HSH y mujeres trans. Dichos manuales incluyen, en primer lugar, herramientas para que personas pares implementen acciones de promoción, educación y consejería para el cambio de comportamiento en relación con la prevención del VIH. Además, detallan las intervenciones que se deben realizar en relación con la promoción y realización de las pruebas rápidas de VIH y el respectivo acompañamiento a las personas, según su resultado. Y, también incluyen estos manuales, recomendaciones sobre algunas acciones de incidencia política que se pueden realizar para mejorar las condiciones y calidad de vida de las poblaciones clave.

El 1 de julio del 2018 el país inició la implementación de una segunda fase del Proyecto VIH-CR, gracias a una nueva subvención del Fondo Mundial. Esta segunda fase se titula “Costa

Rica: transitando hacia la sostenibilidad de la respuesta al VIH con financiamiento doméstico 2018-2021”, y se extenderá hasta el 30 de junio del 2021.

Durante esta nueva fase si bien el propósito primordial sigue siendo el de contener la epidemia en estas poblaciones, y por lo tanto, reducir la mortalidad relacionada con el sida gracias a la detección temprana, vinculación a los servicios y el aseguramiento del tratamiento, toma fuerza el trabajar para que este modelo sea sostenible con recursos propios del país, sin necesidad del financiamiento externo.

Es por ello que, en esta nueva fase se han dado cambios importantes como parte de dicha transición hacia la sostenibilidad. Por ejemplo, a partir de enero del 2019 ya no se contratará con recursos del Proyecto los servicios de un laboratorio privado para la realización de las pruebas rápidas de VIH, sino que todas las pruebas se harán en la CCSS. También se utilizarán solamente condones que la CCSS dispense, a través de convenios a las organizaciones de sociedad civil para que éstas, a su vez, distribuyan entre las poblaciones clave. Este tipo de cambios implican necesariamente ajustes a la forma en que se ha venido trabajando, y es por ello que este documento corresponde a una Estrategia de Prevención Combinada para HSH y mujeres trans, revisada y ajustada según las nuevas formas de trabajo.

Este documento incluye las siguientes secciones: 1) justificación, en la cual se presenta el contexto en el cual surge y se justifica esta estrategia, según el perfil epidemiológico pero también social, cultural y legal del país; 2) en el marco teórico se hace una breve reseña a lo que se entiende por prevención combinada y las diversas intervenciones que incluye; 3) los objetivos de la estrategia; 4) los actores que participan y sus respectivos roles, tanto de sociedad civil como institucionales; 5) se incluye además una caracterización de las poblaciones con las cuales se trabaja, de forma tal que a partir de sus características y condiciones se comprendan y justifiquen las acciones y estrategias; 6) se detallan entonces las intervenciones propiamente dichas, 7) se presenta una sección que muestra la relación de este documento con otros instrumentos nacionales de monitoreo y evaluación en los cuales se incluyen indicadores que permiten medir la implementación de esta estrategia y, 8) finalmente, se presenta también la vinculación con el Plan Nacional de Transición hacia la Sostenibilidad, en el que se costeo la implementación de esta estrategia.

II. JUSTIFICACIÓN

En Costa Rica, la prevalencia general de VIH es de 0,1 y es caracterizada como una epidemia concentrada específicamente en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres trans, cuyas características epidemiológicas se detallan más adelante.

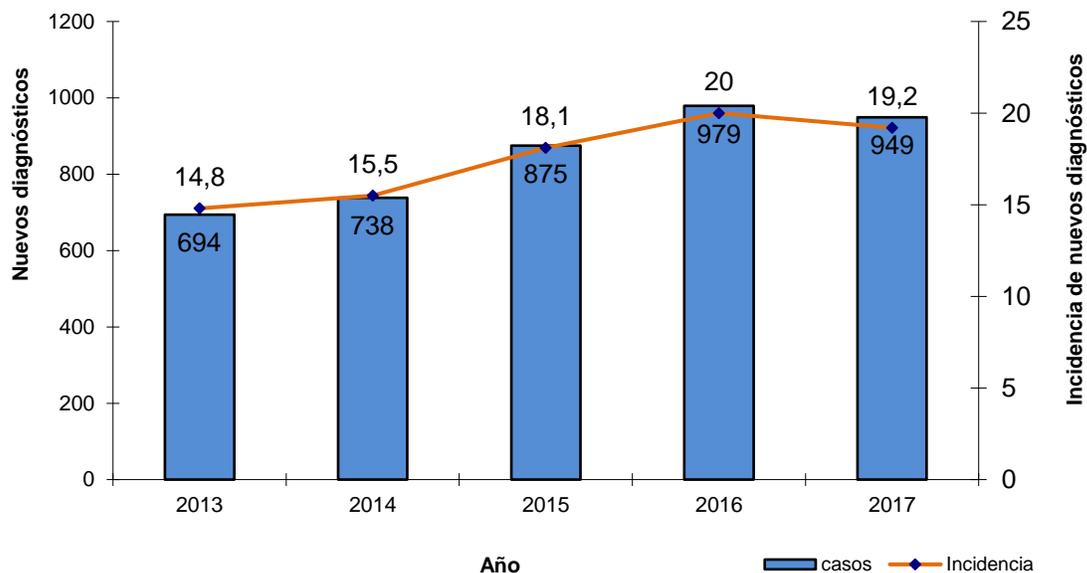
En el período 2013-2017, el Ministerio de Salud registró 4.235 nuevos diagnósticos de VIH (tasa para el período 87,6 por 100.000 habitantes). Las tasas de incidencia de nuevos diagnósticos se han incrementado de 14.8 en el 2013 a 19.2 en el 2017, debido entre otras razones aumento en la demanda de la prueba de VIH.

En el mismo período, las provincias de San José y Heredia presentaron la mayor incidencia de nuevos diagnósticos de VIH por 100.000 habitantes: 134.0 y 75.0 respectivamente, aportando el 50.4% y el 8.7% de los casos de país.

Los cantones que presentaron las tasas de nuevos diagnósticos por 100.000 habitantes más altas fueron: San José (287.1), Montes de Oca (180.8), Limón (135.6), Heredia (122.7), Desamparados (110.8), Goicoechea (121.6), Tibás (110.9), Alajuela (99.3), Puntarenas (95.2) y La Unión (93.6), aportando el 56.4% de los casos del país.

Gráfico 1

Costa Rica. Incidencia de nuevos diagnósticos de VIH. 2013-2017



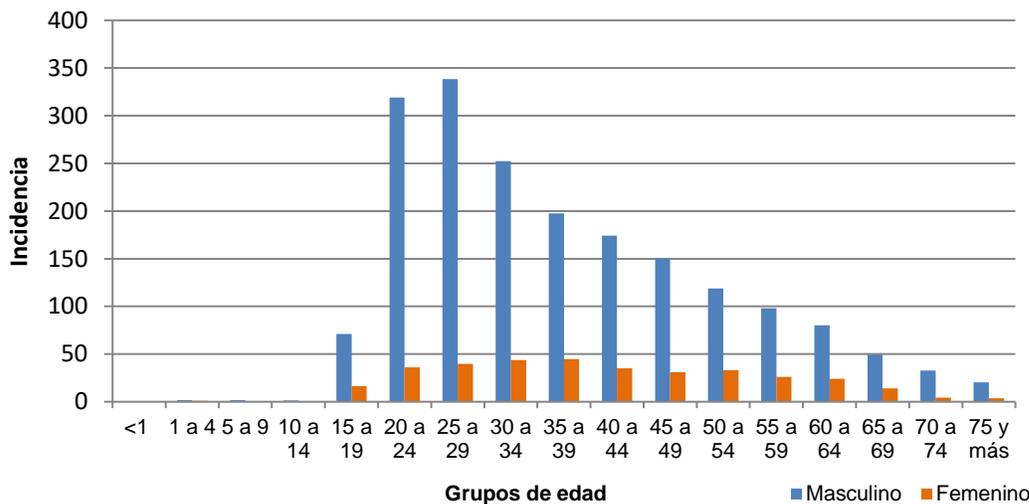
Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Los nuevos diagnósticos de VIH se presentaron básicamente en el sexo masculino (84,9%), siendo la razón hombre/mujer para el periodo de 6:1 (6 hombres por cada mujer). El grupo de edad con más diagnósticos (ambos sexos) fue el de 20 a 39 años, aportando el 64,4% de

los casos del período. Sin embargo, vale la pena anotar que el sistema de información de los servicios de salud en Costa Rica aún no incorpora la variable identidad de género, por lo cual los casos de mujeres trans probablemente estén registrados en los casos de sexo masculino.

Gráfico 2.

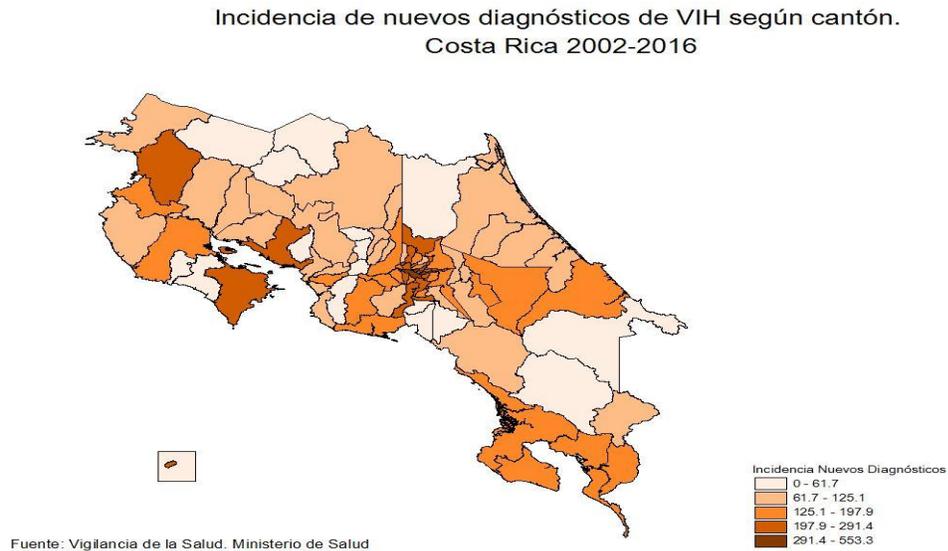
Costa Rica. Incidencia de nuevos diagnósticos de VIH por edad según sexo (tasa/100.000 habitantes) 2013-2017



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud

Las provincias con tasas de incidencia por 100,000 habitantes han sido: San José (31.5), Heredia (17.1), Cartago (16.7) y Puntarenas (14.8). El 53.8 % de los casos fue aportado por los siguientes cantones de la Gran Área Metropolitana (GAM): San José (74.8), Curridabat (25.9), Desamparados (25.9), Tibás (23.1), Escazú (23.7), Alajuela (20.5) y Heredia (35.1). Fuera de la GAM, aportaron a este porcentaje los cantones de Puntarenas (21.9) y Limón (21.3) (ver Gráfico 3). A partir de estos datos es que se ha decidido que el Proyecto VIH-CR se concentre justamente en el Gran Área Metropolitana y Puntarenas.

Gráfico 3.
Costa Rica. Incidencia de nuevos diagnósticos de según cantón 2002-2016



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud

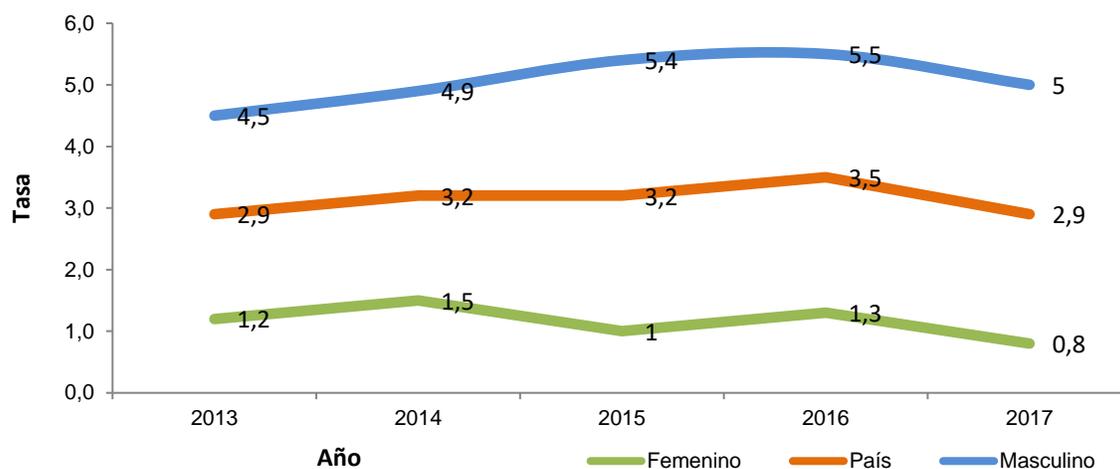
2.1 Mortalidad por sida

A partir del año 1985 la tendencia de la mortalidad por sida presentó un incremento sostenido. En el año 1997, debido a la introducción de la terapia antirretroviral y al aumento gradual de su cobertura, se observa un decremento de casos y la tendencia a la estabilización de la mortalidad.

Para el período 2013 al 2017, se registraron 758 defunciones asociadas a sida. El 81.5% de las defunciones fueron del sexo masculino (25.3 por 100.000 habitantes). El grupo de edad donde se registró el mayor número de defunciones fue el de 30 a 54 años, representando el 66.1% del total de muertes por esta causa, con una tasa de mortalidad para el período de 15.7 por 100000 habitantes.

En el año 2017 se registraron 145 defunciones asociadas a sida, lo que representó una disminución del 14.2 % con respecto al año 2016.

Gráfico 4
Costa Rica. Tasa de mortalidad por sida por año según sexo, 2013-2017 por 100.000 habitantes.



Fuente: INEC-Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

Para el mismo período, las provincias de San José y Puntarenas registraron la tasa de mortalidad por 100.000 habitantes más alta (23.1 y 16.0), aportando el 58.4% de las defunciones por esa causa.

2.2 Epidemia concentrada en poblaciones clave

En el año 2017, se realizó la “Encuesta de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS y estimación del tamaño de poblaciones clave: mujeres trans, HSH y mujeres trabajadoras sexuales de la Gran Área Metropolitana”, encontrándose una prevalencia de VIH de 15.4 (IC 95% 6.8-23.9) en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), en mujeres trans la prevalencia fue de 24.6 (IC 95% 0.5-4.3) y en mujeres trabajadoras sexuales la prevalencia fue de 1.3 (IC 95% 0.-2.5).

En el caso de las mujeres trans, la prevalencia de sífilis activa fue de 12.9% (IC 95% 8.7-17.0), la de hepatitis B fue de 2.4% (IC 95% 0.5-4.3) y de hepatitis C fue de 1.2% (IC 95% 0-2.6).

En el caso de los HSH se encontró una prevalencia de sífilis activa de 10.5.

Para las mujeres trabajadoras sexuales cisgénero se encontró que 1.4 % de las entrevistadas tenían una sífilis activa al momento de participar en la encuesta, mientras la prevalencia de hepatitis B fue de 0.22%. No se encontró ningún caso de hepatitis C entre las participantes.

Estos datos muestran que, según la información con la que dispone el país actualmente, la epidemia del VIH está concentrada en las poblaciones de HSH y mujeres trans, razón por la cual sigue siendo necesario y pertinente priorizar las acciones en estas poblaciones.

Sin embargo, sigue siendo relevante aclarar que la epidemia del VIH no está concentrada en estas poblaciones solamente por sus prácticas sexuales u otras prácticas de riesgo, las cuales están presentes también en otros grupos. La principal razón por la cual la epidemia está concentrada en estas poblaciones es porque el estigma y la discriminación que han vivido por su orientación sexual e identidad de género ha provocado clandestinidad, falta de acceso a servicios e incluso conductas autodestructivas.

2.3 Contexto de la respuesta

Costa Rica es uno de los pocos países en la región que proporciona acceso universal a la salud con fondos públicos, representando un suelo fértil para el logro de la sostenibilidad. Sin embargo, existen importantes retos para alcanzar cobertura universal y acceso igualitario debido a un alto déficit fiscal del 5.9% en el 2016 y una insuficiente contribución a la Seguridad Social por el aumento del empleo informal, una tasa del 9% de migrantes, la más alta de América Latina, y una inmigración temporal del 26% (2015)ⁱ.

En el plano institucional, Costa Rica no cuenta con un Programa Nacional de VIH. El Ministerio de Salud cumple un rol rector en la respuesta, mientras que la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) cumple un rol prestador de los servicios. La Ley 8718 establece que la Junta de Protección Social (JPS) asigne el 1% de las utilidades de las loterías nacionales para acciones en prevención, atención e investigación de VIH implementadas por OSC. Sin embargo, la sociedad civil ha accedido a estos recursos de manera limitada debido a sus debilidades de gestión y una insuficiente articulación con el Estado.

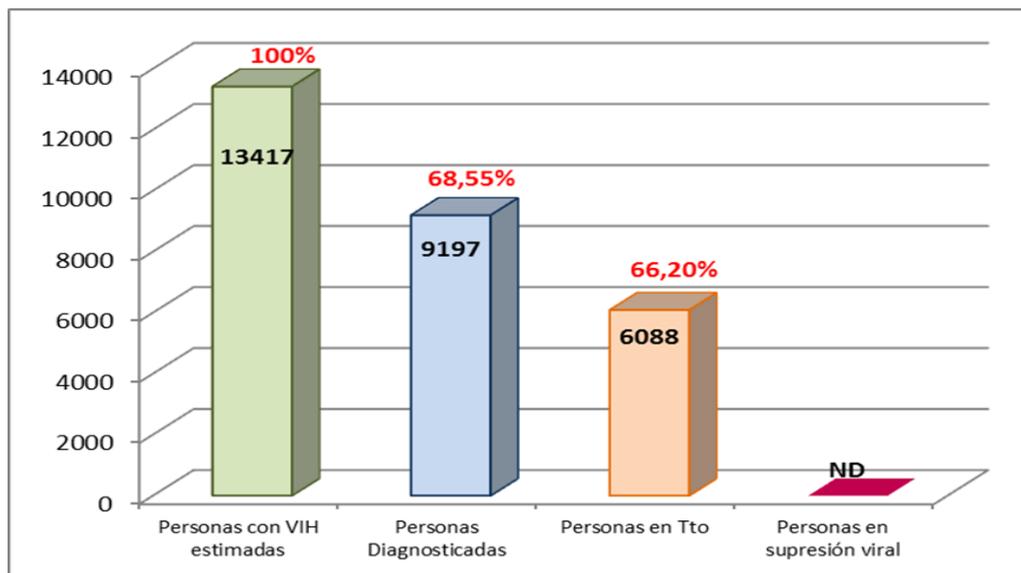
La complejidad de las relaciones entre sociedad civil y el Estado representa un reto para una respuesta al VIH articulada y eficiente. Las subvenciones del Fondo Mundial han jugado un importante rol catalizador entre los diferentes actores liderados por el Consejo Nacional de Atención Integral al VIH-SIDA (CONASIDA) y el Mecanismo de Coordinación de País (MCP-CR). Un ejemplo es el reconocimiento por parte de los servicios de salud de la CCSS de las referencias realizadas por sociedad civil, como resultado de la generación de confianza entre las partes, lo que constituye un importante factor para el fortalecimiento del sistema de salud.

El PEN 2016-2021, elaborado de manera amplia y participativa, responde al contexto epidemiológico y a una evaluación del período anterior. El PEN reafirma el compromiso del país de contribuir a las metas globales 90-90-90 que aseguren la supresión viral y a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

El país viene implementando cambios para el logro del 90-90-90, pero aún presenta brechas de alcance. En términos del cumplimiento del primer 90, actualmente existen 9,197 personas con VIH que conocen su diagnóstico, lo que representa un 68,5% de alcance en el primer pilar. En términos del segundo 90, existen 6,088 personas en tratamiento activo lo que representa el 62,2% del total de las personas diagnosticadas. Desde inicios del 2016, Costa Rica proporciona TAR desde el momento del diagnóstico y el país incorporó a la lista oficial de medicamentos la dosis única desde diciembre del 2015. Asimismo, Costa Rica utiliza el mecanismo de negociación conjunta de precios de medicamentos establecido por el COMISCA y el Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que permite la compra de medicamentos, insumos y reactivos a precios competitivos. Con respecto al tercer 90, el país incluye dentro de su cobertura universal exámenes de carga viral cada seis meses a personas con VIH pero aún no se cuenta con datos que muestren cuántas personas han alcanzado supresión viral. Costa Rica ha eliminado la transmisión materno-infantil del VIH desde el 2015 (ver Gráfico 5).

La subvención en curso del Fondo Mundial ha contribuido a la calidad del primer 90 al haber introducido las pruebas rápidas por primera vez en el país, mostrando su gran aceptación entre la población clave y desmitificando previas reservas por parte de los servidores de salud.

Gráfico 5.
Cascada del continuo de la atención en Costa Rica 2016



ND: No disponible el dato
Fuente: Ministerio de Salud

III. MARCO CONCEPTUAL-REFERENCIAL

La respuesta a la epidemia del VIH ha venido transformándose a lo largo de la historia, pues los avances científicos y las investigaciones realizadas durante estos más de 30 años de la epidemia han permitido ir orientando mejor las acciones y los recursos hacia las estrategias que han probado ser las más efectivas.

Desde esta perspectiva, recientemente se ha venido planteando con mucha más claridad que, no es posible acabar con la epidemia del VIH sin proporcionar el tratamiento a todas las personas que lo necesitan. Es decir, este es un salto cualitativo importante que cambió la perspectiva tradicional de pensar que solamente la prevención primaria lograría evitar nuevas infecciones, e introdujo otros elementos como lo que ahora se llama “el tratamiento como prevención”. Es decir, ahora se entiende gracias a los recientes hallazgos científicos, que es necesario que toda persona con VIH reciba su tratamiento lo más pronto posible y sea adherente a él para que, llegue a un estado de supresión viral; estado en el cual, no podrá transmitir la infección y por lo tanto, se reducen también las posibilidades de propagación de la infección.

Sin embargo, esto no se logra si no se promueve entonces la detección temprana de la infección.

Es por esto que, se han venido planteando a nivel internacional las metas 90-90-90 como el parámetro orientador de la respuesta y por lo tanto de las estrategias.

Se pretende que, en 2020 el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH. Que en 2020 el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretroviral continuada. Que en 2020 el 90% de las personas que reciben terapia antirretroviral tengan supresión viral.

El 90-90-90 no se puede lograr si no se utilizan diversas estrategias e intervenciones. Es por esto que, los enfoques actuales proponen la prevención combinada como la forma más integral de prevenir y atender la infección.

3.1 Prevención Combinada

ONUSIDA ha definido la prevención combinada como aquella que se basa en tres pilares fundamentales: los derechos humanos, la evidencia más actualizada y la comunidad. Por definición, este tipo de prevención combina intervenciones de tres tipos: biomédicas, comportamentales y estructurales (ver Gráfico 6).

Gráfico 6.
Abordajes de la prevención combinada.



Tomado de: ONUSIDA-OPS, 2017, p.4

La propuesta es que, al trabajar en estos tres tipos de abordajes permitirá un mayor y más sostenido impacto. Se pretende que, las intervenciones estructurales permitan un entorno favorable para las acciones del componente biomédico y comportamental.

El Gráfico 6 muestra algunos ejemplos de intervenciones en cada una de las áreas; sin embargo, lo más importante es que cada país decida y diseñe sus propias estrategias a partir de las características de su epidemia, así como los recursos disponibles para la respuesta.

Es por esto que, también ONUSIDA planteó en el 2015 a través de la “Acción Acelerada para la Prevención Combinada”, que la prevención combinada debe cumplir con 6 requisitos básicos, tal como se muestran en el Gráfico 7: 1) compromiso, 2) enfoque, 3) sinergias, 4) innovación, 5) escala, 6) rendición de cuentas.

Gráfico 7.
Elementos necesarios en la prevención combinada.



Tomado de: ONUSIDA, 2015, p.2

3.1.1 Compromiso internacional, nacional y local

Para que cualquier estrategia de prevención combinada sea exitosa se requiere que exista compromiso en los diversos niveles (internacional, nacional y local). En el caso particular de Costa Rica, se han suscrito los principales compromisos internacionales en materia de la respuesta al VIH y esto se ha traducido en instrumentos nacionales como el Plan Estratégico Nacional (PEN), el Plan Nacional de Transición y numerosos instrumentos normativos y políticos que durante muchos años han venido reafirmando el compromiso nacional en este sentido. En este momento particular, existe además un compromiso nacional para transicionar hacia la sostenibilidad de la respuesta.

3.1.2 Enfoque en zonas geográficas y poblaciones de alto riesgo

Para lograr la efectividad de las acciones, es necesario priorizar y diseñar los programas sobre la base de la evidencia, en las poblaciones que se encuentran en un mayor riesgo y considerando también las zonas geográficas en las que se encuentran y sus dinámicas particulares. Tal como se muestra en la sección 6. Caracterización de las poblaciones, los estudios que recientemente se han realizado en Costa Rica, permiten contar ahora con información mucho más precisa sobre las características, comportamientos, y necesidades de las poblaciones, para adecuar las estrategias a éstas.

3.1.3 Sinergias en paquetes de programas efectivos

Tal como se ha venido planteando, ninguna estrategia o intervención puede acabar con la epidemia, así como ningún actor puede hacerlo trabajando de manera aislada. Es por esto que, cualquier estrategia de prevención combinada requiere necesariamente del trabajo sinérgico y coordinando entre diversas instancias, tanto estatales e institucionales como de sociedad civil y los movimientos sociales y comunitarios. Este último punto reviste una particular importancia pues, existe evidencia importante de que la participación activa de los sistemas comunitarios de las mismas poblaciones clave, otorga mayor impacto a las acciones pues esto garantiza un trabajo desde y con las mismas poblaciones.

Es por esto que, los paquetes de prevención que se plantean en la presente estrategia implican siempre un trabajo articulado entre organizaciones de sociedad civil e instituciones estatales.

3.1.4 Innovación en los abordajes.

Se ha venido insistiendo en que, las respuestas al VIH y los respectivos programas de prevención combinada necesitan ir innovando a partir de la evidencia científica que se va generando, y a partir también de los resultados mismos que se van recogiendo de las experiencias previas. Por ejemplo, la presente estrategia está nutrida en gran medida de los tres años anteriores de implementación del Proyecto VIH-CR y de las lecciones aprendidas que se recogieron durante la primera fase del mismo, lo que ha permitido ir haciendo ajustes a las acciones para que sean cada vez más efectivas; y así se deberá seguir haciendo siempre que se considere necesario.

3.1.5 Escala en la cobertura.

Los programas de prevención combinada necesitan asegurarse que cubren todas las necesidades y que están cubriendo a todas las personas que lo necesitan. Por lo tanto, la información y su uso estratégico es clave para hacer estos análisis de manera constante y tomar las decisiones que correspondan.

3.1.6 Rendición de cuentas.

Finalmente, todo programa de prevención combinada debe rendir cuentas a las instancias respectivas en el nivel nacional y local con respecto a sus resultados e impacto. En este caso particular, corresponde rendir cuentas ante el Mecanismo Coordinador de País (MCP-CR) y el Consejo Nacional de Atención al VIH y sida (CONASIDA).

3.2 Prestación de servicios diferenciados para el tamizaje del VIH

La prestación de servicios diferenciados es un enfoque centrado en la persona usuaria de los servicios, el cual pretende adaptar y simplificar los servicios, en este caso como parte de la cascada de atención del VIH, y buscando que los servicios de salud se adapten a las diferentes necesidades, condiciones, expectativas y preferencias de las diversas poblaciones (International AIDS Society, 2018).

En el caso particular de la aplicación de este enfoque a los servicios de tamizaje de VIH, existen tres componentes fundamentales que deben considerarse y los cuales se presentan en el siguiente gráfico.



Fuente: International AIDS Society, 2018

Estos componentes son incorporados, en el diseño de un modelo de servicios de salud, operacionalizándolos a través de categorías como Cuándo, Dónde, Quién y Qué, tal como se muestra en el siguiente gráfico.

	 Movilización	 Tamizaje	 Vinculación
 1 CUÁNDO	Momentos y frecuencia	Momentos y frecuencia	Tiempo para la vinculación y frecuencia del seguimiento
 DÓNDE	Localización de las actividades de movilización	Instalaciones de centros de salud Instalaciones comunitarias Otras	Localización de las actividades de vinculación
 QUIÉN	Quién hace la movilización	Quién hace el tamizaje	Quién apoya en la vinculación y quién apoya la vinculación e iniciación de la TARV
 QUÉ	Sólo para tamizaje por VIH o con otros servicios	Sólo para tamizaje por VIH o con otros servicios	Prevenición: mensajes de texto, teléfono, seguimiento comunitario, etc Inicio de TARV: mensajes de texto, teléfono, seguimiento comunitario, etc

IV. OBJETIVOS

La presente Estrategia de Prevención Combinada tiene como objetivo primordial contener la epidemia del VIH en las poblaciones de HSH y mujeres trans y acelerar los esfuerzos para reducir las brechas en el primer pilar de la cascada de atención del VIH. Para ello pretende, como objetivos específicos:

- Promover el cambio de comportamiento, mediante estrategias de educación y promoción de la salud, así como el acceso a métodos de prevención de las ITS y el VIH, que les permitan a las personas identificar y cambiar sus prácticas de riesgo.
- Promover el diagnóstico temprano del VIH, mediante el acceso universal a las pruebas rápidas de VIH.
- Garantizar la vinculación de las poblaciones con los servicios de salud, de forma tal que puedan tener acceso al diagnóstico y tratamiento de las ITS y el VIH.
- Promover el acceso universal y la adherencia al tratamiento antirretroviral de las personas con VIH para lograr la supresión viral, y por lo tanto, detener la cadena de transmisión de la infección.

V. ACTORES DE LA ESTRATEGIA

5.1 Organizaciones de la sociedad civil

Las organizaciones de sociedad civil en el país han cumplido un rol estratégico en las acciones de prevención históricamente. En el contexto de esta estrategia de prevención, cumplen con los siguientes roles y responsabilidades:

- Identifican y captan a las poblaciones clave para ofrecerles información, educación y comunicación para el cambio de comportamiento.
- También las organizaciones proveen condones y lubricantes a las poblaciones clave, así como ofrecen la prueba de VIH.
- Vinculan a las personas con los servicios de la CCSS para que allí puedan recibir el diagnóstico y tratamiento de ITS y VIH.
- Apoyan para la vinculación de las poblaciones también con otras instituciones que brindan servicios de regularización migratoria, atención de la violencia, apoyo a personas en pobreza y pobreza extrema, entre otros.
- Algunas de las organizaciones, por sus características y conformaciones, brindan también apoyo de pares a las personas con VIH.

Esta labor requiere de organizaciones de base comunitaria de las poblaciones clave, o bien, si no se trata de una organización de base comunitaria, es esencial que sea una organización que cuenta con un trabajo cercano y constante con las poblaciones. Por lo tanto, es fundamental que una mayoría del personal de las organizaciones que trabaje con las poblaciones clave, sea parte de las mismas poblaciones, es decir, que sean pares pues la estrategia de pares es clave para la identificación y captación de las personas, así como el resto de intervenciones que requieren de empatía y confianza.

5.2 Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud como ente rector en salud, y por lo tanto, de la respuesta al VIH es quien lidera en el país las políticas, normas y estrategias intersectoriales relacionadas con el VIH. Esto lo realiza desde su función misma como Ministerio de Salud, como en su función de presidencia del Consejo Nacional de Atención al VIH y sida (CONASIDA).

5.3 Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)

La Caja Costarricense del Seguro Social es la institución que brinda los servicios de salud pública en Costa Rica, y por lo tanto, tal como se estipula en el Plan Estratégico Nacional, es la instancia que pone a disposición los insumos para la prevención, tamizaje y tratamiento de la infección del VIH.

5.4 Junta de Protección Social (JPS)

A través de la Ley 8718 a la Junta de Protección Social se le encargó la responsabilidad de asignar entre un 1% y un 1,5% de sus a organizaciones dedicadas a la prevención y atención del VIH y Sida. La asignación de los fondos está regulada por el “Manual de Criterios para la Distribución de Recursos de la Ley 8718”, que establece los requisitos y procedimientos que las organizaciones deben cumplir y seguir para acceder al financiamiento.

Este financiamiento es parte esencial de la apuesta que el país está haciendo para la sostenibilidad financiera de las acciones de las organizaciones de sociedad civil.

5.5 Defensoría de los Habitantes (DHR)

La Defensoría de los Habitantes en su rol de promoción y defensa de derechos es un aliado clave en esta estrategia de prevención combinada, sobre todo en lo relacionado con las intervenciones estructurales. Desde la Defensoría se apoyan iniciativas para el mejoramiento del entorno social, cultural, legal y político.

5.5 Otras instituciones estatales

En esta estrategia también participan instituciones como la Dirección General de Migración y Extranjería, el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, el Instituto Mixto de Ayuda Social, el Instituto Nacional de las Mujeres, el Instituto Nacional de Aprendizaje, el Patronato Nacional de la Infancia, entre otras, como parte de la atención integral a las poblaciones clave.

VI. CARACTERIZACIÓN DE LAS POBLACIONES

En esta sección se presenta una breve caracterización de las dos poblaciones clave en las que se enfoca esta Estrategia, a saber, hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y mujeres trans. La caracterización se fundamenta en gran medida en los resultados de la “Encuesta de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS y estimación del tamaño de poblaciones clave: mujeres trans, HSH y mujeres trabajadoras sexuales de la Gran Área Metropolitana” realizada en el 2017. Sin embargo, también se complementa con información que ha sido recopilada a partir de la experiencia de trabajo de las organizaciones de sociedad civil en su contacto y abordaje directo a las poblaciones, así como la evidencia con que se cuenta a nivel internacional.

6.1 Mujeres trans

En correspondencia con lo estipulado en 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)”, se considera persona trans *“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”* (Ministerio de Salud, 2016, p. 22).

En específico, en la misma norma mencionada anteriormente, se establece que el término de mujer trans es *“utilizado para referirse a las personas que habiendo sido asignadas como hombres al nacer se identifican como mujeres”* (Ministerio de Salud, 2016, p. 22).

6.1.1 Características sociodemográficas

Mediante la “Encuesta de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS y estimación del tamaño de poblaciones clave: mujeres trans, HSH y mujeres trabajadoras sexuales de la Gran Área Metropolitana” realizada en el 2017 se estimó que el tamaño de la población de mujeres trans en el GAM es de 416 personas (IC 95%: 396-438).

La mayoría de mujeres trans en el GAM se encuentran en los grupos de edad entre 25 y 34 años, seguido del grupo entre 18 y 24 años. Sin embargo, también hay un sector importante de mujeres trans con más de 50 años (24.3%).

Su nivel de escolaridad es bajo pues si bien más de la mitad cuenta con secundaria, más de una cuarta parte cuenta apenas con primaria completa o menos. Dichosamente cada vez más algunas de ellas acceden a los estudios universitarios, aunque aún el acceso a los servicios

de educación presenta desafíos importantes para esta población, a causa del estigma y discriminación que les expulsa de los mismos.

En esta población se encuentra una dinámica migratoria importante, pues cerca de un 14% de ellas proviene de Nicaragua y otros 6% proviene de otros países como Venezuela, Colombia, entre otros. La causa de su migración muchas veces es la búsqueda de mejores oportunidades de trabajo e incluso espacios sociales más seguros, con menos niveles de violencia que en sus países de origen.

6.1.2 Inicio de relaciones sexuales

La mayoría de mujeres trans inician sus relaciones sexuales coitales antes de los 15 años, es decir, es un inicio temprano de las relaciones sexuales. En su mayoría también, su primera relación sexual es con un hombre, teniendo relaciones anales sin protección.

6.1.3 Parejas estables y ocasionales

Un 35.7% de las mujeres trans reportó en la Encuesta de Comportamiento Sexual del 2017 que, en los últimos 12 meses tuvo 1 pareja estable. La práctica sexual más común con la pareja estable es el sexo anal receptivo. Sin embargo, el uso del condón con la pareja estable es inconsistente; hay un muy bajo porcentaje de uso y la razón por la cual no se utiliza condón con la pareja estable es porque existe confianza.

En cuanto a parejas ocasionales, más de la mitad tuvo más de 2 parejas ocasionales en los últimos 12 meses. El uso del condón con estas parejas es mucho mayor que con las parejas estables.

6.1.4 Actividad sexual remunerada¹

Casi un 70% de las mujeres trans ha recibido, en los últimos 12 meses, dinero a cambio de tener relaciones sexuales. La mayoría de ellas inició en este tipo de actividades antes de los 18 años, un porcentaje importante antes de los 15 y un 5% antes de los 12 años incluso. Es decir, han sido víctimas de procesos de explotación sexual comercial.

La mayoría de ellas tiene más de 3 años de dedicarse a la actividad sexual remunerada.

La mayoría de sus clientes son hombres, aunque también alrededor de un 20% dice tener tanto clientes hombres como mujeres. Las prácticas sexuales más comunes con sus clientes son el sexo anal y el sexo oral.

Los lugares donde las mujeres trans consiguen sus clientes son, en orden de importancia, las calles y parques, por internet o chat, y por teléfono.

¹ Este concepto incluye tanto a aquellas personas que voluntariamente han decidido ejercer el trabajo sexual y buscan su reconocimiento y regularización, como aquellas que se encuentran en condiciones de explotación, y que por lo tanto, no viven esta actividad como una decisión propia ni desean mantenerse en ella.

En la actividad sexual remunerada se presenta el mayor uso consistente del condón, en comparación con el de parejas estables y ocasionales.

6.1.5 Uso de alcohol y drogas

De las mujeres trans, 31.4% dijo no haber consumido alcohol en los últimos 30 días y 39.3% dijeron que lo han consumido durante uno a cinco días en los últimos 30 días. El 70.5% de las mujeres trans entrevistadas dijeron haber consumido drogas ilícitas alguna vez de su vida y de estas, 87.1% dijo haberlas consumido en los últimos 12 meses. De las mujeres trans que declararon haber usado drogas ilícitas en los últimos 12 meses, 42.2% dijeron haber consumido drogas ilícitas más de 10 veces en los últimos 30 días. Las drogas ilícitas más consumidas en los últimos 12 meses fueron: marihuana fumada (77.3%), cocaína inhalada (57.1%), piedra o crack fumada (16.2%) y popper inhalado (10.4%). De quienes dijeron haber usado drogas ilícitas, nueve reportaron (6.7%) haberse inyectado drogas ilícitas alguna vez en la vida y de estas sólo dos participantes dijeron haberlo hecho en los últimos 30 días. Las drogas inyectables que se usaron fueron cocaína y heroína.

6.1.6 Acceso a condones y lubricantes

La mayoría de las mujeres trans reportó en la Encuesta saber dónde conseguir condones. El espacio donde consiguen con mayor frecuencia y facilidad los condones son en la ONG. La principal razón por la que utilizan el condón es para prevenir las ITS y el VIH, y la principal razón para no utilizarlo es cuando se tienen relaciones sexuales con la pareja estable.

En cuanto al uso de lubricantes a base de agua se reporta un porcentaje muy alto de utilización, aunque también hay quienes utilizan la saliva como lubricante.

6.1.7 Pruebas voluntarias de VIH

En la Encuesta el 40.7% de las mujeres trans reportó que no se había realizado una prueba de VIH en los últimos 12 meses. Esto muestra la importancia de seguir captando a la población para ofrecerle la prueba de VIH.

Entre quienes sí se la habían realizado, más de la mitad lo había hecho en una ONG y alrededor de un 40% en la CCSS.

Uno de los principales temores que suele existir entre esta población para realizarse la prueba de VIH es sobre sí, en caso de resultar con un diagnóstico positivo, tendrá acceso a los servicios de salud y al tratamiento respectivo. También existe el temor a ser discriminadas por la familia, la comunidad y las instituciones, aún más de lo que ya son discriminadas por su identidad de género, si tienen un diagnóstico positivo por VIH.

6.1.8 Conocimientos sobre VIH

El 49% de las mujeres trans participantes considera que siendo fiel a una sola pareja sexual que no tenga VIH se puede reducir el riesgo de transmisión del VIH. El 85.3% considera que usando condones se reduce el riesgo de transmisión del VIH, 94.2% piensa que una persona que se ve saludable puede tener VIH, 81.5% no considera que el VIH se transmita por picaduras de zancudos, 94.6% no considera que el VIH se pueda transmitir por compartir alimentos, 72.9% considera que una mujer embarazada infectada con VIH puede transmitir el VIH a su hijo o hija, 72.2% considera que una madre puede transmitir el VIH a través de la lactancia materna a su hijo o hija. El 86.1% considera que una persona con el VIH puede re infectarse.

Sólo el 34.4% de las mujeres trans posee todos los conocimientos correctos sobre VIH y también es capaz de rechazar los mitos sobre formas de transmisión y prevención.

6.1.9 Estigma y discriminación

Tal como lo muestran diversos estudios internacionales, regionales y nacionales, las personas trans corresponde a uno de los grupos LGBTI que mayor discriminación sufre. De hecho, esta discriminación es la que a temprana edad provoca su expulsión de la familia y de los centros educativos, lo que termina dejándolas en las calles, y allí quedan en la mayor vulnerabilidad posible.

Esta discriminación estructural dificulta su acceso a servicios de educación, salud y empleo. Es por esto que, con este grupo de población es necesario no sólo abordar la prevención de ITS y VIH, sino que siempre es necesario un abordaje integral que les permita tener acceso a estos servicios, para que realmente puedan salir de la pobreza extrema y exclusión en la que han vivido, así como acceder a todos sus derechos y oportunidades.

En la Encuesta, el 64.7% de las mujeres trans participantes dijo haber sido abusada o maltratada por su identidad de género en los últimos 12 meses, 55% mencionó que familiares le han demostrado rechazo, desprecio o han sido ofendidas y 49.6% ha sido víctima de algún tipo de maltrato en los servicios de salud por su identidad de género. El 26.1% de las participantes consideró que fue necesario ocultar su identidad de género al recibir servicios médicos, así mismo, 40.1% consideró necesario hacerlo al buscar trabajo. El 35.9% de las participantes habían denunciado algún hecho de discriminación por su identidad de género. El 20.5% no cuenta con alguien que le apoye en caso una emergencia o problema personal.

6.2 Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

En correspondencia con lo estipulado en 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)”, el concepto de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) 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. Su surgimiento se da en el contexto de la epidemia del VIH y

sida, en la cual históricamente se había hablado de hombres homosexuales y hombres bisexuales; sin embargo, se identificó que dichas categorías dejaban por fuera a un grupo de hombres que no se consideran ni homosexuales ni bisexuales pero que sí mantienen relaciones sexuales (sea sistemática o esporádicamente) con otros hombres. Por lo tanto, este concepto pretende agrupar a cualquier hombre que, independientemente de su orientación sexual, ha mantenido o mantiene prácticas sexuales con otros hombres (Ministerio de Salud, 2016).

Es decir, este concepto incluye tanto a hombres gays, hombres bisexuales, pansexuales y cualquier otro hombre que mantenga prácticas sexuales con otros hombres.

El segmento de este grupo que mayores desafíos representa, en términos de captación y alcance, es el de los hombres cuya orientación sexual es heterosexual y que mantienen, frecuente o esporádicamente prácticas sexuales con otros hombres pero que no hablan tan fácilmente sobre estas prácticas, debido al estigma y discriminación socialmente asociados a cualquier práctica entre personas del mismo género.

6.2.1 Características sociodemográficas

Mediante la “Encuesta de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS y estimación del tamaño de poblaciones clave: mujeres trans, HSH y mujeres trabajadoras sexuales de la Gran Área Metropolitana” realizada en el 2017 se estimó que el tamaño de la población de HSH en el GAM es de 10,127 (IC 95%: 8,410-12,725).

La mayoría de la población de HSH identificada está en los grupos de edad entre 18 y 34 años. Y, en esta población, el nivel de escolaridad es mucho mayor, pues casi un 60% tiene estudios universitarios.

6.2.2 Inicio de relaciones sexuales

La mayoría de HSH iniciaron sus relaciones sexuales entre los 15 y los 18 años, aunque un 20% inició antes de los 15 años. La mayor parte de ellos tuvo su primera relación sexual con un hombre y más de la mitad utilizó condón en esa primera relación sexual anal.

6.2.3 Parejas estables y ocasionales

Más del 56% de los HSH reportan haber tenido una pareja estable en los últimos 12 meses. La mayoría de quienes tienen pareja reportan que esta es homosexual, bisexual o pansexual.

Entre las prácticas sexuales que se tienen con la pareja estable, la mayoría de HSH reporta que practican tanto sexo insertivo como receptivo.

La mayoría de estos hombres reporta un uso inconsistente del condón con la pareja estable. La razón por la cual dicen no utilizarlo es porque hay confianza.

En cuanto a parejas ocasionales, más de la mitad de los HSH reporta haber tenido más de 2 parejas ocasionales en los últimos 12 meses, y con ellas también se presenta un uso inconsistente del condón.

6.2.4 Actividad sexual remunerada

Sólo el 3.2% de los HSH encuestados reportaron haber recibido dinero a cambio de tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses. La mayoría inició en el trabajo sexual después de los 18 años de edad, aunque también se reportan casos de explotación sexual comercial pues son personas que tuvo actividad sexual remunerada antes de los 15 e incluso antes de los 12 años.

La mayoría de ellos reporta que sus clientes son sólo hombres, aunque también algunos reportan tener clientes tanto hombres como mujeres, con quienes se contactan mayoritariamente por internet y a través de chats. Las prácticas sexuales más frecuentes con sus clientes son el sexo anal y el sexo oral.

El uso consistente de condón con clientes es alto (70%), sin embargo, aún hay trabajo por hacer.

6.2.5 Uso de alcohol y drogas

Con respecto al uso de alcohol y drogas ilícitas, 58.8% de los HSH encuestados declararon haber consumido bebidas alcohólicas de uno a cinco días en los últimos 30 días, 53.8% dijeron haber consumido drogas ilícitas alguna vez en la vida y 39.9% en los últimos 12 meses. El 94.1% de quienes dijeron haber usado drogas ilícitas en el último mes fumaban marihuana; 22.4%, habían inhalado cocaína; 22.2% habían inhalado Popper; 11.9%, habían consumido éxtasis y 5.5% fumaron crack y el 32.9% dijeron que habían usado drogas ilícitas más de 10 veces en los últimos 30 días, cuatro participantes dijeron haberse inyectado drogas alguna vez en la vida, pero ninguno en los últimos 12 meses.

6.2.6 Acceso a condones y lubricantes

La mayoría de los encuestados de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, la mayoría sabía dónde conseguir un condón (96.3%) y los lugares donde los conseguían principalmente fueron supermercados (87.9%), farmacia (81.9%), unidad de salud (37.7%) y tienda (35.7%). La mayoría de los participantes dijeron que conseguir un condón era fácil (57.7%) y muy fácil (36.1%) y la principal razón de uso fue para prevención del VIH e ITS (91.9%) y las principales razones para no usar condón fueron: cuando tiene relaciones con una pareja estable (54.2%) y cuando tiene relaciones sexuales orales (48.1%). El 23.9% de los participantes declaró que ha recibido condones gratuitamente de la CCSS, 23.9% de familiares y amigos y 21.8% de ONG. Sin embargo, la mayoría (87.9%) compra condones en supermercados y en farmacias (81.9%).

El 87.5% de los participantes dijo haber usado lubricantes, 46.6% lo usó en los últimos 12 meses y 84.1% usó lubricantes a base de agua y 34.8% usó saliva.

6.2.7 Pruebas voluntarias de VIH

Con relación a la prueba diagnóstica de VIH, 38.8% de los participantes de la encuesta dijeron habérsela hecho en los últimos 12 meses de estos, 98.3% conocían sus resultados, 61.5% dijeron que no se habían hecho la prueba antes y 20.4% se la habían hecho de uno a seis meses. En el tema de consejería, 45.9% dijeron que no le ofrecieron este servicio cuando se realizó la prueba, a 27.8% le ofrecieron consejería previa a la prueba y a 10.6% al recibir los resultados de la prueba, a 14.8% antes y después de la prueba de VIH. Los lugares reportados por los participantes donde se hicieron la prueba del VIH fueron principalmente los servicios de salud de la CCSS (51.5%) y 36.3% en los servicios privados de salud.

6.2.8 Conocimientos sobre VIH

Los porcentajes de conocimientos de la mayoría de las variables reportadas fue alta en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: 92.9% dijo que una persona que se ve saludable puede estar infectada con VIH, 87.5% declaró que una persona no se puede infectar con el VIH compartiendo alimentos con una persona que está infectada y 82.6% que una mujer embarazada con el VIH puede transmitirlo a su hijo o hija. Con relación al índice de conocimientos, 42.5% de los participantes contestaron correctamente sobre las medidas de prevención y transmisión del VIH.

6.2.9 Estigma y discriminación

Del total de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, 24.2% declaró haber sido abusado o maltratado por su orientación sexual o su identidad de género, 28.6% había sido rechazado por su familia, 7.7% había sufrido algún maltrato en los servicios de salud y 16.7% consideró necesario ocultar su orientación sexual o su identidad de género cuando asistió a dichos servicios. El 33.2% de los participantes consideró necesario ocultar su orientación sexual o identidad de género cuando buscó trabajo. Sólo 8.2% dijo haber denunciado algún hecho de discriminación, aunque 90.8% dijo contar con alguien que lo apoye en caso de tener una emergencia o problema personal.

VII. INTERVENCIONES

En este capítulo se presentan, según el modelo de servicios diferenciados, las estrategias e intervenciones que se desarrollan con las mujeres trans y los HSH para su identificación y movilización, para su tamizaje y otras intervenciones, así como para su vinculación con los servicios de salud.

7.1 IDENTIFICACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE LAS POBLACIONES

La identificación de las poblaciones clave es esencial, para dirigir los recursos a quienes realmente lo necesitan. Es decir, para orientar las intervenciones a aquellas poblaciones en las cuales el país tiene evidencia sobre la concentración de la epidemia del VIH.

A continuación, se describen las estrategias que hasta ahora han puesto en práctica las organizaciones de sociedad civil, para lograr identificar y lograr la atención de cada una de las poblaciones, y las cuales han resultado efectivas.

Se presentan de manera diferenciada para cada una de las poblaciones.

7.1.1 Mujeres Trans

Tal como se describió en una sección anterior, las mujeres trans son una población que ha sido altamente discriminada y excluida en nuestra sociedad. Es por esta razón que, su red de apoyo, cuando se tiene, está compuesta mayoritariamente por otras mujeres trans, quienes se unen y protegen entre sí. Por esta razón, la principal forma de identificar a las mujeres trans, es por medio de otras mujeres trans que les conocen y que han formado en conjunto con ellas una familia.

Adicionalmente, debido a la exclusión, muchas de ellas ejercen o han ejercido el trabajo sexual y en este ámbito, la red de contactos y protección se vuelve aún más importante. Por estas razones, las principales formas de identificar a las mujeres trans son la red de contactos personales y los espacios de actividades sexuales remuneradas, además de otras que serán descritas más adelante.

Espacios de actividades sexuales remuneradas

Muchas de las educadoras/formadoras de las organizaciones, estuvieron o están vinculadas a actividades sexuales remuneradas, por tanto están familiarizadas con las dinámicas y son aceptadas en el medio. Esto permite que conozcan a la mayoría de las mujeres que se encuentran actualmente en estas dinámicas o que lo hicieron en el

pasado, entiendan sus necesidades y sepan cómo relacionarse con ellas, para acercarlas a las organizaciones, para ofrecerles servicios de prevención del VIH y otros más.

Entre estos espacios podemos encontrar: a) el Parque Morazán y unas cinco cuadras alrededor, b) la Clínica Bíblica y unas cuatro cuadras alrededor, c) el MOPT y sus alrededores, d) el centro de ciudades como Alajuela, Heredia y Cartago. Mientras que, en la provincia de Puntarenas, podemos encontrar zonas como Jacó, Quepos y el cantón central de Puntarenas: a) el Puente de las Tres Vías, b) el puente por la subasta ganadera, c) el cruce de Barranca, por la interamericana.

Redes de contacto

Entre las mismas mujeres trans se refieren para asistir a los servicios de las organizaciones o para que las educadoras/formadoras las busquen y las aborden. Algunas de ellas tienen relaciones sexuales remuneradas, otras no, en cualquier caso, es frecuente que se conozcan entre sí, por lo menos por referencia.

Las mujeres trans, que vienen del extranjero, entran a esta red de contactos de diferentes maneras, una de esas es el contacto entre organizaciones de su país de origen y las organizaciones de Costa Rica, en este caso, se ponen de acuerdo para asesorarle antes de que venga al país y cuando viene, alguna persona de la organización le apoya. Otra forma de contacto, es por medio de las redes sociales, ya sea, identificando a otras mujeres trans, o a las organizaciones de nuestro país, para informarse y coordinar lo mejor posible su llegada y permanencia. Finalmente, existen las mujeres que llegan al país sin conocer nada ni a nadie, en estos casos, consultan a las personas, donde se realiza actividad sexual remunerada, consulta a las mujeres trans si puede compartir el espacio físico y con estas mujeres empieza a coordinar aspectos de vivienda, alimentación, costos de la actividad sexual y otros.

Redes sociales para el comercio sexual

Algunas mujeres trans no ofrecen relaciones sexuales remuneradas en las calles, sino que captan sus clientes por whatsapp y/o facebook. Las formadoras/educadoras también utilizan estas redes para identificarlas.

Centros penitenciarios

Las organizaciones se han encargado de identificar los centros penitenciarios en los cuales se encuentran mujeres trans y han iniciado una labor de coordinación institucional, así como de acercamiento a la población para ofrecer los servicios de las organizaciones. Son espacios muy importantes para abordar la población, pues a lo interno de estos centros también son muchas veces víctimas de múltiples discriminaciones y están expuestas a riesgos muy importantes.

7.1.2 Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

Para identificar la población de HSH, las organizaciones utilizan varias estrategias de manera simultánea. Puede ser de manera virtual, utilizando diversas redes sociales, o en espacios de socialización, espacios de ligue, centros de estudio o de rehabilitación para el

consumo de drogas. Dependiendo de la estrategia que se utilice, se desarrollan diferentes métodos para informar y atraer a la población, tal como se describe a continuación.

Redes sociales

- a. **Correo electrónico:** este medio se utiliza de dos formas. Una de ellas es cuando se realiza una actividad en una institución educativa, centro de rehabilitación o similar y se envían mensajes masivos a la población, para promover una actividad de prevención en una fecha y horario específicos, en los cuales se va a contar con la presencia de la organización en el centro o institución respectiva. Ya que este medio va dirigido a toda la población estudiantil del centro, se promueve como una jornada o espacio de salud solo para hombres, en el cual se realizarán pruebas de VIH y se brindará consejería en salud sexual. No se especifica la población, con el fin de evitar la estigmatización, sin embargo, durante la consejería pre-prueba, se profundiza en las prácticas sexuales, para verificar que se esté atendiendo a la población HSH. Por lo general, la mayoría sí es de la población y en caso de que no lo sea, se varía la intervención, lo cual se explica más adelante en la descripción de la pre-consejería. Otra forma de uso del correo electrónico, es el envío de invitaciones de diversas actividades de prevención a personas que ya se han acercado a las organizaciones y por tanto éstas cuentan con sus datos.
- b. **Facebook:** se utilizan los perfiles de las organizaciones. Por lo general, la población que les sigue es LGTBI, HSH, personas con VIH o que conocen del tema, por tanto es esperable que el mensaje llegue a la población objetivo. Debido a estas características, la promoción puede ser clara, con respecto a la población a la que están dirigidas las actividades. Se envían los anuncios días antes, se comentan y se conversa con los hombres que escriben, para que se acerquen a las actividades. También se pueden usar los perfiles de las instituciones o centros en los cuales se realizan las actividades. En estos casos, como son perfiles dirigidos a población general, las actividades se promueven como jornadas o espacios de salud solo para hombres, donde se realizarán pruebas de VIH y se brindará consejería en salud sexual. Al igual que cuando se utiliza el correo electrónico, la verificación de la población, se realiza en la consejería pre-prueba.
- c. **Grupos de ligue de whatsapp:** existe gran variedad de ellos, unos se especializan en realización de actividades sociales nocturnas, paseos o similares; otros informan acerca de lugares donde se realizan prácticas sexuales entre hombres, se ponen de acuerdo para visitar saunas, parques o cines, en determinadas horas y días. En estos últimos, se comparten fotos y videos pornográficos durante todo el día, pueden ser de ellos mismos, o de otras personas, de manera solitaria, en parejas o en grupos, en algunas ocasiones son de fiestas a las que asisten como voyeristas. Estos grupos, están compuestos por un promedio de 200 personas, las cuales constantemente entran y salen.
El ingreso de las organizaciones en estos grupos, es con un perfil a nombre de uno de los educadores o incluso de la organización. La participación puede ser con comentarios informativos acerca de las actividades a realizarse o acerca del tema de prevención del VIH y otras ITS, sin embargo, debe hacerse con precaución para lograr permanecer en los grupos sin ser expulsados. Su principal rol es mantenerse alertas para identificar espacios donde se realizan prácticas sexuales de riesgo entre

hombres y el tipo de dinámica social e interactiva. Con esta información, las organizaciones pueden intervenir con actividades de prevención.

- d. **Aplicaciones de ligue para HSH:** las organizaciones tienen perfiles en las diferentes aplicaciones como grinder u otras. En el momento que están realizando las actividades, abren la aplicación y comienzan a invitar a las personas que también están activas, en los alrededores.

Redes de contacto entre HSH

La referencia entre HSH es esencial en Puntarenas centro, ya que sigue siendo un territorio bastante conservador y por tanto su exposición no es abierta como en el Gran Área Metropolitana (GAM), donde se pueden identificar espacios de socialización y de encuentro para realizar prácticas sexuales. Por medio de estas redes, los hombres refieren a sus amistades para que vayan a la organización o para que las educadoras le contacten y le brinden los servicios. También pueden ponerse de acuerdo para recibir a la educadora en pequeños grupos de amigos.

Centros de estudio

Dentro de los cuales se destacan universidades públicas, privadas, colegios nocturnos, centros de estudios parauniversitarios o técnicos.

Se coordina con una o varias personas contacto de los centros de estudio, que son quienes conocen mejor a la población y pueden informar acerca de sus dinámicas y prácticas sexuales. Estas personas pueden ser funcionarias de los centros, como por ejemplo profesionales de psicología, trabajo social u otros cargos, que pertenecen a áreas encargadas del bienestar y mejoramiento de la calidad de vida estudiantil. También pueden ser estudiantes de asociaciones de diferentes profesiones o de grupos de diversidad.

Cuando se hace este contacto, siempre es importante visitar el centro educativo, observar las dinámicas de la comunidad a la que se va a intervenir y conversar amplia y abiertamente con las personas contacto. El principal objetivo es conocer si la identificación de la población se está realizando con fundamentos reales o basada en estereotipos y estigmas. Si se identifican situaciones reales, como que la población vive abiertamente su orientación sexual; que se cuenta con contactos estratégicos que forman parte de la población y pueden promover la actividad entre sus redes; o que, como parte de su trabajo en el centro, ya han atendido casos que les ha permitido conocer las prácticas sexuales entre hombres; entonces se procede a realizar las coordinaciones.

Los lugares, días y horarios, deben ser definidos según los intereses y características de la población, cuidando siempre, que éstos no sean estigmatizantes y con los cuales la población se sienta cómoda.

La divulgación que realizan las organizaciones, se hace en redes sociales, como se describió anteriormente. Por parte de los centros educativos, las personas funcionarias, envían correos generales, promoviendo la actividad para hombres y el día de la actividad van a las aulas a recordar la información. Además, realizan invitaciones directas a población que ya tienen identificada. En el caso de los grupos estudiantiles, utilizan redes sociales, correo electrónico e invitaciones directas. Existen centros educativos,

donde la población está sensibilizada, por tanto, se pueden divulgar las actividades abiertamente, indicando que son para HSH.

Espacios de socialización

- a. Bares, clubes, discotecas: en el GAM y en especial en San José centro, se ha identificado gran variedad de lugares a los que asisten los HSH con fines recreativos nocturnos, en los cuales es sencillo identificarles ya que, manifiestan abiertamente sus prácticas sexuales.
En algunos bares asisten hombres que no se identifican como gays, mantienen relaciones públicas heterosexuales, con parejas estables u ocasionales, pero en estos bares, se sienten seguros para expresar que también tienen sexo con hombres.
En el caso de Puntarenas, el lugar donde se vive la orientación sexual de forma abierta, para algunos grupos, es Manuel Antonio. Se pueden encontrar bares, discotecas, actividades específicas e incluso lugares públicos, en los cuales se reúnen los HSH.
- b. Saunas, videos, cafés internet: son lugares abiertos, incluso durante el día, en los cuales se ofrecen espacios para realizar prácticas sexuales. Son exclusivos para hombres, muy ocasionalmente ingresa una mujer y si lo hace, debe estar acompañada de un hombre.
- c. Fiestas privadas: son convocadas específicamente para tener sexo de manera grupal, en ocasiones se permite el voyerismo como un elemento de estimulación sexual, mientras que, en otras, más bien se prohíbe. Pueden ser organizadas por bares, grupos de whatsapp, grupos de amigos u otros. En ocasiones asisten personas de las organizaciones con el fin de brindar información y especialmente proporcionar condones y lubricantes.
- d. Actividades artísticas y culturales: son actividades realizadas por la comunidad LGBTI y en ocasiones dirigidas a esta comunidad.
- e. Parques: especialmente el Parque Metropolitano La Sabana y el Parque Nacional, son conocidos como espacios en los cuales se practica sexo al aire libre. Existen otros parques y espacios públicos, en los cuales, también se tienen prácticas sexuales entre hombres, sin embargo, no mantienen esta dinámica permanentemente.
- f. Gimnasios: por su ubicación, servicios u otras características, atraen a población HSH, la cual se siente cómoda y aprovecha el espacio para socializar y en ocasiones para realizar sus prácticas sexuales.
- g. Salas de belleza: algunas son exclusivas para hombres, otras son para público general, sin embargo, mucha de su clientela es de HSH.

Actividad sexual remunerada

Los hombres que ofrecen servicios sexuales remunerados, a otros hombres, lo hacen por lo general en saunas, salas de masajes, videos, bares y parques como La Sabana, el parque Nacional o el parque Central. También ofrecen sus servicios por redes sociales como

Facebook, whatsapp, páginas web, y en ocasiones utilizan las redes de ligue para buscar clientes.

En los saunas, salas de masajes y parques, se ha identificado que la población es altamente cambiante, es difícil encontrar a las mismas personas, cuando se revisitan estos lugares. En el caso de los bares y videos, no se ofrecen los servicios sexuales de manera abierta, las organizaciones conocen de su existencia, por referencia de otros usuarios, que han sido clientes o de algunos usuarios que comentan haber cobrado.

En las redes sociales, existen espacios muy explícitos, en los cuales se promocionan abiertamente los servicios sexuales remunerados. Sin embargo, hay otros, como las redes de ligue o grupos de whatsapp, cuyo objetivo no es ese, por tanto, el ofrecimiento de estos servicios, se hace de maneras muy discretas.

Hay otros hombres que asisten a los tamizajes que ofrecen las organizaciones, en sus propias instalaciones, porque ya reconocen las organizaciones. Algunos de ellos, expresan abiertamente que realizan servicios sexuales remunerados, mientras que, la mayoría no lo hace. Las organizaciones han ido identificando este perfil, tomando en cuenta indicadores como que, llegan sistemáticamente a realizarse la prueba, reportan gran cantidad de encuentros sexuales, con personas desconocidas, afirman tener trabajo y que éste es flexible, pero evitan decir cuál es.

Centros penitenciarios

En los centros penitenciarios de hombres también es sabido que se dan prácticas sexuales entre los hombres privados de libertad, por lo que es un espacio de importante intervención para HSH. En ocasiones estas prácticas se realizan a cambio de dinero, bienes, favores o incluso protección. Se realizan principalmente entre privados de libertad, pero también con los oficiales de seguridad. El desafío de trabajar con HSH en este espacio es aún mayor, sobre todo por la clandestinidad con que se viven este tipo de prácticas sexuales.

Centros de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas

Debido a la pérdida de habilidades de decisión y autoprotección, de las personas que se encuentran bajo los efectos de sustancias psicoactivas, es común la realización de prácticas sexuales riesgosas. Adicionalmente, si la persona no cuenta con medios económicos para acceder a estas sustancias, es común que se realicen prácticas sexuales remuneradas para obtener dinero o directamente la sustancia. Estas prácticas sexuales, no se realizan en condiciones de igualdad, sino, por el contrario, en contextos de alta vulnerabilidad.

A modo de síntesis, se puede mencionar que, en los centros de estudio, espacios de socialización, centros penitenciario o centros de rehabilitación, no siempre se cuenta con las condiciones requeridas. Puede ser por la presencia de estigma, discriminación y desinformación en las jerarquías, mandos medios o personas de base en estas instancias. Las organizaciones sociales se enfrentan entonces a retos diversos, dependiendo de las características de las barreras de acceso. En algunos casos, basta con informar a las personas encargadas en un solo encuentro; en otros casos, es necesario desarrollar procesos de sensibilización y educación, en varios encuentros, con motivos y estrategias diversas. Sin embargo, hay momentos, en los que se debe recurrir a buscar otros contactos en las mismas instancias.

La falta de condiciones, no siempre se relaciona con falta de sensibilización, sino con condiciones físicas o disponibilidad de horarios. Incluso, puede deberse a falta de interés de la población, ya sea porque no se asume como HSH, porque no identifican el riesgo, no se identificaron con la convocatoria u otros.

En general, las organizaciones sociales ponen en práctica diferentes estrategias, para que la población captada por diferentes medios se sienta atraída para llegar a sus oficinas. Por ejemplo, ofrecen atenderles en horarios flexibles, ofrecen referencias a servicios como cursos técnicos y/o académicos, talleres, foros o conferencias en diferentes temas, incluso actividades recreativas. El objetivo es fortalecer a las organizaciones como espacios accesibles y seguros, para que las poblaciones puedan crear comunidad y un lazo con la organización. Con ello se espera a largo plazo, que las poblaciones se fortalezcan como colectivos sociales que identifican necesidades y se movilizan para resolverlas. En este sentido, es importante que la organización cree estrategias y brinde espacios para que la población pueda reflexionar, proponer y accionar de maneras cada vez más creativas, amplias e incluso que vayan más allá de las organizaciones.

Con respecto a este tema, las organizaciones se encuentran en diferentes etapas. Algunas ya han iniciado este proceso, pero necesitan fortalecerlo; otras han logrado atraer a la población, pero no de manera consistente o para lograr que conformen comunidad y; en otros casos, se está muy cerca de cumplir el objetivo, pero se deben replantear estrategias para atender a las nuevas necesidades de la población. Para ello, las organizaciones deben analizar las características de su población, identificar actividades, temas, servicios u otros aspectos, que les permita acercarse a ellos de una forma más integral y no solo desde la salud sexual.

Un reto más en este sentido, es que, no basta con identificar a la población de mujeres trans y de HSH, sino que también a lo interno de estos grupos, se debe identificar a quienes presentan mayor vulnerabilidad para contraer la infección. Pueden existir diferentes barreras que generen esta vulnerabilidad, como la falta de información científica y veraz que esté disponible, los medios tecnológicos y estrategias comunicativas para difundir la información, la poca percepción de riesgo de la población clave, los elementos ideológicos estigmatizantes y otras más. Lo cierto es que, para cada población, e incluso, para cada subgrupo, dentro de las poblaciones clave, las barreras son distintas y la mezcla de ellas también varía.

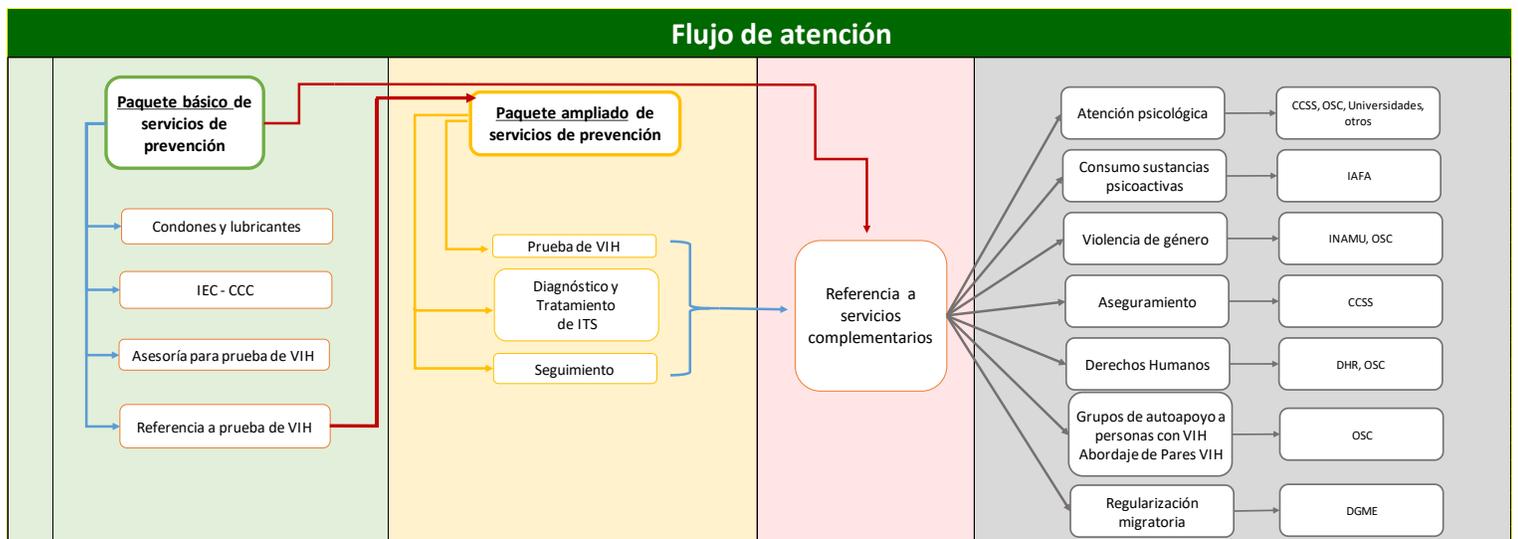
A manera de resumen, la siguiente Tabla, sintetiza las principales estrategias de identificación y movilización de las dos poblaciones clave.

📍 Identificación y Movilización

	<i>Mujeres trans</i>	<i>Hombres que tienen sexo con hombres</i>
1 CUÁNDO	<ul style="list-style-type: none"> En horarios en que se realiza la actividad sexual remunerada (noches y madrugadas) Horario de atención de las organizaciones de mujeres trans (tarde y noche) Visitas programadas a centros penitenciarios u otros espacios identificados 	<ul style="list-style-type: none"> En horarios en que se realiza la actividad sexual remunerada (noches y madrugadas) En horarios diurnos y vespertinos en centros de estudio, centros penitenciarios y centros de rehabilitación En horario nocturno para centros de socialización como bares y clubes Visitas programadas, en horarios a convenir con los lugares identificados
DÓNDE	<ul style="list-style-type: none"> Lugares donde se realiza la actividad sexual remunerada (parques, calles, etc) Redes de contacto Redes sociales Centros penitenciarios 	<ul style="list-style-type: none"> Redes sociales Redes de contactos Centros de estudio Espacios de socialización Lugares donde se realiza la actividad sexual remunerada (parques, calles, saunas, etc) Centros de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas
QUIÉN	<ul style="list-style-type: none"> Organizaciones de sociedad civil de mujeres trans, en las cuales hay educadoras que son mujeres trans también (trabajo de pares) 	<ul style="list-style-type: none"> Organizaciones de sociedad civil de HSH o que trabajen con HSH, en las cuales hay educadores pares HSH
QUÉ	<ul style="list-style-type: none"> Para entrega de información sobre VIH e ITS Condomes Lubricantes Referencia a la prueba de VIH Detección y atención de ITS Otros servicios de apoyo complementarios (violencia, pobreza, regularización migratoria, cedula, aseguramiento, entre otros) 	<ul style="list-style-type: none"> Para entrega de información sobre VIH e ITS Condomes Lubricantes Referencia a la prueba de VIH Detección y atención de ITS Otros servicios de apoyo complementarios (violencia, pobreza, regularización migratoria, cedula, aseguramiento, entre otros)

7.2 METODOLOGÍAS DE ABORDAJE

En Costa Rica, la implementación de la EPC y las metodologías IEC y CCC se concreta en actividades de prevención que inician con la identificación y movilización de la población a través de medios presenciales y la utilización de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) tal como se detalló en una sección anterior. Además, con un factor muy importante que es la empatía. Las personas deben ser atendidas con calidez, practicando la escucha atenta, asegurando la confidencialidad y entendiendo que son seres humanos integrales. Es decir, comprendiendo que estas personas se acercan o acceden a revisar su salud sexual y específicamente su situación de VIH u otras ITS, pero todo esto forma parte de un ser humano complejo. Una vez que las personas acceden a recibir los servicios de prevención del VIH, se llevan a cabo diferentes actividades, las cuales se muestran en el siguiente gráfico y se explican a continuación.



7.2.1 Paquete básico de servicios de prevención

Este es un abordaje corto, estratégico, realizado por las organizaciones de sociedad civil que trabajan con las poblaciones clave donde lo principal es, posicionar el tema del VIH y que la persona se entere de lo que se está haciendo en el país en este sentido. Es una educación de persona a persona (cara a cara) o en pequeños grupos (alrededor de 5 personas), donde se brinda información acerca del VIH, principalmente formas de transmisión (mitos y realidades). Se promueve el uso del condón con lubricante y la prueba de VIH como factores preventivos.

Se extiende por períodos cortos, de entre 15 y 20 minutos. El objetivo es brindar información estratégica, lo cual significa, presentarse, y a continuación, proporcionar un elemento de

enganche, como lo es la entrega de condones y lubricantes, así como el ofrecimiento de la prueba. Estos elementos crean curiosidad y despiertan en la población, interés por el tema. Por esta razón, lo más importante en esos abordajes, es posicionar el tema y que lo relacionen con una organización a la cual se puede buscar, para conseguir servicios de apoyo y mayor información.

En este tipo de abordaje, se entregan condones, lubricantes e información escrita, junto con la información verbal y en ocasiones se utilizan videos u otras herramientas. También se refiere a la persona, de manera verbal, para que busque realizarse la prueba de VIH, ya sea en la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), en un laboratorio privado o de otro modo.

El paquete básico, para las mujeres trans, se realiza principalmente en los sitios donde se ofrecen relaciones sexuales remuneradas, tanto en el Gran Área Metropolitana, como en Puntarenas. En principio, es una estrategia de acercamiento a la población para conocerle y comenzar a acercarla a las organizaciones. En vista de que esta es una población muy bien identificada y a la cual acceden tres o más veces por semestre, el paquete de abordaje básico, se realiza varias veces, lo cual permite un acercamiento progresivo, que va creando confianza.

En el caso de los HSH, se realiza principalmente en espacios de socialización, centros de estudio y en las organizaciones. Por lo general, se realiza cuando se atiende mucha población en períodos de tiempo cortos, o cuando no se cuenta con espacios que brinden privacidad y comodidad para otro tipo de intervención más a profundidad. Suelen haber momentos, donde se realiza el paquete básico en pequeños grupos e incluso, que se realizan cuando la población va llegando por oleadas, ya que esto agiliza el proceso.

El paquete básico también puede desarrollarse mediante la modalidad de charla, la cual permite ampliar y/o profundizar la información e incorporar elementos de concientización. Se utiliza cuando se cuenta con grupos de alrededor de 10 personas o más. La información que se brinda es acerca de generalidades del VIH y sida, el uso correcto y consistente del condón junto con lubricante a base de agua, la prueba de VIH y los medicamentos antiretrovirales; mientras que la concientización se centra más en mitos y realidades de la transmisión del VIH, las conductas de riesgo y conductas protectoras. Se utiliza la conversación, material impreso y en ocasiones videos.

La charla, es una modalidad menos utilizada en el caso de las mujeres trans. En la población HSH esta modalidad es muy frecuente, especialmente en centros de estudio, donde se capta a grupos grandes de hombres, en períodos de tiempo concentrados. Pueden ser varias charlas de grupos pequeños (alrededor de 10 personas), que se realizan cuando la población va llegando por oleadas; o una sola charla programada a una hora específica, de grupos entre 20 y 40 hombres. Por lo general, las charlas tienen una duración de 30 a 60 minutos. Es utilizada en los centros penitenciarios tanto para HSH, como para mujeres trans.

A continuación, un cuadro resumen de las diversas estrategias para realizar el paquete básico de servicios.

Paquete básico de servicios de prevención de VIH e ITS

	<i>Mujeres trans</i>		<i>Hombres que tienen sexo con hombres</i>	
ESTRATEGIA	Abordaje cara a cara	Charla	Abordaje cara a cara	Charla
△ OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> Promover un primer acercamiento de las poblaciones clave con las organizaciones que trabajan en VIH, así como un primer acercamiento con información sobre cómo prevenir el VIH y otras ITS y la importancia de hacerse la prueba de VIH y otras ITS 			
1 DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Entre 15 y 20 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> Entre 30 y 60 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> Entre 15 y 20 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> Entre 30 y 60 minutos
📍 DÓNDE	<ul style="list-style-type: none"> Lugares donde se realiza la actividad sexual remunerada (parques, calles, etc) 	<ul style="list-style-type: none"> Centros penitenciarios 	<ul style="list-style-type: none"> Espacios de socialización Lugares donde se realiza la actividad sexual remunerada (parques, calles, saunas, etc) 	<ul style="list-style-type: none"> Centros de estudio Centros de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas Centros penitenciarios
👤 QUIÉN	<ul style="list-style-type: none"> Educadoras pares 		<ul style="list-style-type: none"> Educadores pares o personal de las organizaciones que, aunque no sea par, cuenta con las competencias para hacerlo 	
📌 QUÉ	<ul style="list-style-type: none"> Información básica acerca del VIH, principalmente formas de transmisión (mitos y realidades), incluyendo información sobre la prueba de VIH Información sobre el uso correcto de condones y lubricantes, y entrega de los mismos 			

Condones y lubricantes

Parte fundamental del paquete básico es la entrega de condones y lubricantes a las poblaciones clave, pues estos son insumos muy importantes para la prevención del VIH y otras ITS. De hecho, parte fundamental de la educación para el cambio de comportamiento está orientada a la concientización sobre el uso correcto y consistente del condón, incluyendo la utilización de lubricante a base de agua.

Los condones que se distribuyen a estas poblaciones son condones extra-fuertes, los cuales resisten de mejor forma para prácticas de alto riesgo como el sexo anal. Sin embargo, si en determinado momento no se cuenta con este tipo de condones, también pueden distribuirse condones regulares, los cuales, con la adecuada lubricación y utilización, son funcionales también.

Ahora bien, la cantidad de condones a entregar por persona depende de diversas variables que se detallan a continuación, las cuales permiten que la persona educadora haga una valoración de riesgo y a partir de dicha valoración, haga la entrega de condones que considera mejor para cada persona en particular:

- Contexto social y cultural: las poblaciones clave no son homogéneas sino que, al interior de los grupos existen diferencias que dependen también de subculturas y de contextos. Por ejemplo, en espacios rurales tiende a haber mayor discriminación y por lo tanto, mayor clandestinidad. Por ello, las personas tienden a rechazar cualquier elemento que pudiera hacerles visibles ante otras personas, como podría ser la entrega de un paquete grande de condones y lubricantes.
- Espacio y condiciones: dependiendo del espacio y las condiciones en las cuales se realiza el abordaje, la persona podría no tener condiciones para recibir una cantidad grande de condones. Por ejemplo, en un bar es probable que la persona no tenga dónde guardar ni quiera cargar muchos condones.
- Nivel de concientización: también dependiendo del nivel de concientización de la persona, ésta buscará y solicitará más o menos condones. En este sentido, lo importante es trabajar de manera continua con cada persona para que incorpore el uso de los condones en todas sus prácticas sexuales.
- Prácticas particulares: según las prácticas sexuales y la frecuencia de las relaciones sexuales de cada persona así será su necesidad de condones. Por ejemplo, alguien que se dedica a actividades sexuales remuneradas, probablemente necesite más condones que otras personas.
- Periodicidad de los abordajes: la cantidad de condones por entregar también dependerá de la frecuencia con la cual se realicen estos abordajes, de forma tal que si se prevé entregarle en un solo abordaje a la persona la cantidad de condones que puede utilizar en un mes es diferente a si se le entregan para una semana, o si bien se conoce que la persona podrá tener acceso a condones por medio de otras fuentes.

Considerando todo lo anterior, a continuación, se brindan algunas cantidades recomendadas según población, las cuales constituyen una referencia de cantidades mínimas, que pueden y deben ser adaptadas según condiciones y necesidades específicas. Por tratarse de poblaciones clave, se está calculando que por cada encuentro sexual se debería estar utilizando en promedio 3 condones (uno para sexo oral, uno para sexo anal y otro en caso de alguna otra práctica sexual o bien en caso de que alguno de los anteriores se rompa). Estos cálculos han surgido además de las experiencias de las organizaciones con las poblaciones sobre la cantidad de condones que aceptan en determinados espacios, así como un promedio de relaciones sexuales por mes.

<i>Población</i>	<i>Cantidad de condones a dispensar por mes</i>	<i>Cantidad de condones a dispensar en un abordaje en espacios de socialización y centros estudio</i>	<i>Cantidad de condones a dispensar en un abordaje en la organización</i>
HSH	21	6	12
HSH privado de libertad	21	NA	NA
HSH en actividades sexuales remuneradas	120	6	60
Mujer trans	90	9	21
Mujer trans privada de libertad	90	NA	NA
Mujer trans en actividades sexuales remuneradas	150	9	60

Cada condón entregado debe ir acompañado de un lubricante en presentación de sachet o bolsa individual. Por lo tanto, la cantidad de lubricantes que se entreguen debe ser igual a la cantidad de condones. Los lubricantes dispensados deben ser a base de agua.

Ya que la CCSS no cuenta aún con esta presentación de lubricantes, es necesario movilizar otras fuentes de financiamiento, por parte de las organizaciones para la compra de los mismos. A partir del 2019, los condones que se entreguen, serán de la CCSS, los cuales serán obtenidos por las organizaciones, a través de un convenio que firmarán con esta institución.

La entrega de condones y lubricantes, correspondiente al paquete básico, es una responsabilidad de las organizaciones, en tanto cuenten con las provisiones necesarias. Sin embargo, también es responsabilidad de la CCSS ofrecer estos insumos siempre en los servicios de salud a las poblaciones clave.

7.2.2 Paquete ampliado de servicios de prevención

Este paquete está compuesto por el paquete básico, la consejería pre-prueba, la referencia a la prueba, la realización de la prueba y una consejería post-prueba. Está pensado para ofrecer un servicio, en el cual se pueda informar y sensibilizar con mayor profundidad, que las personas se realicen la prueba y que conozcan su resultado. Este ciclo es importante porque implica información científica y veraz, acceso a prevención y el diagnóstico de VIH, que permite involucrar a las personas con VIH al sistema de salud.

Consejería pre-prueba

Está estructurada para llevarse a cabo antes de la realización de la prueba y tiene como objetivo educar a la persona en aspectos relacionados con el VIH (qué es y cómo actúa en el organismo, formas de transmisión, uso correcto y consistente del condón, junto con lubricante a base de agua); explicar en qué consiste la prueba de VIH y sus posibles resultados. Se busca indagar acerca de las prácticas sexuales, para identificar riesgos y educarle en prácticas seguras, así como preparar a la persona para la posibilidad de un resultado reactivo y uno no reactivo. Para tratar estos últimos aspectos, es importante contar con espacios físicos, que brinden condiciones de privacidad. Tiene una duración de 15 minutos aproximadamente.

Las organizaciones, están encargadas de realizar la consejería pre-prueba y al finalizar, firmar un acuerdo de confidencialidad y referir a la persona al servicio donde se realizará la prueba. Ahora bien, si la persona llega directamente al centro de salud, será el personal de salud, el encargado de realizar esta consejería.

Por lo general, en la población HSH, se desarrolla esta consejería, de uno a uno o primero con una charla y después en un espacio de uno a uno. La modalidad de uno a uno, significa que se realiza en un espacio privado, en el cual se encuentran solo la persona usuaria y la persona educadora, que es quien le explica toda la información acerca del VIH e indagar acerca de prácticas sexuales y prepara a la persona usuaria, para el resultado de la prueba. La otra opción es que, los aspectos más generales de la consejería, se trabajen en una *charla* como las descritas en el paquete básico y los aspectos personales, como lo son la indagación de prácticas sexuales y la preparación para recibir el resultado, se hagan en espacios de uno a uno. Esto se realiza cuando, hay gran cantidad de personas en una actividad o en centros penitenciarios, lo cual permite agilizar el proceso, al mismo tiempo que, se mantiene un espacio privado para aclarar dudas y tratar los temas personales.

En el caso de los HSH, cuando se ha promovido una actividad de salud sexual masculina, de modo general, la consejería pre-prueba es determinante, para verificar si la población es HSH. Esto se hace, esencialmente, a través de la indagación de las prácticas sexuales.

En el caso de las mujeres trans, el paquete ampliado usualmente es un proceso de varias conversaciones, en las cuales se proporciona información, se promueve la concientización acerca de la importancia de la prueba y también se busca el fortalecimiento para que accedan y reclamen sus derechos.

Este proceso se desarrolla utilizando varias estrategias. Una de ellas es, de manera individual, a través de whatsapp y/o llamadas telefónicas, otra estrategia es la utilización de whatsapp, pero en grupos, en los cuales se brinda información periódica acerca de VIH, otras ITS, acceso a servicios de salud, apoyo para regularización migratoria y cursos o talleres que ofrecen las organizaciones. De modo presencial, puede ser cuando las mujeres llegan a las organizaciones para asistir a algún servicio, para visitar o específicamente para buscar mayor información acerca del VIH, o durante la realización de los paquetes de abordaje básico, ya que es frecuente que encuentren a las mismas mujeres en sus diferentes visitas.

Teniendo en cuenta que, las organizaciones han puesto en práctica una o varias de las estrategias anteriores, éstas se cuentan como la parte informativa y de concientización de la consejería pre-prueba, la cual se completa, con una intervención previa a la referencia para la realización de la prueba. En esta intervención, se evalúa el manejo de información, se indaga acerca de las prácticas sexuales de riesgo y acerca de la preparación de las usuarias para recibir un resultado. En caso de identificar vacíos, se trabaja con las mujeres antes de realizarse la prueba.

En la población HSH, esta modalidad es menos frecuente, ya que tiende a ser más independiente para buscar información, pocas veces busca ayuda y no siempre es tan explícita para hablar de sus prácticas sexuales o síntomas de ITS, como sí lo son las mujeres trans. Adicionalmente, son pocos los hombres que desarrollan una relación cercana con las organizaciones. Por lo general les siguen en las redes sociales y así se mantienen pendientes de las actividades, pero no se acercan presencialmente a las organizaciones de manera diaria o semanal.

El seguimiento y el lograr que la persona pueda ser abordada nuevamente, es lo que eventualmente permitirá realizar con él o ella, el paquete ampliado de prevención. Este proceso no es sencillo, y es por eso que se calcula que aproximadamente a la mitad de la población a la que se le realiza el paquete básico, es a la que se alcanza nuevamente para realizar un paquete ampliado. En este sentido, vale la pena aclarar que toda persona que recibe el paquete ampliado de prevención ya ha participado de uno o varios abordajes de paquete básico previamente, o bien recibe el paquete básico en la misma actividad de paquete ampliado.

Referencia a la prueba de VIH y servicios de detección y atención de ITS

Las pruebas rápidas de VIH se realizan en los servicios de salud de la CCSS. Esto requiere entonces que, después de la consejería pre-prueba, se refiera a la persona (con su respectiva boleta) a un servicio de salud de la CCSS, para realizarse la prueba rápida de VIH y pruebas de otras ITS, lo cual es una responsabilidad de las organizaciones. En el caso de los centros penitenciarios, esta referencia se realiza en coordinación con los servicios de salud del mismo centro.

Contar con la prueba rápida de VIH en la CCSS, es un avance en cuanto a la sostenibilidad de la EPC, ya que implica que esta prueba se realice con recursos del Estado y que las clínicas reciban mayor cantidad de HSH y mujeres trans en sus servicios. En este contexto, el reto que tienen las organizaciones, es lograr que la población clave haga uso de los servicios de la CCSS, ya que se requiere más logística para acceder a una cita, la entrega del resultado requiere más de media hora (incluso días) y el espacio no es tan amigable como un lugar de socialización, su lugar de estudio o una de las organizaciones.

Por estas razones, es importante reforzar algunos aspectos en la consejería pre-prueba, para promover que la persona asista a su cita a la CCSS y terminen el proceso, hasta realizarse la prueba y conocer el resultado. Para ello, se recomienda apelar a argumentos como:

- El tipo de prácticas sexuales que realizan son riesgosas (percepción de riesgo).
- Cada persona es responsable de su propia salud, y en específico de su salud sexual
- Asistir a la CCSS a realizarse la prueba de VIH, tiene tres beneficios adicionales: contar con orientación médica en el tema; realizarse pruebas de otras ITS; si alguna de estas pruebas es reactiva o positiva, contar con acceso a tratamiento.
- Todo el servicio es gratuito, si hubiera que pagar, esto significaría un alto costo económico.
- Tiene acceso a todo el servicio de ITS, aun cuando no sea una persona asegurada.
- Se le orienta acerca de los pasos que debe seguir para acceder al servicio de ITS y si prefiere, se le puede proporcionar material que explica esta información.
- De requerir acompañamiento, las organizaciones pueden proporcionárselo, a través de la figura de las personas navegadoras.

Por otra parte, se están piloteando con la CCSS modalidades que permiten que, un equipo del centro de salud, se desplace a las instalaciones de una de las organizaciones para ofrecer ahí mismo las pruebas rápidas de VIH. Esta modalidad apenas está iniciando y su regularidad sería de al menos 1 vez al mes.

Si la persona llegara directamente a la Clínica, para realizarse la prueba de VIH y pruebas de otras ITS, es responsabilidad de la CCSS, realizar la referencia a lo interno de esta institución.

Realización de prueba de VIH

El diagnóstico de VIH se realiza según el algoritmo del sistema de salud en Costa Rica. En las clínicas de la CCSS se le realizará a la persona la prueba rápida de VIH y si esta es reactiva, la misma institución realizará la prueba confirmatoria. La CCSS se encarga de realizar la consejería post-prueba, para entregar los resultados de pruebas rápidas y confirmatorias de VIH, así como los de ITS.

También existe la posibilidad, de que la organización cuente con una donación o fondos, con los cuales pueda pagar los servicios de un laboratorio privado y realizar, a través de éste, las pruebas rápidas. En este caso, la organización se encargaría de entregar los resultados de pruebas rápida y confirmatorias a las personas usuarias, mediante una consejería post-prueba. Además, se ofrece una referencia a las clínicas de la CCSS, para la realización de pruebas de otras ITS. Si el resultado es reactivo, habría que buscar continuar con el algoritmo hasta confirmar el diagnóstico.

Se están piloteando experiencias en las cuales equipos de salud de la CCSS se mueven a instalaciones de las organizaciones para aplicar pruebas ahí, como una estrategia extramuros, así como pilotear también el que las clínicas que cuentan con laboratorios con horarios vespertinos puedan también en ese horario realizar las pruebas de VIH.

En caso de que la prueba rápida, sea no reactiva, se recomienda repetirla en 6 meses en el caso de las poblaciones clave.

Tal como aparece en el Manual de Procedimientos para la Atención Integral en salud de los Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) y las personas trans femeninas de la CCSS (2018), la periodicidad de la prueba se establece, para estas poblaciones como mínimo cada 6 meses. Sin embargo, a partir de la valoración de riesgo que haga el personal de salud o las organizaciones, puede requerirse una periodicidad menor si se detectan los siguientes factores de mayor riesgo:

- 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.

Los factores de riesgo, se identifican a partir de la realización de la siguiente entrevista, que también se explica detalladamente en el Manual de Procedimientos de la CCSS (2018).

Guía de entrevista sobre historia sexual basada en las 5Ps (tomada y adaptada de "Sexually Transmitted Diseases Treatment 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?

Consejería post-prueba

Está diseñada para realizar la entrega de los resultados de las pruebas de VIH, ya sea la prueba rápida o la confirmatoria. Su desarrollo depende del resultado de estas pruebas.

En caso de que el resultado sea no reactivo, se refuerzan las conductas protectoras, especialmente el uso correcto y consistente del condón, junto con lubricante a base de agua. Adicionalmente, si la persona lo requiere, se refiere a otras instancias, para tratar conductas que le pongan en riesgo como el consumo de sustancias psicoactivas, violencia u otras.

En caso de que el resultado sea reactivo, se le recuerda a la persona que debe ser corroborado con una prueba confirmatoria y si ya es un diagnóstico positivo, se le confirma a la persona, que tiene el VIH en su organismo (en la próxima sección se detalla el proceso de vinculación con los servicios de salud que seguirían para esta persona). En cualquiera de los casos, lo primero es brindar un espacio seguro y de confidencialidad para escucharle. Se responde a sus dudas si son informativas respecto al VIH o procesos logísticos que debe realizar para acceder a servicios de salud. Si las consultas se refieren a decisiones que debe tomar en su

vida personal, las respuestas de los o las educadoras, siempre deben ser neutrales y apelando a las fortalezas de la persona usuaria para decidir acerca de su vida. Es importante dejar claro que, en este momento un diagnóstico por VIH no es sentencia de muerte, es una oportunidad para crecer, mejorar hábitos y estrategias de autocuidado. Seguidamente, se ofrece los servicios de seguimiento, acompañamiento y de pares, según las posibilidades de la organización y las opciones para acceder a los servicios de salud de la CCSS.

Esta tarea, la llevará a cabo, el personal de salud de la CCSS o de los centros penitenciarios, a excepción de que alguna de las organizaciones realice paquetes de abordaje ampliado, con laboratorio privado u otra alianza.

Otras atenciones en salud sexual y salud reproductiva

Tal como se establece en el Manual de Procedimientos para la Atención Integral en salud de los Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) y las personas trans femeninas de la CCSS (2018), una vez que la persona llegue al servicio de salud y se detecte que se trate de un HSH o una mujer trans, se le brindará la atención que establece dicho manual, lo cual incluye las siguientes intervenciones:

- Examen anorectal
- Examen orofaríngeo
- Examen de genitales externos
- Detección y tratamiento del VIH
- Detección y tratamiento de otras ITS

A continuación, un cuadro resumen de las diversas estrategias que componen el paquete ampliado de servicios de prevención.

Paquete ampliado de servicios de prevención de VIH e ITS

ESTRATEGIA	Consejería pre-prueba	Referencia a prueba de VIH y detección/atención de ITS	Prueba de VIH	Consejería post-prueba	Otras atenciones en SS y SR
1 CUÁNDO	<ul style="list-style-type: none"> Inmediatamente después de una charla o un abordaje grupal En el contexto de un abordaje cara a cara Aprovechando visitas de las personas a la organización 	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza inmediatamente después de la consejería pre-prueba 	<ul style="list-style-type: none"> Cada clínica tiene horarios distintos, que en general están en la franja entre las 7am y las 4pm (se están piloteando algunos horarios vespertinos) Algunas clínicas atienden todos los días a estas poblaciones, otras tienen días específicos 	<ul style="list-style-type: none"> En la cita en la que la persona recoge el resultado de la prueba 	<ul style="list-style-type: none"> En la primera cita a la que la persona llega, cuando es referida a hacerse la prueba de VIH
DÓNDE	<ul style="list-style-type: none"> En los mismos espacios donde se desarrollan los abordajes o charlas (centros educativos, espacios de socialización, lugares de trabajo sexual, etc) A través de redes sociales también En las organizaciones 	<ul style="list-style-type: none"> En los mismos espacios donde se desarrollan los abordajes o charlas (centros educativos, espacios de socialización, lugares de trabajo sexual, etc) A través de redes sociales también En las Organizaciones En los centros de salud (en caso de personas que por demanda espontánea llegaron directamente a la CCSS) 	<ul style="list-style-type: none"> Clínicas de la CCSS Se está piloteando el que los equipos de salud se trasladen a las oficinas de las organizaciones a hacer pruebas 	<ul style="list-style-type: none"> Clínicas de la CCSS 	<ul style="list-style-type: none"> Clínicas de la CCSS

 QUIÉN	<ul style="list-style-type: none"> • Organizaciones de sociedad civil, a través de educadoras y educadores pares HSH y mujeres trans 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizaciones de sociedad civil, a través de educadoras y educadores pares HSH y mujeres trans • Personal de salud de la CCSS 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de la CCSS 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal médico de la CCSS 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal médico de la CCSS
 QUÉ	<ul style="list-style-type: none"> • Educación en aspectos básicos relacionados con el VIH • En qué consiste la prueba de VIH y sus posibles resultados. • Exploración de riesgos • Educación en prácticas seguras, • Preparación para la posibilidad de un resultado reactivo y uno no reactivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se refiere a la persona a asistir a la CCSS para realizarse la prueba rápida de VIH 	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza la prueba rápida de VIH, con su respectivo algoritmo diagnóstico 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega del resultado de la prueba. Si es positivo, es necesario informar y educar sobre el proceso que sigue y si es negativo, enfatizar en las prácticas de protección para seguir previniendo el VIH 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen anorectal • Examen orofaríngeo • Examen de genitales externos • Detección y tratamiento de otras ITS

7.3 VINCULACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD Y SEGUIMIENTO

Una vez que la población se ha atendido con paquete ampliado, es de suma importancia dar seguimiento a las referencias realizadas. Esto porque, el objetivo final es que la población se concientice acerca de la necesidad de realizarse periódicamente, las pruebas de VIH y de otras ITS, que pueden ser una antesala para el VIH. A este objetivo responde la cascada de atención 90-90-90, la cual busca que, del total estimado de población con VIH, el 90% conozca su diagnóstico, de las personas diagnosticadas, el 90% inicie tratamiento y de las personas que utilizan tratamientos, el 90% cuente con una carga viral indetectable.

Para lograr nuestro objetivo y cumplir con la cascada de atención, no basta con realizar la consejería pre-prueba y referir, es importante hacerle ver a la población, que en efecto se le acompaña y existe una preocupación por su salud. Con el fin de conocer los resultados de este seguimiento, se medirá la *referencia efectiva*, la cual significa:

Personas pertenecientes a las poblaciones clave, que recibieron paquete ampliado y acceden al servicio de salud de la CCSS, para realizarse las pruebas de VIH y otras ITS, asistiendo al menos a una cita.

Los resultados de la referencia efectiva, brindarán datos acerca de qué tan efectivas están siendo las intervenciones de consejería y de seguimiento que están realizando las organizaciones. El análisis de estos datos, orientará para tomar decisiones y mejorar las estrategias, en caso de ser necesario.

Es por esto que a partir de la entrada en vigencia de la segunda fase del Proyecto VIH-CR, la cual inició el 1 de julio del 2018, se creó la figura de *personas navegadoras*. El rol de la persona que asume este trabajo en cada organización implica, ser el enlace entre la referencia que realizan las personas educadoras/formadoras y la atención de la persona profesional en medicina, de las clínicas de la CCSS que trabajan con el Proyecto. En este sentido, el objetivo del puesto es:

Acompañar a las personas (HSH y mujeres trans) atendidas mediante los diversos paquetes de prevención, en su proceso de vinculación con el sistema de salud (incluyendo, cuando así se requiera, el apoyo respectivo para el aseguramiento), el acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento de VIH y otras ITS, así como su adherencia al TAR, cuando corresponda.

El seguimiento a las poblaciones clave y su vinculación a los servicios de salud, depende de las condiciones y las necesidades de las personas usuarias. En el caso de las personas privadas de libertad, este proceso se coordina con el Ministerio de Justicia y Paz, para ajustar el abordaje y seguimiento, a la estructura de salud con la que cuenta cada centro. Con respecto al resto de la población, a continuación, describiremos primero el proceso para las mujeres trans y posteriormente, el proceso que se realiza con los HSH.

7.3.1 Referencias efectivas a los servicios de salud de la CCSS

Mujeres trans

Debido a la gran discriminación que han recibido las mujeres trans, de manera histórica, no han estado acostumbradas a asistir a los centros de salud públicos, para realizarse chequeos médicos. Convencer a las mujeres trans, de que tienen derecho a recibir servicios de salud, que estos no deben ser discriminatorios y aún más, que para ello deben asistir a las clínicas de la CCSS, es un trabajo difícil, de constancia, convencimiento personal y valor. Las formadoras/educadoras las convencen prometiendo que la CCSS va a proporcionarles una buena atención y que no permitirán los malos tratos.

En este seguimiento se apela mucho a la palabra/honor, confianza y respeto entre compañeras, porque tal como se mencionó anteriormente, uno de los factores protectores de las mujeres trans, ante tanta discriminación, es su grupo de pares. Una traición de parte de sus pares, es fuertemente castigada. No cumplir una promesa o compromiso de buen trato en los servicios, implica arriesgarse a que la mujer no vuelva, e incluso, que se lo diga a sus otras compañeras, quienes inevitablemente aumentarán las resistencias.

En este contexto, las formadoras/educadoras han roto barreras, realizando gestiones en las clínicas, para que se les atienda dignamente. Denuncian de manera verbal y escrita, en las contralorías de servicios y en las jefaturas, dan seguimiento a los procesos y exigen resultados.

Lograr que las mujeres trans se acerquen a los servicios de salud de la CCSS, ha sido un proceso que inició la Asociación Transvida y que ha continuado la Asociación Diversidad de Género, en Puntarenas. En este momento, las clínicas se muestran mucho más sensibilizadas que en el 2015, cuando iniciaron los proyectos financiados por el Fondo Mundial. Ya han logrado credibilidad y ambas partes han implementado buenas prácticas, para alcanzar los mejores resultados.

Teniendo claro este contexto, se puede entender que, el acompañamiento personalizado a las clínicas de la CCSS, con las que se trabaja ha sido indispensable durante mucho tiempo. Es necesario que las formadoras/educadoras vayan a los centros de salud con cada una de las usuarias, para que identifiquen los tipos de discriminación y las personas que lo ejercen, para actuar y defender a las usuarias.

Las formadoras/educadoras, realizan un modelaje, mostrando a las usuarias cómo debe ser la atención y los actos de discriminación que en ocasiones no se perciben, pero que no se deben dejar pasar. Además, modelar a las usuarias, los tipos de reacciones a las que pueden apelar, para hacer valer sus derechos. En ocasiones solo explicarle a la persona funcionaria, de qué se trata la estrategia y cómo deberían atenderle, en otras educar acerca de los derechos de las personas trans y si es necesario, denunciar o reportar la situación ante instancias superiores o instancias de contraloría.

Este modelaje ha permitido el empoderamiento de las mujeres trans. En un primer momento, para que sean las mismas usuarias las que soliciten el buen trato y reclamen sus derechos. En un segundo momento, después de varias visitas a las clínicas, el empoderamiento se visualiza en el hecho de que, las mujeres trans comienzan a asistir solas a los servicios de salud. Como tercer momento de empoderamiento, la concientización de que no son solo personas que pueden adquirir el VIH, sino que son seres integrales y por tanto requieren de atención de la salud en diversas disciplinas, al igual que el resto de personas.

En este camino de aprendizaje, se han generado diálogos entre las organizaciones y las clínicas, lo cual ha permitido mejorar la atención de las organizaciones y del personal de salud de las clínicas. Esto ha producido acuerdos escritos y verbales, que agilizan y mejoran la atención. Quedan procesos pendientes de mejorar, los cuales, sin duda, se lograrán generando nuevos diálogos. Uno de ellos, y quizás de los más estratégicos, es cómo afrontar el ausentismo que se presenta en las Clínicas, y por lo tanto, la posible pérdida de cupos de atención, cuando las personas no llegan a la cita a la que se les refirió, aún a pesar de todos los esfuerzos realizados por las organizaciones para lograr la efectividad de la referencia.

Hombres que tienen sexo con otros hombres

La primera fase del Proyecto VIH-CR (2015-2018) permitió llevar la prueba de VIH a los centros de estudio, espacios de socialización y servicios donde se encuentra la población, con lo cual, se pudo concientizar acerca de la importancia de realizarse la prueba periódicamente. Esto se puede observar en la disposición que muestra la población para movilizarse a las organizaciones para recibir la consejería y realizarse la prueba, en caso de contar con laboratorio privado.

La concientización de la población, respecto a la realización de la prueba de VIH, ha sido un gran paso. Cuando la población llega a realizarse la prueba, se abre el espacio para educar acerca del uso correcto y consistente del condón, junto con el lubricante, lo cual, se promueve como un reto hacia la población, para que logre el mismo diagnóstico en una siguiente prueba, seis meses después.

A partir del 2019, las organizaciones podrán moverse a los mismos espacios, para convocar a la población, con la ventaja de contar con un público más concientizado. Sin embargo, se sigue enfrentando una baja percepción del riesgo, con respecto al VIH y aún más baja cuando se trata de otras ITS. Se consideran personas sanas y con poca posibilidad de adquirir una infección de este tipo. Un factor que contribuye, es que entre ellos no hablan del tema, se mantiene oculto y, por tanto, en el colectivo se crea la percepción de que no existe este riesgo.

Otro gran reto para las organizaciones, es que solo pueden realizar la consejería pre-prueba, y la población deberá desplazarse a un segundo espacio (clínicas de la CCSS), para realizarse la prueba de VIH (referencia efectiva). Es por esta razón que, cuando se describió la “Referencia a la prueba de VIH”, se hizo énfasis en la importancia de resaltar los aspectos positivos de asistir a los servicios de la CCSS, para realizarse la prueba de VIH.

Este proceso, no solo requiere de la concientización de la población acerca de revisar su salud sexual periódicamente, sino también, de trabajar en conjunto con las clínicas de la CCSS, para mejorar la atención y la percepción que tiene la población, acerca de la CCSS. Por ejemplo, agilizar los procesos administrativos y lograr que la atención se brinde de la forma más ágil posible, también, que la población visualice los espacios físicos y los equipos de atención de las clínicas, como opciones amigables, así como perciben a las organizaciones y los equipos de las mismas.

Todo este trabajo, durante la consejería pre-prueba y la referencia, es crucial, ya que el seguimiento y acompañamiento de la población HSH es limitado, por ser una población mucho más independiente que las mujeres trans. Durante la primera fase del Proyecto VIH-CR se observó que, los hombres con resultado reactivo, tienden a aceptar que se les acompañe a la clínica; sin embargo, si el resultado de la prueba rápida es no reactivo y se les ofrece acompañamiento, para realizarse pruebas de otras ITS, difícilmente aceptan. Por otra parte, la cantidad de población de HSH es mucho mayor que la de mujeres trans, y las organizaciones que trabajan con estos hombres, cuentan, de manera proporcional, con menos recurso humano para brindar el seguimiento. Es por esta razón, que se vuelve esencial crear estrategias, que no dependan del acompañamiento presencial, para asegurar la referencia efectiva.

Algunas de estas estrategias son enviar un correo electrónico un mes después de realizada la referencia, para consultarle cómo le fue en la cita; si la persona no contesta, se intentará por mensaje de texto o vía whatsapp. En caso de que tampoco conteste, se llamará vía telefónica. Si las personas indican que sí fueron y que les fue bien, se les ofrece la referencia para repetirse las pruebas seis meses después, apoyo para continuar el tratamiento en caso de que lo requiera o para iniciar sus citas en la Clínica de VIH, en caso de diagnóstico positivo. Si indican que no han ido, se les recuerda la importancia de la referencia y se el apoyo que puede brindar la organización.

Esta información es esencial para las organizaciones, ya que se aseguran de que los usuarios hayan retirado los resultados, lo cual es un factor clave, para avanzar en la cascada 90-90-90.

7.3.2 Acompañamiento presencial a los servicios de salud

Como se mencionó anteriormente, una parte de la población asiste por su propia cuenta, mientras la otra, es acompañada por las navegadoras y en el caso de las mujeres trans, pueden ser acompañadas por las navegadoras o las educadoras/formadoras. La decisión de las personas que se acompañan, varía, según la necesidad de la persona usuaria y los criterios clave, que se han identificado para cada población.

En la población de mujeres trans, privan criterios como, el empoderamiento para realizar los trámites de forma independiente, esto es, conocer los documentos que debe presentar, conocer el espacio físico de la clínica y tener claridad de dónde debe realizar cada trámite, así como, conocer sus derechos y saber reclamarlos. Si la mujer tras, maneja estos

elementos, se promueve que vaya sola, como un asunto de empoderamiento, si se considera que todavía no está lista, se le acompaña y se va realizando un proceso de transferencia de habilidades para que en un futuro vaya sola.

En la población de HSH, los criterios se enfocan más en si la persona está muy nerviosa o ansiosa, si no conoce los procedimientos o si es migrante. Estos son los principales elementos de vulnerabilización, que se han identificado y por tanto, los que se toman en cuenta para priorizar los acompañamientos. Si el usuario está nervioso, no entiende los procedimientos cuando se le explican, es migrante o solicita ayuda, se le brinda acompañamiento presencial.

Una vez definidas las personas que requieren este acompañamiento de forma prioritaria, las organizaciones coordinan con estas personas, para verse en la clínica correspondiente e iniciar con el proceso para su atención.

Parar tramitar la primera cita, los procedimientos varían según las clínicas. En la mayoría se cuenta con días y/u horarios en los que se atiende a la población clave. Las personas referidas, que se presenten en esos períodos, por lo general son atendidas. Si la persona se presentara, cuando están finalizando los horarios de atención y no logra conseguir cita, se le agenda para otro día, a una hora específica. En las otras clínicas, la primera cita se tramita vía correo electrónico, vía telefónica o asistiendo personalmente a la clínica para solicitar la cita, la cual se agenda para otro día según disponibilidad.

El total de citas y el procedimiento (pruebas de laboratorio, medicamentos, seguimiento), puede variar, según el diagnóstico y el criterio médico para tratarlo. Por esta razón, es el personal médico de la CCSS, quien prescribe los medicamentos requeridos y refiere a las especialidades que considere necesario y que sea pertinente según lineamientos internos y posibilidades de cada clínica. Por ejemplo, trabajo social, psicología o clínicas de VIH.

Actualmente, en la mayoría (sólo en una de las Clínicas el resultado está siendo entregado el mismo día) de las Clínicas el resultado de la prueba rápida, es entregado en una segunda cita, que se agenda con diferentes plazos, según cada Clínica. El tiempo que transcurre entre la primera y la segunda cita depende fundamentalmente de los tiempos de la persona (cuando pueda volver por su resultado) y las citas disponibles en el centro de salud, según los horarios y días que se han destinado de atención a estas poblaciones. Es decir, no está relacionado con el laboratorio porque, en términos generales, los laboratorios están procesando en horas los resultados de las pruebas rápidas; excepto que, cuando el resultado de la prueba rápida es reactivo, se envía a la prueba confirmatorio de una vez y se le entrega a la persona el resultado hasta que se cuenta con el resultado confirmado.

En las situaciones en las que las navegadoras realizan acompañamientos, sus funciones para con las personas usuarias son:

- acordar un horario para verles en la clínica correspondiente
- asegurarse de que cuentan con los documentos necesarios y al día

- guiarles para que presenten los documentos necesarios y en el lugar correspondiente, según las indicaciones del personal de salud
- acompañar para obtener la primera cita correspondiente
- verificar y/o acompañar la atención para las tomas de muestra de laboratorio
- verificar y/o acompañar la atención en el servicio de farmacia, para que accedan a los medicamentos recetados, según examen clínico y/o resultados de pruebas de laboratorio
- orientarles para que accedan a servicios de psicología o trabajo social, según consideración del personal médico
- en el caso de las personas diagnosticadas con VIH, acompañar para iniciar los controles en la clínica de VIH que le corresponde
- en el caso de las personas extranjeras, diagnosticadas con VIH, revisar su estatus migratorio. Si su estado es irregular, orientarle para que regularice su condición migratoria.
- en el caso de las personas costarricenses y extranjeras, en condición migratoria regular, que han sido diagnosticadas con VIH y no cuentan con aseguro, verificar y/o acompañar la atención en el servicio de validación de derechos, con el fin de obtener la condición de aseguramiento que corresponda.

Adicionalmente, las personas navegadoras podrían:

- entregar información relacionada con salud sexual en general y conductas sexuales saludables
- entregar información acerca de procedimientos de la CCSS. Sería aquella información que las personas navegadoras consideren pertinente según el caso o que sea solicitada por las personas usuarias.
- recordatorio de procedimientos o citas
- referencia a diferentes instancias en caso de requerir apoyo económico, laboral, emocional o migratorio.
- escucha o mensajes de apoyo para mostrar la presencia e interés por los procesos personales.

Como objetivo secundario de las tareas del rol de navegación, se espera que las personas que atienden los diferentes servicios de las clínicas, cuenten con mayor información acerca de la población, y el VIH. Esto debido a que, se parte de que el intercambio de los equipos de las organizaciones, con el personal de salud, provoca intercambio de conocimientos, experiencias e incluso sensibilización.

Las personas navegadoras serán las encargadas de coordinar con los servicios para colaborar con el cumplimiento de los procedimientos y de los derechos de la población clave. Así como de realizar los reportes necesarios a las contralorías de servicios en caso de que sean violentados sus derechos.

Finalmente, es importante anotar que, la única información a la que tendrán acceso las *personas navegadoras*, respecto al servicio médico brindado por la CCSS, es aquella que

decidan compartir las personas usuarias. En los casos en que la población no comparta esta información o lo haga de forma parcial, el seguimiento por parte de las organizaciones, será limitado, tanto en cuanto a ITS, como a VIH. En los casos en los que las personas decidan, por voluntad propia, compartir sus diagnósticos con las *personas navegadoras*, éstas podrán dar seguimiento por medio de llamadas telefónicas, whatsapp, otros medios tecnológicos o de manera personal.

El seguimiento en estos casos, estará relacionado con adherencia a los tratamientos, recordatorios de citas, orientación acerca de procedimientos y similares.

7.3.3 Contactos subsiguientes

Con el fin de cumplir con lo que plantea la cascada de atención, en términos del diagnóstico de las poblaciones clave, se ha incorporado la necesidad de realizar contactos subsiguientes con aquellas personas cuyo resultado de la prueba de VIH fue negativo. Este contacto, se debe realizar, en un período de 6 meses, para ofrecer nuevamente la prueba de VIH, o bien, como se explicó anteriormente, si luego de la valoración de riesgo se determina que se requiere en un plazo menor, entonces así se hace.

En este contexto, el rol de las organizaciones será acompañar a las personas a las clínicas, en caso de que lo necesiten. De no necesitarlo, dar seguimiento vía mensajes cortos/simples vía telefónica, mensajes o audios de whatsapp, llamadas telefónicas o personalmente, para asegurarse que asistieron a la clínica, se realizaron la prueba de VIH y retiraron su resultado. Igual que se explicó en el punto anterior, las organizaciones no contarán con información respecto al servicio médico, solo si las personas usuarias deciden compartirlo.

Si la persona compartió su resultado y éste es positivo, dar seguimiento para iniciar la atención en la Clínica de VIH que le corresponda. En caso de que, el resultado de la prueba sea no reactivo, dar seguimiento en seis meses, para que acceda nuevamente al paquete ampliado.

7.3.3 Acompañamiento a personas con VIH

En el caso de aquellas personas que, hayan sido diagnosticadas con VIH, las organizaciones en conjunto con la CCSS deben brindar un acompañamiento y seguimiento para garantizar su vinculación con la respectiva Clínica de VIH y retención en la misma, para inicio de su tratamiento, adherencia y finalmente, lograr que alcancen condición de indetectable.

Para esto se utilizarán las mismas estrategias de seguimiento y acompañamiento mencionadas anteriormente, según las particularidades y necesidades de cada población, así como las capacidades de las organizaciones y en coordinación constante con las Clínicas de VIH y los equipos interdisciplinarios con los que estas cuentan.



Esto constituye un eje fundamental de la cascada de atención para lograr detener la epidemia del VIH.

Es importante mencionar también que, como parte del acompañamiento a una persona con VIH, tanto el servicio de salud de la CCSS como las organizaciones apoyan a las personas con VIH en la notificación a su pareja.

El primer paso usualmente es el de la derivación pasiva, es decir, el personal de salud y de las organizaciones explica a la persona con VIH la importancia de que revele por su cuenta su estado a sus parejas sexuales u otros contactos (por ejemplo, de inyección de drogas) y les sugiera la posibilidad de hacerse una prueba del VIH debido al riesgo de exposición al virus.

Sin embargo, dependiendo de cómo reacciona la persona ante esta primera opción, también se ofrece la notificación asistida a parejas, mediante diversas modalidades. Algunas veces se realiza la derivación por contrato, en la que la persona con VIH acuerda con el personal de salud que referirá a sus parejas u otros contactos, dentro de un plazo dado, para que el personal mismo le ofrezca la prueba de VIH. También, en otros casos, se realiza la derivación doble, en la que el personal de salud o el personal de las organizaciones acompaña a la persona con VIH en el momento mismo de notificar a su pareja. Y, finalmente, como última opción, y sólo si el personal de salud detecta que la persona con VIH no ha cumplido su responsabilidad en este sentido, y se ha valorado mucho riesgo, el personal de salud entra en contacto directo con la pareja o contacto para ofrecerle de manera directa la prueba de VIH.

7.4 REFERENCIA A SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Las personas que son diagnosticadas con VIH, tienen diferentes características socioeconómicas, de salud, migratorias, emocionales y otras. Con el fin de apoyarles en el proceso de aceptación de su diagnóstico y en mejorar su calidad de vida, se les refiere para que accedan a diversos servicios. Si bien, la referencia a servicios complementarios, está pensada para personas diagnosticadas con VIH, cuando las organizaciones identifican a una persona de las poblaciones clave, que requiere de alguna de estas referencias y tiene las características para acceder al servicio, se le brindan las opciones.

Estas referencias se realizan según alianzas que se hayan gestionado. En otros casos, simplemente se brinda la información, para que la persona se dirija a las organizaciones o instituciones a solicitar el apoyo.

En esta sección, se describirán varias de estas alianzas o referencias con las que se cuenta actualmente. No se pretende realizar una descripción exhaustiva, ya que estas acciones se encuentran en constante cambio, según las necesidades de la población a la que se atiende, los alcances de las organizaciones e incluso la temporalidad de los servicios.

7.4.1 Dirección General de Migración y Extranjería (DGME)

Ser migrante en condición irregular, limita en muchos sentidos el acceso a diferentes servicios y por supuesto, los derechos como persona ciudadana de este país. Vivir con condición migratoria irregular, aumenta las vulnerabilidades a las que se ve expuesta la población, principalmente porque no conocen sus derechos y con frecuencia son víctimas de engaños, manipulaciones y otros delitos.

Desde esta posición, se ha pedido a las organizaciones, que inicien un trabajo de educación e información a la población de HSH y mujeres trans que tienen condición migratoria irregular, para que inicien sus trámites de regularización y avancen poco a poco en este proceso. Para ello, se ha brindado capacitación a las organizaciones, de modo que puedan brindar información y orientar a la población, respecto a las categorías migratorias existentes y las opciones que se adaptan a sus realidades. Adicionalmente, las organizaciones han creado alianzas con otras instancias como Jesuitas para Migrantes, RET Internacional y Casabierta, con las cuales intercambian servicios para apoyar a la población migrante.

La población HSH migrante, varía según país de procedencia. Por ejemplo, los migrantes venezolanos, por lo general cuentan con educación formal universitaria, pero se precariza esta condición al llegar a Costa Rica y no contar con oportunidades para desempeñarse como profesionales. Quienes vienen de Nicaragua y El Salvador, por lo general son solicitantes de

refugio, debido a las condiciones de violencia que han vivido en estos países, en el primero por persecución política y en el segundo por discriminación hacia la población LGBT.

La población de mujeres trans, migra a Costa Rica por lo general, debido a la violencia y exclusión que viven en sus países, por el hecho de ser trans. Es importante la cantidad de mujeres trans que migra de otros países, para buscar mejores condiciones, sin embargo, esto toma más relevancia, cuando se evidencian las condiciones de vulnerabilidad y violencia en las que deben vivir, ya que, en nuestro país, tampoco se brindan oportunidades reales para esta población.

En el caso de las personas con VIH, este proceso se vuelve prioritario, ya que no pueden acceder a los servicios de las Clínicas de VIH de la CCSS, si no cuentan con estatus migratorio regular. Por ello, durante la subvención 2015-2018, se generó un procedimiento de colaboración entre la Dirección General de Migración y Extranjería y el Proyecto VIH Costa Rica, con el propósito de agilizar los trámites de regularización migratoria, de las personas con diagnóstico positivo por VIH. Cuando se dio el cambio de gobierno, algunas de las personas encargadas de apoyar este procedimiento, cambiaron de puestos y no fue posible continuar funcionando con el mismo procedimiento.

Frente a la ejecución de la subvención 2018-2021, se hizo necesario retomar las negociaciones con la DGME, a fin de generar nuevamente un procedimiento de colaboración. En esta ocasión, se busca que sea un procedimiento que se establezca como lineamiento interno, para que pueda sostenerse en el tiempo, como una estrategia afirmativa para las personas con VIH.

A modo general, cuando se identifica una persona usuaria, con condición migratoria irregular, se incentiva para que regularice esta condición y pueda acceder a diferentes servicios, entre ellos el de salud. Si la persona decide iniciar el proceso, las organizaciones pueden orientarle respecto a las categorías migratorias en general, y en específico, las opciones que más se ajusten a su situación. Para avanzar en este proceso y contar con criterios más especializados, las organizaciones apelan a las alianzas que han generado con otras organizaciones y a los apoyos con los que se cuenta, con la Dirección General de Migración y Extranjería.

En adelante, el rol de las organizaciones es orientar a la persona usuaria, para reunir los documentos que debe presentar y de ser necesario, revisar los documentos antes de entregarlos. Una vez que se entregan los documentos en Plataforma de Servicios, a lo interno de la institución, se brinda seguimiento a los casos, con el fin de agilizar el proceso. En esta etapa, tienen prioridad las personas diagnosticadas con VIH positivo, con el fin de que puedan acceder al tratamiento lo más pronto posible.

7.4.2 Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)

Parte de la población que se atiende, presenta consumo de sustancias psicoactivas, lo cual es una condición de vulnerabilización, que lleva a las personas a tener prácticas sexuales riesgosas.

Entre la población HSH, es común el consumo de poppers, éxtasis y ácidos, principalmente entre población de un nivel socioeconómico intermedio y alto, mientras que los HSH de niveles socioeconómicos más bajos, consumen más el alcohol. Por lo general, el consumo de estas sustancias es no medicinal y las personas lo mantienen, sin que signifique un problema de salud que consideren prioritario atender. No obstante, algunas de las organizaciones, han generado material informativo acerca del popper, ya que, cada vez se extiende más su consumo, sin que se conozcan los riesgos.

En la población de mujeres trans, las drogas que más se consumen son alcohol, marihuana, cocaína, crack y en algunos casos pastillas como clonacepam. Es frecuente que se realicen mezclas de estas sustancias, principalmente con el alcohol. Debido a las condiciones de vulnerabilidad, por exclusión y discriminación, el consumo de estas sustancias entre la población, tiende a ser perjudicial e incluso de dependencia. Por ejemplo, la mayoría de ellas realizan o han realizado actividades sexuales remuneradas, ambiente en el cual, en muchas ocasiones, sus clientes les piden u obligan a consumir, mientras que, en otros casos, ellas mismas deciden utilizar las sustancias psicoactivas, para soportar los pedidos de sus clientes.

La alianza y trabajo cooperativo con el IAFA, es esencial para atender estas circunstancias. El IAFA atiende tanto, en situaciones cuando la población requiere intervención médica puntual y urgente, como en aquellos casos, en que la población decida iniciar un proceso de reducción de daños o incluso ingresar a un centro de rehabilitación.

En caso de reducción de daños, se han realizado procesos grupales, en los que se involucran varias personas que forman parte de las organizaciones o que reciben sus servicios. Cuando son situaciones urgentes, las organizaciones acompañan a la población a la institución y si se requiere internamiento, se puede acudir a la organización o incluso, realizar la coordinación vía telefónica. Es importante mencionar, que aunque el IAFA atiende, aún que la persona se encuentre indocumentada o en situación migratoria irregular, las instancias de internamiento sí requieren documentos vigentes, para hacerse cargo de una persona en sus instalaciones.

A parte de estos servicios, algunas organizaciones que trabajan con personas con VIH, han firmado convenios con el IAFA, lo cual les permite contar con apoyo institucional, para atender específicamente a la población con VIH que solicita ayuda en sus organizaciones. Así también, el IAFA, ha sido un importante aliado para incidir en la capacitación y sensibilización. Se ha logrado trabajar el tema de VIH y LGBT, con las organizaciones reconocidas por esta institución, mientras que, de parte del IAFA, se han llevado a cabo capacitaciones a las organizaciones, con el fin de que amplíen su conocimiento acerca del

consumo de sustancias psicoactivas y puedan orientar a la población que atienden, respecto a los peligros y las posibilidades de atención.

7.4.3 Defensoría de los Habitantes de la República

Se cuenta con el apoyo de esta instancia, a través de la cual se han gestionado varias denuncias específicas, así como procesos de intervención institucional para mejorar la educación, la salud, el trato de la policía y otros.

En general, los procesos siguen los pasos regulares, de denuncia, revisión de la denuncia y análisis de la misma. Sin embargo, debido a la alianza que se ha generado para promover los derechos de la población LGBT y HSH, se cuenta con sensibilización, para entender que algunos de estos procesos requieren enfoques diferentes y un análisis desde las vulnerabilidades específicas de cada una de estas poblaciones.

Como parte del Proyecto, se han generado varios documentos educativos y de consulta, así como procesos de fortalecimiento. De manera específica, se resalta el trabajo de la organización Frente por los Derechos Igualitarios (FDI), la cual incidió para visibilizar y registrar los casos en los que, las denuncias tienen un tinte de violencia por identidad de género u orientación sexual, lo cual no se estaba identificando. También, es de destacar el trabajo de Red de Usuarias, realizado con grupos de mujeres trans, a través de la cual, los grupos analizan su contexto, eligen un tema que les esté afectando o limitando su acceso a derechos y profundizan acerca del mismo, para incidir institucionalmente y mejorar su calidad de vida.

7.4.4 Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)

En este caso, las organizaciones refieren a la población para que siga los procedimientos de esta institución y accedan a programas o proyectos que se ofrecen. De parte de las organizaciones se brinda información, pero no se cuenta con una alianza específica, ya que, para ello, es necesaria la intervención de una persona profesional en trabajo social.

Por parte de algunas organizaciones, se han realizado convenios con el Instituto IMAS, para la ejecución de proyectos específicos, que benefician a su población. Estos son convenios que benefician a las poblaciones clave, sin embargo, van más allá de esta estrategia. De esta misma forma, las organizaciones han gestado alianzas con otras organizaciones o grupos sociales, los cuales apoyan económicamente, según sus objetivos y razón social. Estos recursos, aunque no son permanentes, ni para toda la población, benefician a algunas personas usuarias.

7.4.5 Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU)

Esta institución ha sido una gran alianza para el fortalecimiento de las mujeres trans, brindando procesos de formación humana, con los cuales se han fortalecido las mujeres trans y otras mujeres de varias de las organizaciones que trabajan esta estrategia.

La incidencia que se realizó desde diferentes espacios, pero principalmente desde la Asociación Transvida, logró que el INAMU, visibilice a las mujeres trans, como parte de su población, la cual enfrenta muchas de las vulnerabilidades a las que están expuestas las mujeres cis. La disponibilidad de los servicios del INAMU, para las mujeres trans, es de gran beneficio para empoderarles y mejorar su calidad de vida.

7.4.6 Instituto Nacional de Aprendizaje (INA)

Es una muy buena opción para parte de la población que atiende el Proyecto, ya que, ofrece formación en carreras técnicas u oficios, lo cual brinda una posibilidad de trabajo a quienes se encuentran en condiciones económicas precarias.

Algunas organizaciones han generado convenios con el INA, mientras que otras simplemente brindan información a la población y le orientan para acceder a las opciones educativas.

7.4.7 Patronato Nacional de la Infancia (PANI)

Debido a que se trabaja con personas mayores de edad, no es frecuente que las organizaciones realicen referencia a estas instituciones. Sin embargo, en caso de que alguna persona familiar, cercana o vecina requiera de estos servicios, se le refiere.

7.4.8 Servicios para Personas con VIH

Algunas de las organizaciones, desde el objetivo que les convoca y a partir de los recursos con los que cuentan, ofrecen servicios dirigidos especialmente a las personas con VIH. Por ejemplo, abordaje de pares y grupos de apoyo.

Los abordajes de pares, los realizan personas con VIH, que han vivido con esta condición durante algunos años y han realizado un trabajo reflexivo y propositivo acerca de su condición. Esto les permite brindar acompañamiento y asesoría a las personas que están recibiendo recientemente su diagnóstico, desde un lugar más cercano y sensibilizado. En cuanto a los grupos de apoyo para las personas con VIH, son espacios que se ofrecen para abordar diferentes temas de interés de esta población en específico. En algunos casos sus integrantes son solo personas con VIH, en otros casos, han sido de parejas serodiscordantes.

7.4.9 Atención Psicológica

Desde las organizaciones, se refiere a la CCSS. En caso de las personas con diagnóstico por VIH, este servicio se ofrece en las Clínicas de VIH, sin embargo, si la persona no es VIH positiva, la opción de acceder a este servicio es a través de la consulta regular o, en algunos casos, a través de la consulta por ITS. Se están gestando algunas alianzas para contar con estos servicios por parte de algunas universidades, lo cual aún se encuentra en proceso.

Por parte de las organizaciones, algunas de ellas han gestado alianzas o voluntariados, que les permite contar con el servicio en sus instalaciones o en las instancias que les apoyan.

7.4.10 Masculinidades

En el caso de la población HSH, se ha identificado la importancia de reflexionar y repensarse la vivencia de las masculinidades. Es esta vivencia, la que, en muchas ocasiones, pone en riesgo la sexualidad y la calidad de vida de estos hombres, de manera general.

Ya sea por vivir una masculinidad que, aunque permite aceptar las prácticas sexuales entre hombres con naturalidad, empuja constantemente al riesgo o; por vivirla de forma tradicional, lo cual no le permite aceptar su orientación sexual o el disfrute de su sexualidad de manera abierta.

Para el trabajo de las masculinidades, se ha contado con el apoyo de algunas organizaciones o incluso de profesionales que, de manera independiente, brindan capacitación, sensibilización o espacios de reflexión. Sin embargo, todavía es un reto, profundizar en este tema, para que las organizaciones cuenten con mayores elementos y herramientas de análisis y atención a la población de HSH.

VIII. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El Monitoreo y Evaluación de esta estrategia está incorporado en el Plan de Monitoreo y Evaluación del Proyecto País “Costa Rica: transitando hacia la sostenibilidad de la respuesta al VIH con financiamiento doméstico” y en el Plan de Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Transición 2018-2021.

A continuación, se presentan entonces los indicadores que, en ambos documentos se presentan y que permitirán el monitoreo y evaluación de la presente estrategia.

8.1 En el Plan Nacional de Transición 2018-2021

En el Plan Nacional de Transición se incluyen desde indicadores que permiten medir el financiamiento de las organizaciones de sociedad civil por parte del Estado, para que estas sean sostenibles financieramente para continuar con las acciones que les corresponden en esta estrategia, hasta indicadores meramente relacionados con los servicios de salud.

Código	A1H1CF3IND03
Nombre del indicador:	Número de OSC que se encuentran recibiendo acompañamiento técnico para el diseño de una propuesta de proyecto que presentarán para optar por financiamiento de la JPS a partir del 2019.
Hito al que está referido el indicador	OSC han fortalecido sus capacidades para la movilización de recursos, así como para el diseño e implementación de proyectos (financiados por la Junta de Protección Social o por otras fuentes de financiamiento).
Criterio de Finalización al que está referido el indicador	Al menos 4 OSC se encuentran recibiendo acompañamiento técnico para el diseño de una propuesta de proyecto que presentarán para optar por financiamiento de la JPS a partir del 2019.
Unidad de medida:	Número de OSC
Periodicidad de recopilación de la información	Al momento de finalizar el proceso de acompañamiento técnico.
Fórmula del indicador:	Número de OSC / recibiendo acompañamiento técnico.
Mecanismo de recolección de información	Informe de consultoría sobre el proceso de acompañamiento técnico a las OSC.
Fuente del indicador	Hivos
Observaciones	

Código	A1H1CF4IND04
Nombre del indicador:	Número de OSC que se encuentran recibiendo acompañamiento técnico para la implementación de proyectos financiados por la JPS.
Hito al que está referido el indicador	OSC han fortalecido sus capacidades para la movilización de recursos, así como para el diseño e implementación de proyectos (financiados por la Junta de Protección Social o por otras fuentes de financiamiento).
Criterio de Finalización al que está referido el indicador	Al menos 4 OSC se encuentran recibiendo acompañamiento técnico para la implementación de proyectos financiados por la JPS.
Unidad de medida:	Número de OSC
Periodicidad de recopilación de la información	Anual (2019-2020).
Fórmula del indicador:	Número de OSC implementando proyectos de JS / recibiendo acompañamiento técnico.
Mecanismo de recolección de información	Informe de consultoría sobre el proceso de acompañamiento técnico a las OSC.
Fuente del indicador	Hivos
Observaciones	

Código	A4H1CF2IND39
Nombre del indicador:	Proporción de los servicios de salud de la CCSS comprendidos en la primera subvención en los que se ha implementado el respectivo Manual de Supervisión de la Norma Nacional de Atención en Salud sin estigma y discriminación para personas LGBTI y otros HSH.
Hito al que está referido el indicador	Implementada a nivel nacional la Norma Nacional de Atención en Salud sin estigma y discriminación para personas LGBTI y otros HSH.
Criterio de Finalización al que está referido el indicador	La CCSS y el MJP han implementado el respectivo Manual de Supervisión de la Norma Nacional de Atención en Salud sin estigma y discriminación para personas LGBTI y otros HSH, en todos los servicios de salud comprendidos en la primera subvención.
Unidad de medida:	Razón
Periodicidad de recopilación de la información	Al momento de terminar las visitas de Supervisión en un año (Diciembre 2018).
Fórmula del indicador:	Servicios de salud de la CCSS en los que se ha implementado el respectivo Manual de Supervisión de la Norma Nacional de Atención en Salud sin estigma y discriminación para personas LGBTI y otros HSH / Servicios de salud de la CCSS comprendidos en la primera subvención.
Mecanismo de recolección de información	Reporte consolidado de los Instrumentos "Lista de Verificación" completados en cada visita de supervisión.
Fuente del indicador	CCSS

Código	A4H1CF2IND40
Nombre del indicador:	Proporción de los servicios de salud del MJP comprendidos en la primera subvención en los que se ha implementado el respectivo Manual de Supervisión de la Norma Nacional de Atención en Salud sin estigma y discriminación para personas LGBTI y otros HSH.
Hito al que está referido el indicador	Implementada a nivel nacional la Norma Nacional de Atención en Salud sin estigma y discriminación para personas LGBTI y otros HSH.
Criterio de Finalización al que está referido el indicador	La CCSS y el MJP han implementado el respectivo Manual de Supervisión de la Norma Nacional de Atención en Salud sin estigma y discriminación para personas LGBTI y otros HSH, en todos los servicios de salud comprendidos en la primera subvención.
Unidad de medida:	Razón
Periodicidad de recopilación de la información	Al momento de terminar las visitas de Supervisión en un año (Diciembre 2018).
Fórmula del indicador:	Servicios de salud del MJP en los que se ha implementado el respectivo Manual de Supervisión de la Norma Nacional de Atención en Salud sin estigma y discriminación para personas LGBTI y otros HSH / Servicios de salud del MJP comprendidos en la primera subvención.
Mecanismo de recolección de información	Reporte consolidado de los Instrumentos "Lista de Verificación" completados en cada visita de supervisión.
Fuente del indicador	MJP
Observaciones	

Código	A4H1CF3IND41
Nombre del indicador:	Proporción de los servicios de salud de la CCSS, en los 10 cantones donde se ha ampliado la ejecución del Modelo de Prevención, en los que se ha implementado el respectivo Manual de Supervisión de la Norma Nacional de Atención en Salud sin estigma y discriminación para personas LGBTI y otros HSH.
Hito al que está referido el indicador	Implementada a nivel nacional la Norma Nacional de Atención en Salud sin estigma y discriminación para personas LGBTI y otros HSH.
Criterio de Finalización al que está referido el indicador	La CCSS y el MJP han implementado el respectivo Manual de Supervisión de la Norma Nacional de Atención en Salud sin estigma y discriminación para personas LGBTI y otros HSH, en los servicios de salud de los 10 cantones donde se ha ampliado la ejecución del Modelo de Prevención.
Unidad de medida:	Razón
Periodicidad de recopilación de la información	Una única vez (Diciembre 2020).

Fórmula del indicador:	Servicios de salud de la CCSS en los que se ha implementado el respectivo Manual de Supervisión de la Norma Nacional de Atención en Salud sin estigma y discriminación para personas LGBTI y otros HSH / Servicios de salud de la CCSS de los 10 cantones donde se amplió la ejecución del Modelo de Prevención.
Mecanismo de recolección de información	Reporte consolidado de los Instrumentos "Lista de Verificación" completados en cada visita de supervisión.
Fuente del indicador	CCSS
Observaciones	

Código	A4H1CF3IND42
Nombre del indicador:	Proporción de los servicios de salud del MJP, en los 10 cantones donde se ha ampliado la ejecución del Modelo de Prevención, en los que se ha implementado el respectivo Manual de Supervisión de la Norma Nacional de Atención en Salud sin estigma y discriminación para personas LGBTI y otros HSH.
Hito al que está referido el indicador	Implementada a nivel nacional la Norma Nacional de Atención en Salud sin estigma y discriminación para personas LGBTI y otros HSH.
Criterio de Finalización al que está referido el indicador	La CCSS y el MJP han implementado el respectivo Manual de Supervisión de la Norma Nacional de Atención en Salud sin estigma y discriminación para personas LGBTI y otros HSH, en los servicios de salud de los 10 cantones donde se ha ampliado la ejecución del Modelo de Prevención.
Unidad de medida:	Razón
Periodicidad de recopilación de la información	Una única vez (Diciembre 2020).
Fórmula del indicador:	Servicios de salud del MJP en los que se ha implementado el respectivo Manual de Supervisión de la Norma Nacional de Atención en Salud sin estigma y discriminación para personas LGBTI y otros HSH / Servicios de salud de la MJP de los 10 cantones donde se amplió la ejecución del Modelo de Prevención.
Mecanismo de recolección de información	Reporte consolidado de los Instrumentos "Lista de Verificación" completados en cada visita de supervisión.
Fuente del indicador	MJP
Observaciones	

Código	A4H1CF4IND43
Nombre del indicador:	Número de OSC que han sido capacitadas en los mecanismos de denuncia sobre la atención en los servicios.
Hito al que está referido el indicador	Implementada a nivel nacional la Norma Nacional de Atención en Salud sin estigma y discriminación para personas LGBTI y otros HSH.
Criterio de Finalización al que está referido el indicador	Al menos 10 OSC han sido capacitadas en los mecanismos de denuncia sobre la atención en los servicios.
Unidad de medida:	Número de OSC
Periodicidad de recopilación de la información	Al finalizar la capacitación (Diciembre 2019).
Fórmula del indicador:	Número de OSC / capacitadas en mecanismos de denuncia sobre la atención en los servicios.
Mecanismo de recolección de información	Informe de capacitación de OSC.
Fuente del indicador	Hivos
Observaciones	

Código	A4H1CF5IND44
Nombre del indicador:	Una guía de control de la normativa a nivel nacional (en servicios públicos y privados), diseñada y aplicada por parte del Ministerio de Salud.
Hito al que está referido el indicador	Implementada a nivel nacional la Norma Nacional de Atención en Salud sin estigma y discriminación para personas LGBTI y otros HSH.
Criterio de Finalización al que está referido el indicador	Diseñada y aplicada una guía de control de la normativa a nivel nacional (en servicios públicos y privados), por parte del Ministerio de Salud.
Unidad de medida:	Guía de control de la normativa nacional
Periodicidad de recopilación de la información	Anual (Junio 2019-2021).
Fórmula del indicador:	Guía de control de la normativa a nivel nacional (en servicios públicos y privados) / diseñada / aplicada.
Mecanismo de recolección de información	Guía de control de la normativa a nivel nacional (en servicios públicos y privados), diseñada. Reportes consolidados de la aplicación de la guía de control de la normativa a nivel nacional en servicios públicos y privados.
Fuente del indicador	Ministerio de Salud
Observaciones	

Código	A4H1CF6IND45
Nombre del indicador:	Planes de capacitación para proveedores de salud de la CCSS y el MJP que incluyen los temas relacionados con la atención de la población LGTBI.
Hito al que está referido el indicador	Implementada a nivel nacional la Norma Nacional de Atención en Salud sin estigma y discriminación para personas LGBTI y otros HSH.
Criterio de Finalización al que está referido el indicador	Incluidos los temas relacionados con la atención de la población LGTBI en los planes de capacitación de proveedores de salud de la CCSS y el MJP.
Unidad de medida:	Planes de capacitación
Periodicidad de recopilación de la información	Al finalizar su elaboración (Junio 2019).
Fórmula del indicador:	Planes de capacitación para proveedores de salud (CCSS-MJP) / incluyen temas relacionados con la atención de la población LGTBI.
Mecanismo de recolección de información	Propuesta conceptual, metodológica y operativa (de implementación) de cursos de capacitación para proveedores de salud de la CCSS y MJP que incluyen los temas relacionados con la atención de la población LGTBI.
Fuente del indicador	CCSS y MJP
Observaciones	

Código	A4H2CF1IND46
Nombre del indicador:	Un sistema de monitoreo de referencias y contra referencias efectivas para asegurar el continuo de la atención, desarrollado entre la CCSS y las OSC.
Hito al que está referido el indicador	Institucionalización de un sistema de monitoreo de referencias y contra referencias efectivas para asegurar el continuo de la atención en salud.
Criterio de Finalización al que está referido el indicador	La Caja Costarricense de Seguro Social en conjunto con las OSC ha diseñado un sistema de monitoreo de referencias y contra referencias efectivas para asegurar el continuo de la atención.
Unidad de medida:	Sistema de monitoreo de referencias y contrareferencias
Periodicidad de recopilación de la información	Al finalizar la elaboración del sistema.
Fórmula del indicador:	Sistema de monitoreo de referencias y contra referencias efectivas / desarrollado entre la CCSS y las OSC.

Mecanismo de recolección de información	Protocolo del sistema de referencia y contrareferencia.
Fuente del indicador	Hivos
Observaciones	

Código	A4H2CF2IND47
Nombre del indicador:	Número de personas funcionarias de la CCSS que han sido capacitadas en los mecanismos de monitoreo de la efectividad de las referencias y contra referencias, tanto entre los diversos niveles de atención de la institución como entre la institución y las OSC.
Hito al que está referido el indicador	Institucionalización de un sistema de monitoreo de referencias y contra referencias efectivas para asegurar el continuo de la atención en salud.
Criterio de Finalización al que está referido el indicador	La Caja Costarricense de Seguro Social capacita a su personal e institucionaliza mecanismos de monitoreo de la efectividad de las referencias y contra referencias, tanto entre los diversos niveles de atención de la institución como entre la institución y las OSC.
Unidad de medida:	Número de personas funcionarias
Periodicidad de recopilación de la información	Al finalizar la capacitación (Diciembre 2019)
Fórmula del indicador:	Número de personas funcionarias de la CCSS / capacitadas en los mecanismos de monitoreo de la efectividad de las referencias y contra referencias.
Mecanismo de recolección de información	Informes de capacitación de CCSS.
Fuente del indicador	Hivos
Observaciones	

Código	A4H2CF2IND48
Nombre del indicador:	Mecanismos de monitoreo de la efectividad de las referencias y contra referencias, en funcionamiento, entre los diversos niveles de atención de la CCSS y entre la institución y las OSC.
Hito al que está referido el indicador	Institucionalización de un sistema de monitoreo de referencias y contra referencias efectivas para asegurar el continuo de la atención en salud.
Criterio de Finalización al que está referido el indicador	La Caja Costarricense de Seguro Social capacita a su personal e institucionaliza mecanismos de monitoreo de la efectividad de las referencias y contra referencias, tanto entre los diversos niveles de atención de la institución como entre la institución y las OSC.

Unidad de medida:	Mecanismos de monitoreo de la efectividad de referencias y contrareferencias
Periodicidad de recopilación de la información	Una única vez (Diciembre 2019).
Fórmula del indicador:	Mecanismos de monitoreo de la efectividad de las referencias y contra referencias / desarrollados / en funcionamiento.
Mecanismo de recolección de información	Informes de capacitación de CCSS.
Fuente del indicador	Hivos
Observaciones	

Código	A4H2CF3IND49
Nombre del indicador:	Número de OSC que han sido capacitadas para asegurar la referencia y contrareferencia efectiva a los servicios de salud y que cuentan con personal (personas navegadoras) para asegurarla.
Hito al que está referido el indicador	Institucionalización de un sistema de monitoreo de referencias y contra referencias efectivas para asegurar el continuo de la atención en salud.
Criterio de Finalización al que está referido el indicador	Al menos 4 OSC han sido capacitadas y cuentan con personal (personas navegadoras) para asegurar la referencia y contrareferencia efectiva a los servicios de salud.
Unidad de medida:	Número de OSC
Periodicidad de recopilación de la información	Al finalizar la capacitación (Junio 2020).
Fórmula del indicador:	Número de OSC / capacitadas en referencia y contrareferencia efectiva / cuentan con personal (personas navegadoras) para asegurarla.
Mecanismo de recolección de información	Informes de capacitación de OSC y de navegadores.
Fuente del indicador	Hivos
Observaciones	

Código	A4H3CF1IND50
Nombre del indicador:	Número de Áreas de Salud de la CCSS que tienen disponibles pruebas rápidas de VIH para aplicar a poblaciones clave.
Hito al que está referido el indicador	Disponibilidad y aplicación de las pruebas rápidas en la CCSS.
Criterio de Finalización al que está referido el indicador	Las 106 Áreas de Salud de la CCSS tienen disponibles pruebas rápidas de VIH para aplicar a poblaciones clave.

Unidad de medida:	Número de Áreas de Salud
Periodicidad de recopilación de la información	Una única vez (Junio 2019).
Fórmula del indicador:	Número de Áreas de Salud de la CCSS / con disponibilidad de pruebas rápidas de VIH para poblaciones clave.
Mecanismo de recolección de información	Reporte sobre abastecimiento y disponibilidad de pruebas rápidas.
Fuente del indicador	CCSS
Observaciones	

Código	A4H3CF2IND51
Nombre del indicador:	Pilotaje de demanda de la prueba por parte de las poblaciones clave en horarios vespertinos en las áreas de salud que intervienen en el proyecto y cuentan con laboratorio, desarrollado.
Hito al que está referido el indicador	Disponibilidad y aplicación de las pruebas rápidas en la CCSS.
Criterio de Finalización al que está referido el indicador	Pilotaje de demanda de la prueba por parte de las poblaciones clave en horarios vespertinos en las áreas de salud que intervienen en el proyecto y cuentan con laboratorio, desarrollado.
Unidad de medida:	Pilotaje
Periodicidad de recopilación de la información	Al finalizar el pilotaje (Junio 2019).
Fórmula del indicador:	Pilotaje desarrollado de demanda de la prueba para poblaciones clave en horarios vespertinos en las áreas de salud que intervienen en el proyecto y cuentan con laboratorio.
Mecanismo de recolección de información	Informe de Pilotaje.
Fuente del indicador	CCSS
Observaciones	Se incluyen consideraciones sobre el indicador: limitaciones en la obtención de información, requerimientos previos y otros identificados en el proceso de consulta.

Código	A4H4CF1IND52
Nombre del indicador:	Número de convenios establecidos entre la CCSS y OSC para la entrega de condones a las poblaciones clave.
Hito al que está referido el indicador	Disponibilidad de condones y lubricantes para las poblaciones clave.

Criterio de Finalización al que está referido el indicador	La Caja Costarricense del Seguro Social ha establecido convenios con al menos 4 OSC para la entrega de condones a las poblaciones clave.
Unidad de medida:	Número de convenios
Periodicidad de recopilación de la información	Una única vez (Junio 2019).
Fórmula del indicador:	Número de convenios entre CCSS y OSC / para entrega de condones a poblaciones clave / establecidos.
Mecanismo de recolección de información	Documentos de convenios.
Fuente del indicador	Hivos
Observaciones	

Código	A4H4CF2IND53
Nombre del indicador:	Número de Áreas de Salud de la CCSS que tienen disponibles lubricantes para distribuir entre las poblaciones clave.
Hito al que está referido el indicador	Disponibilidad de condones y lubricantes para las poblaciones clave.
Criterio de Finalización al que está referido el indicador	La Caja Costarricense del Seguro Social tiene disponibles lubricantes para distribuir entre las poblaciones clave.
Unidad de medida:	Número de Áreas de Salud
Periodicidad de recopilación de la información	Una única vez (Diciembre 2018).
Fórmula del indicador:	Número de Áreas de Salud de la CCSS / tienen disponibles lubricantes para distribuir entre las poblaciones clave.
Mecanismo de recolección de información	Reporte sobre abastecimiento, disponibilidad y distribución de lubricantes entre poblaciones clave.
Fuente del indicador	CCSS
Observaciones	

Código	A4H5CF1IND54
Nombre del indicador:	Número de cantones nuevos en los que se implementa el modelo de prevención combinada en todos sus componentes, mecanismos y procedimientos que incorpora a su vez a otras poblaciones como mujeres trabajadoras sexuales y personas con VIH.
Hito al que está referido el indicador	Expansión del modelo de prevención combinada a nivel nacional y a otras poblaciones, como mujeres trabajadoras sexuales y personas con VIH.

Criterio de Finalización al que está referido el indicador	El modelo de prevención combinada en todos sus componentes, mecanismos y procedimientos se implementa en 10 cantones nuevos, incorporando a otras poblaciones como mujeres trabajadoras sexuales y personas con VIH.
Unidad de medida:	Número de cantones
Periodicidad de recopilación de la información	Una única vez (Diciembre 2020).
Fórmula del indicador:	Número de cantones nuevos / implementación del modelo de prevención combinada en todos sus componentes, mecanismos y procedimientos / incorpora a otras poblaciones (mujeres trabajadoras sexuales y personas con VIH).
Mecanismo de recolección de información	Reporte de implementación del modelo de prevención combinada en todos sus componentes, mecanismos y procedimientos que incorpora a su vez a otras poblaciones como mujeres trabajadoras sexuales y personas con VIH, en cantones nuevos.
Fuente del indicador	Ministerio de Salud
Observaciones	

Código	A4H6CF1IND55
Nombre del indicador:	Proporción de procesos para el aseguramiento y regularización migratoria de personas con VIH que han finalizado exitosamente en relación con los procesos iniciados durante el año.
Hito al que está referido el indicador	Instituciones públicas y OSC acompañan a personas con VIH en condición migratoria irregular para la regularización de su situación migratoria y la atención integral en salud.
Criterio de Finalización al que está referido el indicador	Implementadas las guías para el aseguramiento y regularización migratoria de personas con VIH mediante un trabajo coordinado entre instituciones públicas y OSC.
Unidad de medida:	Razón
Periodicidad de recopilación de la información	Anual (Diciembre 2018-2021).
Fórmula del indicador:	Procesos exitosos de aseguramiento y regularización migratoria de personas con VIH / Procesos de aseguramiento y regularización migratoria de personas con VIH iniciados durante el año.
Mecanismo de recolección de información	Reporte de implementación de procesos para el aseguramiento y regularización migratoria de personas con VIH.
Fuente del indicador	Hivos
Observaciones	

8.2 En el Plan de Monitoreo y Evaluación de la subvención

Para el seguimiento y la evaluación del Proyecto se definieron indicadores de impacto, resultado, cobertura y proceso. De igual modo, se integra dentro del PME en línea con los compromisos acordados con el Fondo Mundial, medidas de seguimiento del Plan de Trabajo (WPTM). Todo esto se detalla de manera resumida en las tablas que se presentan a continuación.

8.2.1 INDICADORES DE IMPACTO

Tabla No. 1. Indicadores de impacto					
Indicadores	Línea Base	Meta	Fuente del indicador	Periodicidad en la recopilación del dato	Responsables
HIV I-4: Número de muertes relacionadas con SIDA por 100,000 habitantes	3,5	3,5 (2018) 3,5 (2019) 3 (2020) 3 (2020)	Instituto Nacional de Estadística y Censos- Vigilancia de la Salud- Ministerio de Salud.	Anual	Ministerio de Salud
HIV I-9a(M): Porcentaje de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres y viven con el VIH	15,4	15,4	Encuesta de Conocimiento, Comportamiento sexual y Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres trans, mujeres trabajadoras sexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en la gran área metropolitana de San José, Costa Rica.	Al finalizar la Subvención	Ministerio de Salud

HIV I-9b(M): Porcentaje de personas transgénero que viven con el VIH	24,6	23	Encuesta de Conocimiento, Comportamiento sexual y Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres trans, mujeres trabajadoras sexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en la gran área metropolitana de San José, Costa Rica.	Al finalizar la Subvención	Ministerio de Salud
---	------	----	--	----------------------------	---------------------

8.2.2 INDICADORES DE RESULTADO (OUTCOME)

Tabla No. 2. Indicadores de resultado (outcome)					
Indicadores	Línea Base	Meta	Fuente del indicador	Periodicidad en la recopilación del dato	Responsables
HIV O-4a(M): Porcentaje de hombres que afirman haber utilizado preservativo en su última relación de sexo anal con otro hombre	45,1	50	Encuesta de Conocimiento, Comportamiento sexual y Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres trans, mujeres trabajadoras sexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en la gran área metropolitana de San José, Costa Rica.	Al finalizar la Subvención	Ministerio de Salud

<p>HIV O-4.1b(M): Porcentaje de personas transgénero que reportan uso de condón la última vez que sostuvieron relaciones sexuales con una pareja</p>	<p>68,3</p>	<p>75</p>	<p>Encuesta de Conocimiento, Comportamiento sexual y Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres trans, mujeres trabajadoras sexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en la gran área metropolitana de San José, Costa Rica.</p>	<p>Al finalizar la Subvención</p>	<p>Ministerio de Salud</p>
---	-------------	-----------	---	-----------------------------------	----------------------------

8.2.3 INDICADORES DE COBERTURA (OUTREACH)

<p>Tabla No. 3. Indicadores de cobertura (outreach)</p>					
<p>Indicadores</p>	<p>Línea Base</p>	<p>Meta</p>	<p>Fuente del indicador</p>	<p>Periodicidad en la recopilación del dato</p>	<p>Responsables</p>
<p>KP-1a(M): Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres cubiertos por programas de prevención del VIH (paquetes definidos de servicios)</p>	<p>31%</p>	<p>15,8 (2018-II semestre) 30,3 (2019) 29,9 (2020) 15,2 (2021-I semestre)</p>	<p>Datos de cobertura de Proyecto (SIGPRO).</p>	<p>Anual</p>	<p>Ministerio de Salud</p>

<p>KP-3a(M): Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se han sometido a pruebas de VIH durante el período de informe y conocen los resultados</p>	<p>19%</p>	<p>7,9 (2018-II semestre) 15,2 (2019) 40 (2020) 50 (2021-I semestre)</p>	<p>Datos del Proyecto (Vigilancia centinela de las áreas de intervención del Proyecto de la CCSS y datos de los sub receptores y laboratorios privados que trabajan para el Proyecto).</p>	<p>Anual</p>	<p>Ministerio de Salud</p>
<p>KP-1b(M): Porcentaje de personas transgénero cubiertas por programas de prevención del VIH; paquete definido de servicios</p>	<p>80%</p>	<p>29,1 (2018-II semestre) 58,4 (2019) 58,5 (2020) 29,2 (2021-I semestre)</p>	<p>Datos de cobertura de Proyecto (SIGPRO).</p>	<p>Anual</p>	<p>Ministerio de Salud</p>
<p>KP-3b(M): Porcentaje de personas transgénero que se han sometido a pruebas de VIH durante el período de informe y conocen los resultados</p>	<p>39%</p>	<p>29,5 (2018-II semestre) 70,8 (2019) 80,9 (2020) 80,3 (2021-I semestre)</p>	<p>Datos del Proyecto (Vigilancia centinela de las áreas de intervención del Proyecto de la CCSS y datos de los laboratorios privados que trabajan para el Proyecto).</p>	<p>Anual</p>	

8.2.4 INDICADORES DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE TRABAJO²

Tabla No. 4. Indicadores de seguimiento al Plan de Trabajo (WPTM)					
MODULOS	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES CLAVE	HITOS / OBJETIVOS	CRITERIO DE FINALIZACIÓN	PERÍODO PRESENTACIÓN DE INFORME
SSRS: Respuestas y sistemas comunitarios	Desarrollo de capacidades institucionales, planificación y liderazgo.	Asistencia técnica para el diseño e implementación de Proyectos ante la JPS.	OSC implementan Proyectos financiados por la JPS.	Al menos 4 OSC se encuentran recibiendo acompañamiento técnico para el diseño de una propuesta de Proyecto que presentarán para optar por financiamiento de la Junta a partir del 2019.	1-Jul-18 al 31-Dic-18
				Al menos 4 OSC se encuentran recibiendo acompañamiento técnico para la implementación de Proyectos financiados por la JPS.	1-Ene-19 al 31-Dic-19
				Al menos 4 OSC se encuentran recibiendo acompañamiento técnico para la implementación de Proyectos financiados por la JPS.	1-Ene-20 al 31-Dic-20
					1-Ene-21 al 30-Jun-21
Programas para eliminar los obstáculos relacionados con los derechos humanos en	Mejora de leyes, reglamentos y políticas relacionadas con el VIH y la TB/VIH.	Implementación de las acciones prioritizadas del plan de incidencia política de las OSC.	OSC sistematizan denuncias sobre discriminación, violencia contra personas LGBTI.	La organización implementadora realiza acciones planteadas dentro del Plan de incidencia política para posicionar en la agenda nacional, acciones referidas al tema de VIH y Derechos Humanos de las poblaciones claves.	1-Jul-18 al 31-Dic-18
				La implementación de acciones estratégicas de incidencia política que permitan la recolección de información de casos, denuncias formales y en redes sociales para documentar la violencia y discriminación en contra de las personas LGBTI, a través de un informe anual.	1-Ene-19 al 31-Dic-19
				1-Ene-20 al 31-Dic-20	

² Estos indicadores corresponden a las medidas de seguimiento al Plan de Trabajo acordado con el Fondo Mundial (WPTM).

los servicios de VIH					1-Ene-21 al 30-Jun-20
Programas para eliminar los obstáculos relacionados con los derechos humanos en los servicios de VIH	Reducción del estigma y la discriminación. Otras intervenciones para reducir las barreras relacionadas con los derechos humanos en los servicios de VIH.	Implementación del Manual de Contraloría Social de los servicios de atención integral en salud a HSH y mujeres trans por parte de sociedad civil.	Implementación del Manual de Contraloría Social de los servicios de atención integral en salud a HSH y mujeres trans por parte de sociedad civil.	El monitoreo se realizará en las clínicas dentro del área de cobertura del Proyecto (GAM y Puntarenas). El monitoreo de los servicios se realizará de la siguiente forma: 2019-2020-2021: Clínica Moreno Cañas, Clínica Central, Heredia (Cubuququí, Virilla) Alajuela y Puntarenas.	1-Jul-18 al 31-Dic-18
				Las organizaciones de sociedad civil elaborarán al menos un informe de monitoreo social anual, el cual será presentado en la Mesa de Diálogo intersectorial para la implementación de cambios para el cumplimiento de la Normativa.	1-Ene-19 al 31-Dic-19
				Se prevé la realización de mesas de diálogo intersectorial con la Sociedad Civil para el análisis de los resultados de los datos recabados por la OSC en contraloría social, con la participación de representantes de instituciones públicas involucradas (CCSS, MS) y representantes de las poblaciones claves, entre otros actores.	1-Ene-20 al 31-Dic-20
				El seguimiento de las OSC al cumplimiento de la ruta crítica de intervención para mejorar la implementación de la Normativa de acuerdo a los resultados del informe de monitoreo social, avalado por las autoridades correspondientes a cada institución (CCSS y MJ) será documentado con un informe anual elaborado por las OSC de las reuniones de seguimiento con las instituciones correspondientes.	1-Ene-21 al 30-Jun-20
SSRS: Estrategias	Estrategias nacionales en salud, alineamiento con	Establecimiento de procesos de contratación	Establecimiento de procesos de contratación	Procesos de coordinación y asistencia técnica con la Caja Costarricense del Seguro Social para el establecimiento de	1-Jul-18 al 31-Dic-18

nacionales de salud	planes específicos de enfermedades, gobernanza y financiamiento en el sector salud.	social a través de convenios entre instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil para la eficacia de las intervenciones con poblaciones clave.	social a través de convenios entre instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil para la eficacia de las intervenciones con poblaciones clave.	convenios con organizaciones de la sociedad civil que trabajan con poblaciones clave para la entrega de servicios.	
				La Caja Costarricense del Seguro Social ha establecido procesos de contratación social a través de convenios con al menos 4 OSC.	1-Ene-19 al 31-Dic-19
				Los convenios con la CCSS establecen acuerdos para la eficacia de las intervenciones con las poblaciones clave en tres áreas: 1. Provisión de condones para cubrir las metas establecidas por el Proyecto según la siguiente distribución: Año 2019: 41,080. Año 2020: 41,080. Año 3: 20,950. 2. Establecimiento de sistemas, procesos y herramientas para la eficacia de la referencia y contrarreferencia de poblaciones clave. 3. Establecimiento de sistemas, procesos y herramientas para el acompañamiento de pares en la CCSS.	1-Ene-20 al 31-Dic-20 1-Ene-21 al 30-Jun-21
SSRS: Sistema de Información sobre la Gestión Sanitaria y Seguimiento y Evaluación	Calidad de los programas y de los datos.	Establecimiento de procesos para la mejora de los datos de registro y de las intervenciones con las poblaciones clave en la CCSS.	Asistencia técnica para el análisis y mejoramiento del sistema nacional de información para la desagregación de datos por poblaciones	Digitalizada y actualizada la base de datos de las 7 Clínicas de VIH del país (con el histórico de los últimos 10 años), de forma tal que se pueden obtener los datos de la cascada de atención.	1-Jul-18 al 31-Dic-18
				Elaborado el Módulo de VIH que se introducirá en el EDUS, el cual incluye el desglose de la información por poblaciones clave.	1-Ene-19 al 31-Dic-19

			clave; establecimiento de sistemas de registro eficientes, efectivos y de calidad para el registro de la atención, seguimiento de las poblaciones clave y de la ruta crítica de atención en servicios de salud para las poblaciones clave.	Incorporado y funcionando el Módulo de VIH en el EDUS.	1-Ene-20 al 31-Dic-20
				Funcionando el Módulo de VIH del EDUS, lo cual permite obtener información desagregada por poblaciones clave.	1-Ene-21 al 30-Jun-21



IX. COSTEO DE LAS ACCIONES

En el Plan Nacional de Transición hacia la sostenibilidad 2018-2021 se muestra el costeo de las acciones incluidas en esta Estrategia. De manera particular, el área 4 de Servicios, cuyo costo total para el periodo 2018-2021 es de \$15.157.754,88.

..

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- International AIDS Society (2018). *Differentiated Service Delivery for HIV: A decision framework for HIV testing services*.
 - Ministerio de Salud (2016). *Plan Estratégico Nacional VIH 2016-2021*. San José, Costa Rica.
 - Ministerio de Salud (2017). la “*Encuesta de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS y estimación del tamaño de poblaciones clave: mujeres trans, HSH y mujeres trabajadoras sexuales de la Gran Área Metropolitana*”. San José, Costa Rica.
 - ONUSIDA (2015). *Acción Acelerada para la Prevención Combinada*. Hacia la reducción de nuevas infecciones por el VIH a menos de 500.000 de aquí a 2020.
 - ONUSIDA (2016). 90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida
 - ONUSIDA-OPS (2017). *Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa*. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe.
 - ONUSIDA (2017). *Acción rápida y derechos humanos*. Avanzando en materia de derechos humanos para acelerar la respuesta frente al VIH
-