



**Informe Especial
Diálogo Nacional
sobre VIH y Derecho.
Costa Rica 2012.**

Índice General

1. Introducción	3
2. Acceso a servicios de salud	5
2.1. Acceso a condones	5
2.2. Acceso a pruebas de VIH	17
2.3. Acceso a tratamiento ARV (fraccionamiento)	19
2.4. Aseguramiento	20
2.5. Pensión de Régimen no Contributivo por VIH	24
3. Calidad de los servicios de salud	26
3.1. Calidad de los servicios en albergues privados	26
3.1.1. Respeto a la diversidad sexual en albergues (enfoque religioso)	26
3.2. Calidad de los servicios de salud públicos	27
3.2.1. Efectos psicoemocionales del TAR	28
3.2.2. Consejería pre y post prueba	31
3.2.3. Servicios de odontología para personas con VIH	33
3.2.4. Mala calidad de atención a personas GLBT jóvenes	34
3.2.5. Mala calidad de atención en las clínicas de VIH de la CCSS	36
3.2.6. Pruebas de genotipo y fenotipo	37

4. Discriminación, maltrato y exclusión	38
4.1 Abuso policial.	38
4.2 Discriminación	42
4.2.1 En los servicios de salud	42
4.2.2 Maltrato en servicios de salud a paciente con tuberculosis	47
4.2.3 En el sistema educativo.	47
4.3 VIH y vida productiva.	49
5. Derechos reproductivos de mujeres con VIH.	63
6. Prevención del VIH	64
6.1 Ausencia de campañas de prevención, educación y comunicación	64
6.1.1 Coordinación con sociedad civil	64
6.1.2 Sensibilización contra la homofobia, lesbofobia y transfobia	65
6.2 Educación en salud sexual y salud reproductiva	68
7. VIH y poblaciones en condiciones de vulnerabilidad	68
7.1 VIH y personas adultas mayores	69
7.2 VIH, adicciones y personas menores de edad	69
7.3 VIH y personas privadas de libertad.	70
7.4 VIH y población migrante	72
7.5 VIH y trabajadoras/es sexuales	77
7.5.1 Personas menores de edad en explotación sexual.	78
8. Conclusiones	80

Siglas

PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
DHR	Defensoría de los Habitantes de la República
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud
PASMO	Organización Panamericana de Mercadeo Social
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
ONGs	Organizaciones No Gubernamentales
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH y sida
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
LGBTI	Lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexo
MINSA	Ministerio de Salud Pública
UCR	Universidad de Costa Rica
CENDEISSS	Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social
IMAS	Instituto Mixto de Ayuda Social
INAMU	Instituto Nacional de las Mujeres

USAID/PASCA Programa para el fortalecimiento de la respuesta centroamericana al VIH
COREBRUNCA Consejo Regional de Desarrollo de la Región Brunca
COREDES-PROLI Consejo Regional para el Desarrollo de la Provincia de Limón
SFNV Sistema Nacional Financiero de la Vivienda
BFV Bono Familiar para la Vivienda
IDESPO Instituto de Estudios Sociales en Población
CICAP Centro de Estudios y Capacitación en Administración Pública
HSJD Hospital San Juan de Dios

Diálogo Nacional sobre VIH y Derecho. Costa Rica 2012

1. Introducción

En el año 2010 el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) pone en funcionamiento la Comisión Global sobre VIH y el Derecho. Esta es una instancia conformada por un grupo de expertos de todas las latitudes. La Comisión Global sobre VIH y Derecho es un órgano independiente, convocado por el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD), en nombre del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA (ONUSIDA) y con respecto a la cual el PNUD asume la función de Secretaría.

Bajo el convencimiento de que los marcos jurídicos vigentes juegan un papel central para la puesta en práctica de los derechos humanos de las personas con VIH, o en su defecto pueden facilitar e incluso impulsar violaciones; esta Comisión presenta evidencia y análisis relacionados con la salud pública, los derechos humanos y los aspectos legales y ofrece, además, recomendaciones a los legisladores y encargados de la formulación de políticas, la sociedad civil, los asociados para el desarrollo y los actores del sector privado que participan en la elaboración de una respuesta global sustentable frente al VIH.

Una de las estrategias seguidas por esta Comisión fue la realización de Diálogos Regionales en los que a partir de evidencias se analizaron las fortalezas y debilidades de los marcos legales de diferentes regiones del mundo y el impacto de estos en las realidades cotidianas de miles de personas.

Uno de los acuerdos durante estos Diálogos Regionales fue la realización de Diálogos Nacionales. A raíz del Diálogo Regional sobre el VIH y el Derecho llevado a cabo en Sao Paulo, Brasil en junio de 2011, representantes de la sociedad civil costarricense solicitaron al PNUD facilitar el desarrollo de un Diálogo Nacional en Costa Rica.

El Diálogo Nacional sobre VIH y el Derecho en Costa Rica se llevó a cabo el día 28 de noviembre, en la ciudad de San José. Este diálogo tuvo la particularidad de que fue planificado y ejecutado en el marco de una coordinación entre el PNUD-Costa Rica y la Defensoría de los Habitantes (DHR); con el apoyo y asesoría permanente de la Oficina Regional del PNUD, situada en Panamá.

Durante el evento se reunieron representantes de instituciones públicas, representantes de organizaciones sociales cuyas labores están vinculadas a los derechos humanos de las personas con

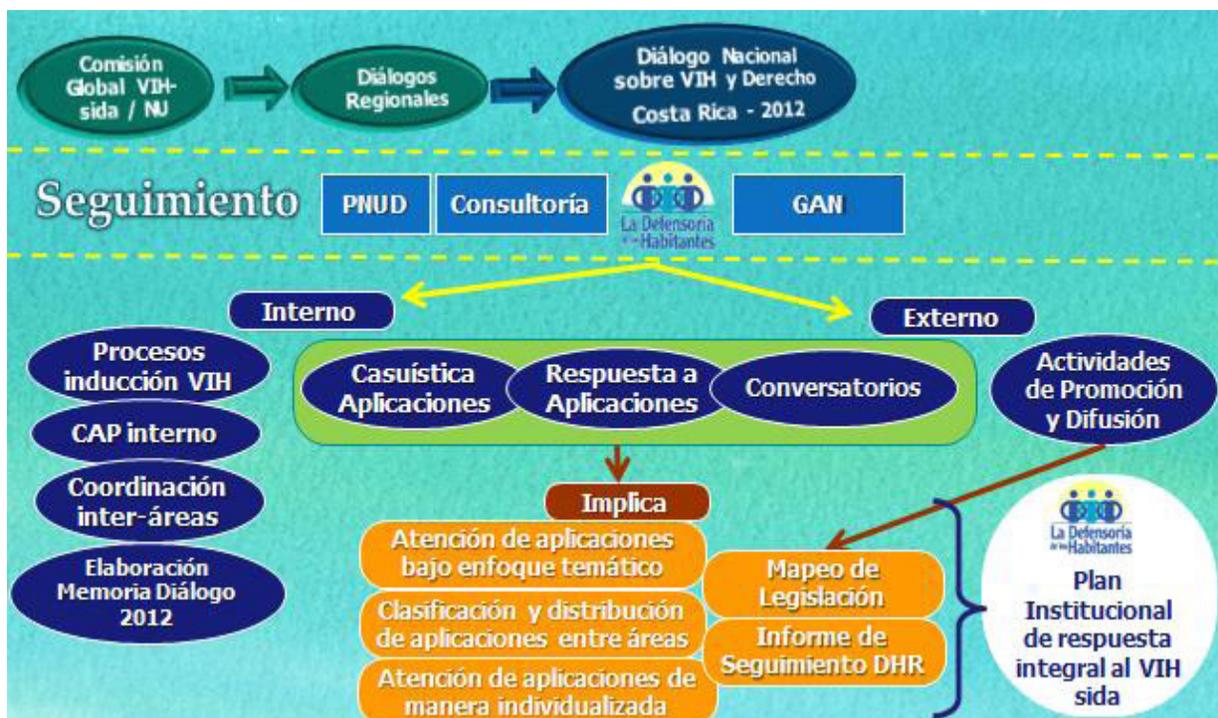
VIH y sida, así como personas con VIH y sida no organizadas. Se presentaron 50 aplicaciones, las cuales plantearon 87 situaciones particulares en los que se violaba algún derecho de las personas con VIH, de acuerdo con los instrumentos internacionales en la materia y con la propia legislación nacional.

Costa Rica fue pionera en diseñar una estrategia de mayor alcance para dar seguimiento al Diálogo Nacional.. La Defensoría de los Habitantes asumió el compromiso de dar seguimiento y respuesta a cada una de las aplicaciones presentadas, mediante un ejercicio institucional que a la vez sería la semilla de un Plan Institucional -debidamente instalado en los mecanismos de planificación interna- para dar respuesta a la situación de los derechos humanos de las personas con VIH en Costa Rica.

De acuerdo con lo establecido, el PNUD asumiría los costos de una consultoría que durante alrededor de cinco meses apoyó, impulsó, asesoró y sistematizó la estrategia mediante la cual la DHR asumía el seguimiento a las quejas de los/as aplicantes. La DHR por su parte se compromete a institucionalizar su respuesta a la situación de los derechos de las personas con VIH y sida en el país. En este marco se concretó en la Defensoría un proceso de inducción sobre el tema de VIH y sida a cerca de 30 de sus funcionarios y funcionarias, quienes luego replicaron conocimientos con sus compañeros/as de área.

De la misma manera se hizo una medición de conocimientos, actitudes y prácticas en la que participó más del 80 por ciento del personal de la DHR, incluyendo sus oficinas regionales. Esta medición permitió contar con una línea de base que permita monitorear el avance en estos aspectos, la cual a la vez facilitó el establecimiento de los objetivos del proceso de inducción antes citado.

La imagen a continuación muestra de manera gráfica el proceso que se menciona.



Como parte de la construcción de respuestas a las denuncias presentadas durante el Diálogo, se fortaleció el trabajo coordinado entre las diferentes áreas de trabajo de la DHR; con lo que se reivindica la idea de una respuesta integral y de que el VIH y el sida implican mucho más que el derecho a la salud. De hecho, en términos operativos, las respuestas a las aplicaciones han ocupado a un grupo de cerca de diez funcionarios y funcionarias de las áreas de defensa y promoción de la Defensoría.

Las respuestas construidas durante este período, la situación actual de cada uno de los temas tratados y las recomendaciones de seguimiento constituyen el contenido del informe que aquí se presenta. Si bien el ordenamiento general de la información fue trabajo del consultor aportado por el PNUD, este documento es producto del trabajo colectivo de los y las profesionales de la DHR encargados de las aplicaciones y temas. La información contenida en este documento ha sido producto del trabajo realizado por el consultor Juan Carlos Zamora y el trabajo colectivo de los y las profesionales de la DHR encargados de las aplicaciones y temas.

Esta evidencia escrita del trabajo realizado será seguida de la elaboración de un plan institucional de respuesta al VIH y sida de parte de la Defensoría de los Habitantes, el cual se alimentará de todo el trabajo realizado en estos meses, así como de la trayectoria general de esta institución en materia de VIH y sida.

Cinco grandes ejes temáticos ordenan la información de este informe: Acceso a los servicios de salud; Calidad de los servicios de salud; Investigación y Prevención del VIH; Discriminación, Maltrato y Exclusión; y VIH y poblaciones vulnerabilizadas. Cada una de estas categorías incluye a lo interno una serie variable de subcategorías temáticas que determinan la estructura del presente informe.

2. Acceso a servicios de salud

Poco más del 17 por ciento de las quejas presentadas durante el Diálogo Nacional tienen que ver con el tema general de acceso a los servicios de salud. Se trata de dos grupos de reclamos: los que tienen que ver con una serie de servicios médicos que la seguridad social no está ofreciendo o no está garantizando acceso a algunas poblaciones y, por otra parte, los que tienen que ver con la falta de acceso –en general- a la seguridad social.

A continuación se presenta la situación de cada uno de estos temas.

2.1. Acceso a condones

El condón es generalmente reconocido como uno de los pocos mecanismos efectivos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual (incluyendo el VIH) que es además accesible, fácil de usar y con muy pocos efectos adversos.

Por tal razón, el acceso a condones se considera un aspecto clave dentro de las acciones de respuesta al VIH y sida, principalmente entre poblaciones con comportamientos de mayor riesgo, como trabajadores/as sexuales.

Las personas y organizaciones que plantearon sus preocupaciones sobre este tema alegaron fundamentalmente que el acceso a los condones no ha sido universalizado, y que existen limitaciones para el acceso al mismo por parte de trabajadores y trabajadoras sexuales, así como de personas privadas de libertad.

La Defensoría de los Habitantes recibió una queja planteada por el Sr. Carlos Alfaro Villegas, en la que manifestó lo siguiente:

Como representante de la Asociación BITRANS de Costa Rica, señala que el 30 de noviembre se presentó al Departamento de Control del Sida de la Clínica Moreno Cañas a retirar los condones de los meses de noviembre y diciembre, para realizar trabajo de calle que efectúa la organización que representa, y les negaron los condones, indicando que las políticas internas de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) las cambiaron, lo cual no ha sido notificado a la organización.

Por lo anterior solicita la intervención de la Defensoría para que se investigue la negativa de la Dra. Ugalde de brindar los condones para la Asociación BITRANS, lo cual violenta los derechos de las personas transexuales y otras poblaciones que están en riesgo constante de adquirir el VIH.

Admitida la queja para su investigación y estudio, se le solicitó a la Dirección de la Clínica Moreno Cañas y a la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, la presentación del informe de ley.

El informe respectivo fue presentado por las personas que se citan a continuación:

Dra. Priscila Garita Guevara, Directora a.i. Clínica Moreno Cañas, mediante escrito sin fecha, recibido el día 24 de enero del 2012, el que en lo conducente establece que:

"... es cierto que el día treinta de noviembre del dos mil once fue denegada la solicitud verbal de una donación de preservativos a la Organización No Gubernamental BITRANS de Costa Rica, por cuanto no se encuentra formalmente inscrita ante el Ministerio de Salud. Dicha situación le fue comunicada al señor Carlos Alfaro Villegas mediante el oficio número DM-CMC-0557-2011 de fecha quince de diciembre del dos mil once. (Ver oficio número DM-CMC-0577-2011 y lista de ONGs inscritas formalmente ante el Ministerio de Salud-CONASIDA).

A la fecha, a BITRANS de Costa Rica no se le ha extendido la certificación de su inscripción por parte del Ministerio de Salud-CONASIDA por lo que una vez que el aporte a la Clínica Dr. Ricardo Moreno Cañas, se procederá a la entrega exacta de MIL PRESERVATIVOS cada mes.

Como parte del control y ámbito de acción en la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual, BINSTRANS de Costa Rica, deberá presentar mensualmente ante la Dirección General de la Clínica Dr. Ricardo Moreno Cañas un informe de los programas y lugares cubiertos con los preservativos (CONDONES).

Por otra parte debemos informar a la Defensoría de los Habitantes que es hasta finales del dos mil once, que la Clínica Dr. Ricardo Moreno Cañas asume la parte técnica asistencial de la Unidad de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y hasta el momento la Caja ...no ha emitido cambios en las políticas y procedimiento

de distribución de condones, ya que se continúa con la entrega de los condones a las Organizaciones No Gubernamentales para el buen desarrollo de sus labores de conformidad con lo establecido en la Ley 7771 Ley General sobre el VIH y sida...”

Dr. José Miguel Rojas Hidalgo, Director de Desarrollo de Servicios de Salud, CCSS, mediante oficio DDSS-0119-12 de 01 de febrero del 2012.

a. Acceso universal al condón.

La disponibilidad de este dispositivo en la Áreas de Salud y Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) obedece a una planificación adecuada basada en la demanda y la proyección por los usuarios de estos servicios que debe responder a una programación presupuestaria respectiva de cada uno de los centros de salud.

EL suministro mano a mano como es sugerido en esta solicitud está sujeto estrictamente a mecanismos de control y regulación establecidos por la institución, uno de los cuales se supedita al despacho de farmacia de manera que se garantice la administración eficiente de los mismos.

No omito manifestarles que la Institución está gestionando ante las instancias respectivas que administran este dispositivo, mecanismos que faciliten la ampliación de cobertura y acceso a los mismo, uno de los cuales es la alianza estratégica con organizaciones que intervienen en los procesos de formación, educación, comunicación y dispensación de condones para la prevención del VIH y las ITS, entre las cuales se cita a la Organización Panamericana de Mercadeo Social (PASMO, por sus sigla en inglés).

Asimismo, la institución está evaluando la posibilidad de dispensar los condones mediante receta única en cada una de las áreas de salud, pero siempre apegada a mecanismos de regulación y control que aseguren el balance del ingreso y egreso de estos, y el resultado de impacto que se genere en materia de prevención.

Los lineamientos para la distribución de condones a menores de edad y adolescentes debe obedecer a objetivos claros basados en normativa nacional y directrices institucionales que garanticen el uso adecuado de los mismos, no obstante la dispensación de estos dispositivos a estos segmentos poblacionales, no es suficiente si no es acompañando de todo un proceso de inducción y de información. En este contexto la institución está planteando una modalidad de atención diferenciada en materia de promoción y prevención dirigida y focalizada a estos grupos espacio-población.

b. Unidad de Control de VIH e ITS

Dicha unidad actualmente está bajo la administración de la Clínica Moreno Cañas para el próximo año, su abastecimiento dependerá de la programación de consumo por esta unidad de atención.

Todas las áreas de salud de la Institución disponen de tratamiento de ITS, incluida esta Unidad se asociara a norma diseñado para el mismo, en relación a servicios amigables hay un mecanismo de contraloría de servicios para atender estas disposiciones.”

Además, como parte del proceso de investigación de la queja, se realizaron las siguientes gestiones:

Reunión el día 15 de marzo del 2011, con la Viceministra de Salud; con representantes de la Clínica Moreno Cañas, de la Dirección de Desarrollo de la CCSS, y de la Comisión Institucional de VIH y sida de la CCSS encargada del tema.

Concluida la investigación, se constataron los siguientes hechos:

1.- Que el Artículo 25 de la Ley General de VIH, indica en relación con las ONGs que "...las organizaciones no gubernamentales deberán registrarse ante el Ministerio de Salud, ... Las acciones que desarrollen esas organizaciones, dedicadas a prevenir y atender el VIH y sida, podrán ser consideradas parte del Programa Nacional del Sida, según decisión del Ministerio de Salud. ... Las organizaciones no gubernamentales podrán prestar el apoyo requerido por las autoridades de salud, con el fin de garantizar mejores resultados en las acciones relacionadas con la prevención y atención del VIH y sida"

2. Que asimismo, el artículo 24 de la Ley citada en el Hecho anterior, establece que"... el preservativo constituye un medio de prevención contra el contagio del VIH; consecuentemente, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, procurarán que los establecimientos brinden el acceso a los preservativos y dispongan de ellos, en lugares adecuados y condiciones óptimas y en cantidades acordes con la demanda de la población. Dichas instituciones se encargarán, además, de fortalecer las campañas educativas sobre la conveniencia y el uso del preservativo..."

3.- Que el Reglamento de la Ley General sobre VIH, en su artículo 1, crea el Consejo Nacional de Atención Integral al VIH Y SIDA, (CONASIDA) adscrito al Ministerio de Salud, como máxima instancia en el nivel nacional encargada de recomendar las políticas y los programas de acción de todo el sector público, relacionados con los asuntos concernientes al "Virus de Inmunodeficiencia Humana y al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", el que entre otras tiene la siguiente función: "Coordinar con las diferentes instituciones, tanto públicas como privadas, los asuntos relacionados con el VIH Y SIDA. Se fomentarán la cooperación y los acuerdos interinstitucionales."

4.- Que el Ministerio de Salud, por medio del CONASIDA es el responsable de garantizar la divulgación, implementación y consolidación eficiente de la Política en este tema, a través de la coordinación con los jefes y directores de todas las instituciones públicas, ONGs y otros sectores. Asimismo, como ente rector en materia de salud, está obligado a velar por la salud de la población.

5.- Que el artículo 26 de la Ley General de VIH, establece que "Las acciones de prevención del VIH que desarrolle el Ministerio de Salud con entidades públicas o privadas, deberán coordinarse de manera integral con los servicios y programas de prevención y atención de enfermedades de transmisión sexual, por su relación e importancia como facilitadoras de la transmisión del VIH".

6. Que la Clínica Moreno Cañas, el día 30 de noviembre del 2011, le denegó a la Organización No Gubernamental BITRANS de Costa Rica, la entrega de condones por no estar en ese momento formalmente inscrita ante el Ministerio de Salud, según la lista oficial que les proporcionó CONASIDA.

7.- Que en la reunión realizada el día 15 de marzo del 2011, con la Viceministra de Salud, representantes de la Clínica Moreno Cañas, de la Dirección de Desarrollo de la CCSS, y de la Comisión Institucional de la CCSS encargada del tema de VIH y sida, se discutió el tema de la dispensación de condones, acordándose en lo conducente, lo siguiente:

- Elaboración por parte de la CCSS de un documento (convenio/protocolo) para normar y sistematizar la entrega de condones a las ONGs que contenga no solo el procedimiento de dispensación, sino también temas relacionados con educación, promoción, y prevención en el tema.
- Que dicho documento sería revisado y concertado con las autoridades del Ministerio de Salud como ente rector del sistema de salud, previo a socializarlo con las ONGs.

Con fundamento en lo expuesto, la Defensoría de los Habitantes considera que para efectos de análisis del tema de dispensación de condones en relación con el tema de VIH Y SIDA, son de aplicación en el presente expediente las consideraciones sobre los preservativos y la prevención del VIH, externadas en la "Declaración de ONUSIDA, UNFPA y OMS", de 19 de marzo de 2009, indican que:

"...

La utilización del preservativo es un elemento crucial para un enfoque integral, eficaz y sostenible de la prevención del VIH, y conviene acelerar su promoción. Se estima que en 2007 alrededor de 2,7 millones de personas se infectaron por el VIH. ...

El preservativo masculino de látex es la tecnología individual disponible más eficaz para reducir la transmisión sexual del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

El desarrollo de nuevas tecnologías de prevención, como las vacunas contra el VIH y los microbicidas, continúa avanzando, pero los preservativos seguirán siendo por muchos años el principal medio de prevención. Los preservativos son un elemento clave de las estrategias combinadas de prevención a las que las personas pueden optar en diferentes momentos de sus vidas para reducir los riesgos de la exposición sexual al VIH. Estas estrategias incluyen el aplazamiento del inicio de la actividad sexual, la abstinencia, un comportamiento más seguro basado en mantenerse fiel a la pareja cuando ambos miembros de la pareja no están infectados, la reducción del número de parejas sexuales, el uso correcto y sistemático del preservativo y la circuncisión masculina.

...Los programas de prevención deben velar por la disponibilidad de preservativos de alta calidad para las personas que los necesitan y cuando los necesitan, y asegurar que las personas tengan los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para utilizarlos correctamente.

Los preservativos deben estar fácilmente disponibles universalmente, con carácter gratuito o a un precio razonable, y fomentarse de un modo tal que ayude a salvar los obstáculos sociales y personales a su uso.

Cuando la persona puede acceder al preservativo de forma gratuita o a un precio muy subvencionado, es más probable que lo utilice. Una promoción eficaz del preservativo no solo debe orientarse a la población general sino también a las personas que están muy expuestas al riesgo de infección por el VIH, como son las mujeres, los jóvenes, los profesionales del sexo y sus clientes, los consumidores de drogas inyectables y los hombres que tienen relaciones sexuales

con hombres. ... Es necesario emprender acciones colectivas a todos los niveles para apoyar los esfuerzos de los países, particularmente de aquellos que dependen de la asistencia externa para la adquisición, promoción y distribución de preservativos.

....En muchos países, los preservativos han desempeñado un papel decisivo en los esfuerzos de prevención del VIH.

Los preservativos han contribuido a reducir las tasas de infección por el VIH allí donde el sida ya se ha extendido con fuerza, conteniendo la propagación más generalizada del VIH en lugares donde la epidemia aún está concentrada en grupos de población concretos.

Los preservativos también han alentado a adoptar un comportamiento sexual más seguro de forma más amplia. Estudios recientes de la epidemia de sida en Uganda han confirmado que el aumento en el uso del preservativo, conjuntamente con el aplazamiento en la edad de la primera relación sexual y la reducción del número de parejas sexuales, fue un factor importante en el descenso de la prevalencia del VIH en el decenio de 1990. Los esfuerzos de Tailandia para eliminar el estigma ligado al uso de preservativos y su promoción orientada a los profesionales del sexo y sus clientes han reducido drásticamente las infecciones por el VIH en esos grupos de población y ayudado a reducir la propagación de la epidemia a la población general. Una política similar implantada en Camboya ha ayudado a estabilizar la prevalencia nacional del VIH, al tiempo que ha reducido significativamente esta tasa entre los profesionales del sexo. Además de estos progresos, la promoción temprana y enérgica del preservativo llevada a cabo en el Brasil entre la población general y los grupos vulnerables ha contribuido en gran manera al control sostenido de la epidemia.”

No hay duda que la utilización del preservativo es un elemento crucial para un enfoque integral, eficaz y sostenible de la prevención del VIH, que tal y como se señala, su promoción en el uso debe ser realmente un factor preponderante para las autoridades de salud y los prestatarios de los servicios públicos en salud.

En el sentido anterior, y tal como se señala en las regulaciones expuestas en los Hechos, corresponde al Ministerio de Salud como rector del Sector Salud y en forma concreta a través de CONASIDA, determinar políticas y acciones para la prevención del VIH. En este tema de prevención, una de las estrategias importantísimas es el uso del preservativo, por lo que en el caso que nos ocupa, la aplicación del artículo 24 de la Ley General de VIH resulta indispensable y, por ello, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, deben procurar y buscar los mecanismos para que los establecimientos de atención en salud de la Seguridad Social brinden el acceso a los preservativos en lugares adecuados, condiciones óptimas y en cantidades acordes con la demanda de la población, según las valoraciones técnicas que se determinen por parte de las autoridades de salud.

Es por ello que resulta imprescindible que el Ministerio de Salud y la CCSS coordinen acciones para que se elabore y se emita el documento respectivo que permita normar y sistematizar la entrega de condones a las ONGs, así como también temas relacionados con educación, promoción, y prevención en el tema, esto en el marco del artículo 26 de la Ley General del VIH y sida. (“Las acciones de prevención del VIH que desarrolle el Ministerio de Salud con entidades públicas o privadas, deberán coordinarse de manera integral con los servicios y programas de prevención y atención de enfermedades de transmisión sexual, por su relación e importancia como facilitadoras de la transmisión del VIH”).

Se procedió a elaborar el informe final de la investigación expediente No. 92351-2012-SI por medio del oficio 08996-2012-DHR de fecha 14 de agosto de 2012, en cual se giraron las siguientes recomendaciones:

“A LA VICEMINISTRA DE SALUD Y A LA DIRECCION DE DESARROLLO DE LA GERENCIA MÉDICA DE LA CCSS

- Coordinar acciones para que se emita en forma conjunta el documento para normar y sistematizar la entrega de condones a las ONGs que contenga no solo el procedimiento de dispensación, sino también temas relacionados con educación, promoción, y prevención en el tema.
- Remitir información y cronograma de actividades a esta Defensoría, en la que se determine las acciones que se llevarán a cabo en forma conjunta entre ambas instancias para emitir el documento señalado en la recomendación 1.
- Una vez definido el documento final para los efectos señalados en la recomendación 1, coordinar reunión para su presentación formal a las ONGs y a esta Defensoría.”

Mediante oficios que se dirán, se informó a la Defensoría de lo actuado en relación con las recomendaciones citadas anteriormente lo siguiente:

Oficio DM-SC-7033-2o12 de 10 de setiembre del 2012, suscrito por la Dra. Sisy Castillo, Viceministra de Salud.

“(…) le informo a continuación sobre las acciones desarrolladas por el Ministerio de Salud como garantía del derecho al acceso a condones, en el marco del cumplimiento de la Política Nacional de Sexualidad 2011-2021 y el Plan Estratégico de VIH y 2011-2015:

ACTIVIDAD	EJECUTADA	POR EJECUTAR FECHA PROGRAMADA
<p>Se realizó una consultoría que brindará un documento de base para la definición de una Estrategia de Acceso Universal a Condones. Este documento tiene varios capítulos que incluso se piensa pueden ser publicados en forma independiente como consulta, el documento contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de situación del uso de condones, ITS, VIH y embarazo no deseados. • Análisis de barreras para el acceso Estudio de buenas prácticas para el acceso universal a condones en diferentes países. • Propuesta de fortalecimiento de una estrategia de acceso a condones. • Análisis Costo Beneficio. 	X	

Reunión con grupo técnico de trabajo intersectorial para afinar la propuesta hecha en la consultoría.		x 21 setiembre
<p>Estimación de Requerimiento de Condones para Poblaciones en Más Alto Riesgo de Adquirir el VIH, PEMAR:</p> <p>a) Hombres que tienen sexo con Hombres, HSH</p> <p>b) Trabajadoras del sexo - mujeres, TSM</p> <p>c) Trabajadores del sexo - hombres, TSH</p> <p>d) Trabajadoras del sexo - trans, TST.</p> <p>e) Población trans (no en trabajo sexual)</p> <p>f) Población migrante /móvil</p> <p>g) Hombres privados de libertad, PPL</p> <p>h) Trabajadores del sexo hombres, privados de libertad, TSPPL</p> <p>Elaborado por una subcomisión de CONASIDA, que servirá de insumo para la estrategia nacional y el plan de comunicación social.</p>	x	
Taller de presentación de la Estrategia y elaboración de Plan intersectorial de ejecución de la estrategia.		x Noviembre
Elaborado Plan de Comunicación Social para promover el uso sistemático y correcto del condón.	x	
Validación de mensajes y medios del Plan de Mercadotecnia Social para la Promoción de una sexualidad desde el autocuidado y el uso del condón entre poblaciones prioritarias/vulnerables en Costa Rica.		x

ACTIVIDAD	EJECUTADA	POR EJECUTAR FECHA PROGRAMADA
Se elaboraron grupos focales con adolescentes mujeres, con adolescentes hombres, con mujeres adultas, hombres adultos, migrantes mujeres y migrantes hombres, trabajadoras sexuales, clientes de trabajadoras sexuales y hombres que tienen sexo con hombres, para definir la mejor forma de enviar mensajes a cada grupo.	x	

Se va a elaborar con el Plan de Medios y la validación de mensajes un documento denominado: Manual para la elaboración de productos comunicacionales para la promoción de una sexualidad segura, informada y en corresponsabilidad y la promoción de uso correcto y sistemático de condón.		x Octubre
Se realizará Taller intersectorial para la elaboración de productos comunicacionales para la promoción de una sexualidad segura, informada y en corresponsabilidad y la promoción de uso correcto y sistemático de condón.		x 3 Octubre
Taller con comunicadores/as de las oficinas de comunicación de diferentes instituciones para capacitarlos en cuáles son los asuntos centrales para divulgar el derecho a una sexualidad segura y promover el uso del condón.		Noviembre finales

Los funcionarios encargados de la ejecución de las acciones son Dra. Alejandra Acuña Navarro, Directora a.i de la Dirección de Planificación Estratégica de las Acciones en Salud y Coordinadora de CONASIDA, y la Licda. Edda Quirós Rodríguez, encargada del Programa Salud Sexual Reproductiva. (...)"

Oficio DM-SC-8151 2012 de 02 de noviembre de 2012, suscrito por la Dra. Sisy Castillo, Viceministra de Salud y Presidenta de CONASIDA

"(...)

En el marco de la reversión de la epidemia del VIH y disminución de la transmisión de las Infecciones de transmisión sexual, la vulnerabilidad social y la informalidad en que laboran las personas que transaccionan comercialmente con el sexo, y las subpoblaciones en mayor riesgo con difícil acceso a los servicios de salud, se requiere de intervenciones en Salud Pública que integren acciones basadas en la Atención Primaria haciendo énfasis en la prevención y educación.

En este sentido la cooperación interinstitucional pública y privada, Ministerio de Salud-Caja Costarricense de Seguro Social, coadyuva a responder las necesidades sentidas y demandas de servicios por estas poblaciones a manera de reducir las desigualdades y brechas en la atención a la salud de las personas.

Por tal motivo el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social han considerado lógico, necesario y conveniente, establecer herramientas técnicas y jurídicas que permitan a la Institución prestadora de servicios fortalecer el desarrollo de la salud sexual y reproductiva de las personas, enmarcado en:

- las competencias y funciones de los servicios de salud que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social y
- en los procesos de regulación, control y evaluación del buen uso e impacto de las acciones que realiza el Ministerio de Salud.

Dentro de dicho contexto, en nuestro Ordenamiento Jurídico, la Ley General sobre VIH y sida y su Reglamento, constituyen el marco legal que de forma especial regula lo relacionado con la materia VIH y sida. Así, el objetivo general de esta PROPUESTA se orienta a la educación, la promoción de la salud, la prevención y la educación, además, trata de los derechos y deberes de los portadores del VIH, los enfermos de Sida y los demás habitantes de la República, según lo dispuesto en el artículo 1 de la Ley citada.

“El artículo 43, por su parte indica: “las instituciones públicas podrán financiar programas realizados por ONGs declaradas de interés público e inscritas ante el Ministerio de Salud, cuya finalidad sea prevenir el VIH y atender a las personas portadoras o enfermas”, y el numeral 44, señala: “El Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social cooperarán con las ONG’s registradas proporcionándoles material informativo y educativo, preservativos y cualquier otro que el Ministerio considere necesario para el buen desarrollo de sus labores”.

En este marco desde la Caja Costarricense de Seguro Social se viene trabajando en la formulación de una alianza estratégica a través de un Convenio CCSS-ONGS y un protocolo interinstitucional CCSS-MS, que logre la operacionalización de este Convenio de manera que entre todas las partes se establezcan las responsabilidades generales y específicas para poner en funcionamiento en forma efectiva y eficiente esta Alianza.

Por el otro lado el Ministerio de Salud viene conduciendo la formulación de una ESTRATEGIA para el Acceso Universal, que considera no solo la distribución sino la garantía del uso de este dispositivo. Para tal efecto se realizó un estudio de costo/efectividad y otro de conocimientos, prácticas y actitudes en poblaciones vulnerables.

Ambas instituciones consideraron de alta importancia disponer primero de insumos y herramientas técnicas y jurídicas entre ambas y de cada una de las instituciones para posteriormente socializarlas y oficializarlas con las ONGs, por tal motivo se plantearon varias fases:

Primera fase: Disposición de insumos técnicos “propuesta de la estrategia de acceso universal a condones, resultados de estudios costo/efectividad, plan de comunicación social por el MS y el protocolo de procedimientos técnicos y operativos para la aplicación del convenio CCSS-ONGS” Dicha fase está finalizada.

Reunión para revisión y análisis conjunta entre el MS, la CCSS y la DHR. **Se propone el 26 de noviembre 2012.**

Segunda fase: Socialización y validación de la Estrategia de Acceso Universal de condones y el plan de comunicación social. A realizar finales de noviembre de 2012.

Tercera fase: Oficialización de la ESTRATEGIA. A realizar primer trimestre 2013.

Cuarta fase: Socialización del protocolo técnico-operativo. A realizar primer trimestre 2013.

Quinta fase: Definición de los mecanismos de relación entre MS-CCSS-ONGS,

Definición y desarrollo de los mecanismos de M&E.

Presentación formal del proceso a las ONGs.

Esta fase se propone iniciar en el segundo trimestre del 2013.

(...)”

Oficio N. 19538-5 de 01 de abril del 2013, suscrito por la Dra. Ma. Eugenia Villalta, Gerente Médico de la CCSS, con el que adjuntó copia de los oficios DM-CMC-0107-2013 de 18 de marzo 2013 suscrito por la Dra. Olga Ugarte Ulate, Directora Médica de la Clínica Moreno Cañas.

“(...) Respecto de la recomendación emitidas a esta Gerencia Medica, sobre “Informar desde que fecha la unidad de Control de VIH y sida está bajo la administración de la Clínica Moreno Cañas, y los resultados de esa gestión en términos de atención a los usuarios y de entrega de condones y medicamentos requeridos por estos. Informar si la provisión de insumos en general a dicha Unidad ha mejorado bajo dicha gestión “; hago de su conocimiento la siguiente información:

— La unidad de Control de VIH y sida está bajo la administración de la Clínica Moreno Cañas desde el 01 de septiembre del 2012 pero su traslado total se materializa el 01 febrero del 2013, fecha en donde se realiza una sesión técnica de trabajo sobre el tema y se formaliza el mismo con la suscripción de un documento formal por parte de la Gerencia Medica y la Clínica Moreno Cañas.

Se adjunta documento de Traslado Unidad de Prevención y Control de ITS-Sida-VIH.

Acta de la sesión del 01 de febrero del 2013 y su respectiva lista de asistencia.

Oficios DDSS 133-33, 9967-15-ICHG-13

— Respecto de lo consultado sobre los resultados de la gestión en términos de atención a los usuarios, suministro de condones y medicamentos requeridos por estos, adjunto copia del oficio **DM-CMC 107-2013** emitido por la Dra. Olga Ugarte Ulate — Directora Médica a.i. del Area de salud de Mata Redonda en donde se detalla:

El aumento de la Atención médica (37.5%) y no médica (13.5%) respecto del periodo anterior.

En cuanto a los servicios de apoyo farmacéutico, también ha incrementado (33.43%) el despacho de medicamentos en el programa (No incluye despacho de condones)

Sobre el despacho de condones, existe igualmente una tendencia al incremento pasando de 179.687 en el periodo 2011, a 199.150 en el 2012 y posiblemente superando los 250.000 en el 2013 conforme el comportamiento actual.

Por otra parte, respecto de la atención de las doce recomendaciones emitidas a la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la institución en el presente informe final, se traslada mediante solicitud de gerencia N°8.290-5 para su atención según corresponde. (...)”

Clínica Dr. Ricardo Moreno Cañas							
Condomes entregados a Unidad de Control del VIH Y SIDA-ITS							
DETALLE	2011		2012		2013*		TOTAL
Corrientes	Corrientes	Extra fuertes	Corrientes	Extra fuertes	Corrientes	E x t r a fuertes	
1 C U P O N E S FARMACIA DESPACHADOS	92.967	86.720	81.730	117.420	20.000	24.500	423.337

Fuente: Informe Estadístico Clínica Dr. Moreno Cañas
* Datos a febrero 2013

Con fecha 21 de agosto del 2013, la CCSS a través de la dependencia correspondiente de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la CCSS, se realizó reunión con las ONGs para revisar y consensuar el borrador del Convenio relacionado con la distribución y educación integral en el tema de condones, con seguimiento el día 16 de setiembre del año en curso.

Considerando dicha información, por medio de oficio No. 12422-2913-DHR de fecha 23 de setiembre del 2013 se procedió al cierre de las investigaciones 92351-2012-SI-CV-SL y la 135202-2013-SI-CV-S, que se había iniciado posteriormente.

c. En el caso de los condones femeninos, aún menos accesibles en el país, se planteó justamente la queja relacionada con la falta de disponibilidad de este dispositivo en los servicios tanto públicos como privados del país.

En el mes de agosto del 2013, se conversó con la funcionaria Edda Quirós de la Dirección de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, quien informa que en la actualidad el condón femenino no cuenta con registro sanitario en el país, existiendo únicamente la asignación de un código presupuestario.

Con el fin de obtener la posición oficial sobre la disponibilidad del condón femenino, se solicitó a la Ministra de Salud mediante el oficio N° DH-MU-0473-2013 se informe sobre el estado actual del registro sanitario del condón femenino.

Como respuesta, se recibió el oficio N° DPEEAS-193-13 emitido por la Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud del Ministerio de Salud en el cual se informó en síntesis lo siguiente:

Efectivamente el condón femenino no cuenta con registro sanitario en nuestro país, lo que impide su distribución en los servicios de salud públicos, privados y locales comerciales.

Mediante la "*Estrategia de Acceso Universal y Efectivo a condones masculinos y femeninos*" se han realizado varias acciones en favor de su futuro acceso a la población, a saber:

a.- Tres dispensas de ingreso del condón femenino para los procesos de sensibilización y medición de la aceptabilidad y la demanda del condón femenino.

b.- Está previsto realizar un proyecto piloto de investigación en Goicoechea, Área de atracción de la Clínica Jiménez Núñez y Upala para identificar la aceptabilidad y demanda del condón. Los resultados de este estudio se utilizarán para promover la inscripción y la compra de parte de los servicios públicos y privados.

- Asimismo, se indica que se realizó un estudio de parte de UNFPA del Estudio de aceptabilidad de este método anticonceptivo en la población transfronteriza de Upala y la población urbana de San José.

Sobre la base de la información brindada, y con el fin de incidir en el proceso de disponibilidad del condón femenino para las mujeres en el país, se instó nuevamente a la señora Ministra de Salud solicitando la rendición de la siguiente información:

El estudio de aceptabilidad es un requisito para la inscripción, promoción y compra del condón femenino por parte de los servicios públicos y privados? Máxime si a la fecha ya se cuenta con un estudio realizado por UNFPA en lo urbano y rural que dio como resultado casi un 70% de aceptabilidad.

Existe algún otro mecanismo o figura jurídica – además de la dispensa – que posibilite la adquisición y distribución del condón femenino en el ámbito público sin contar con registro sanitario?

Han recibido solicitudes de inscripción, cuál ha sido su trámite y motivos de rechazo? Existe alguna solicitud pendiente de trámite en la actualidad?

Existe un código presupuestario asignado al condón femenino? Cuenta con recursos asignados?

Al momento de elaboración de este informe, dicha información no había sido recibida; por lo que este tema será materia de seguimiento por parte de la Defensoría de los Habitantes.

Recomendaciones al Ministerio de Salud:

- Ponderar los resultados de los estudios de aceptabilidad del condón con el fin de promocionar la inscripción del condón femenino a la prontitud posible entre las casas fabricantes y distribuidoras a nivel internacional.
- Una vez obtenidos los permisos correspondientes, valorar la compra de los condones femeninos a fin que lo antes posible estén disponibles en los servicios públicos de salud para la población femenina del país, en especial para los grupos vulnerables en materia de derechos sexuales como las mujeres que viven con VIH.

2.2 Acceso a pruebas de VIH

Una de las cuestiones que fue señalada en el Diálogo fue la tardanza del Estado en la aprobación y puesta en ejecución de las pruebas rápidas.

Esta fue una cuestión que no había sido analizada antes por esta Defensoría, con lo cual se puso particular interés en solicitar los respectivos informes tanto al Ministerio de Salud como a la Caja Costarricense de Seguro Social.

El Ministerio de Salud en su informe al respecto señala que, según el estudio "Prevalencia de VIH, sífilis y comportamientos de riesgo en HSH del Gran Área Metropolitana (GAM) de Costa Rica" del año 2010, el 35.1% de los participantes del estudio nunca se había realizado una prueba para detectar anticuerpos por VIH y un 37.9% de los que se la realizaron, lo hicieron en un laboratorio privado, solo un 13.3% en la Unidad de Atención de ITS-VIH – sida de la CCSS especializada en este tipo de pruebas. Sin embargo, un alto porcentaje de esta población no recoge los resultados.

Otro antecedente que justifica la incorporación de las pruebas rápidas son los resultados de los sondeos realizados por el Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos (CIPAC), en los cuales se señala que una de las razones por las cuales las poblaciones meta no se realizan las pruebas con la CCSS es la lentitud para la entrega del resultado que suele ser de hasta 22 días. El otro motivo son los servicios poco amigables. Aunado a esto, la estrategia 2.0 apoyada por la OMS y ONUSIDA, recomienda un paquete de pruebas simplificadas que sean de calidad, fiables, asequibles y simples para el diagnóstico en el punto de atención.

Para contar con las pruebas rápidas el Ministerio de Salud realizó el siguiente proceso de validación:

- Elaboración por parte de un equipo técnico (MS, CCSS, OPS) de un protocolo de validación del algoritmo diagnóstico de VIH iniciando con prueba rápida.
- Selección de prueba rápida validada en el país a nivel regional que cumpla con los criterios de sensibilidad del 99%, especificidad 98%, valor predictivo positivo (VPP) de 95% y valor predictivo negativo (VPN) de 98%
- Selección de pruebas confirmatorias.
- Capacitación de recurso humano del laboratorio nacional de referencia y de laboratorios locales que participaron en la validación.
- Implementación del proceso de evaluación externa de la calidad (PEEC)

A la fecha de este informe, la Defensoría de Habitantes de la República está a la espera de la presentación por parte del Ministerio de Salud de los resultados finales y recomendaciones técnicas del proceso de validación del algoritmo y con ello, la emisión de la normativa nacional para tales efectos.

Una vez finiquitado esto, la Caja Costarricense del Seguro Social deberá iniciar a lo interno una serie de acciones tendientes a:

- La socialización de estas recomendaciones con las instancias técnicas y gerenciales en materia de análisis de costos y planificación de reactivos/necesidades.
- Construcción de ficha técnica
- Revisión de oferentes

Proceso de licitación y preparación del personal técnico de los servicios de salud, condiciones mínimas para poner en funcionamiento esta prueba de laboratorio.

El estado actual muestra que la parte operativa del proceso de validación del algoritmo ya concluyó. Ahora, se está en el proceso de elaboración del informe final para la presentación a las autoridades de salud tanto del Ministerio de Salud como de la CCSS. Por lo tanto, a partir del aval

que brinden las autoridades de salud para la implementación del nuevo algoritmo diagnóstico, se deberá implementar un plan de trabajo que incluya:

Elaboración de talleres de capacitación dirigidos al personal de salud de todo el país, para socializar el nuevo algoritmo diagnóstico y la interpretación de los resultados.

Realización de talleres de capacitación en asesoría y prueba de VIH, para fortalecer la capacidad instalada de los niveles locales.

Desarrollo de un programa de capacitación y evaluación externa del desempeño, para el personal de laboratorio de los establecimientos de salud en donde se inicie la implementación del nuevo algoritmo, a cargo del laboratorio Nacional de Referencia para VIH del Hospital San Juan de Dios-CCSS.

Inicio de las gestiones administrativas correspondientes en la CCSS, para que incluyan en el presupuesto institucional, la compra de los reactivos e insumos necesarios para la implementación del nuevo algoritmo.

En razón de lo anterior, esta Defensoría dará seguimiento y solicitará información con respecto a:

- Elaboración de talleres de capacitación dirigidos al personal de salud de todo el país, para socializar el nuevo algoritmo diagnóstico y la interpretación de los resultados.
- Realización de talleres de capacitación en asesoría y prueba de VIH, para fortalecer la capacidad instalada de los niveles locales.
- Desarrollo de un programa de capacitación y evaluación externa del desempeño, para el personal de laboratorio de los establecimientos de salud en donde se inicie la implementación del nuevo algoritmo, a cargo del laboratorio Nacional de Referencia.
- Inicio de las gestiones administrativas correspondientes en la CCSS, para que incluyan en el presupuesto institucional, la compra de los reactivos e insumos necesarios para la implementación del nuevo algoritmo.

2.3 Acceso a tratamiento ARV (fraccionamiento)

La aplicación respectiva denuncia que desde el mes de agosto 2010 se venían aplicando fraccionamientos de los antirretrovirales en los hospitales de la CCSS, que se prolongó más de dos meses en algunos hospitales como ha sucedido en el pasado, lo que causa muchísimas complicaciones a las personas con VIH ya que muchas viven lejos de los hospitales y están en situaciones de extrema pobreza que no les permite movilizarse varias veces al mes. La pretensión es que se evite el fraccionamiento, o por lo menos que no sean tan extremos y darles prioridad a las personas que viven más lejos o los que no tienen con quien dejar a sus hijos.

Mediante Informe Final del expediente No. 109250-2012-SI ya se había pronunciado esta Defensoría sobre ese tema y se recomendó que se remitiera un informe sobre el stock de medicamentos para VIH y sida que tiene la CCSS y la posibilidad de que se incluyeran en compra en línea.

La DHR recomienda a la CCSS que informe sobre el estado actual de la compra en línea de los medicamentos para VIH y sida, además de que se le indique en las Clínicas de VIH y sida, que si es necesario el fraccionamiento de los medicamentos se tome en cuenta la lejanía de la vivienda del interesado así como su situación económica, para que no tengan que acudir al centro médico varias veces por una cantidad pequeña de medicamentos.

2.4 Aseguramiento

Una de las propuestas planteadas durante el Diálogo Nacional se refirió a la necesidad de que las personas con VIH, dada su condición de salud crónica no reversible, pudieran beneficiarse con un *carné por tiempo indefinido* en la modalidad de aseguramiento con cargo al Estado.

En relación con esta sugerencia, lo primero que debe recalcar es que según la normativa expuesta, la calificación llamada "definitiva" por el Manual de Procedimiento no implica que una vez otorgado el beneficio éste se convierta en indefinido o permanente y no esté sujeto a revisión.

Efectivamente, la normativa establece expresamente que el beneficio "definitivo" se encontrará vigente en el tanto persistan las condiciones que dieron origen a su concesión –es decir, la indigencia médica e imposibilidad económica de cotizar al sistema de seguridad social- para cuya verificación la Administración puede realizar revisiones de oficio en caso de contar con elementos que permitan suponer la variación de las condiciones que dieron origen al beneficio.

De allí que la propuesta del interesado de que el beneficio se otorgue por tiempo indefinido a las personas con VIH que lo soliciten dada su condición crónica de salud, no resulta procedente conforme a la normativa vigente. Esta disposición normativa encuentra su fundamento lógico al ser el aseguramiento por el Estado un beneficio otorgado en virtud de la acreditación de la condición socioeconómica de pobreza extrema de una persona o grupo familiar, la cual puede variar y ser superada con el transcurso del tiempo en aquellos casos donde esa persona o familia pueda integrarse al ámbito productivo, y no depender de condiciones específicas de salud de cada solicitante. Mediante esta modalidad el Estado asume el compromiso de brindar protección en salud a estas personas en principio por periodos específicos de tiempo en el tanto puedan superar su condición de pobreza extrema, adquirir un empleo y sumarse al sistema de aseguramiento contributivo, a pesar de una determinada condición de salud. De no poder superar la condición de pobreza el Estado deberá verificar la situación familiar y continuará otorgando el beneficio.

Sumado a lo anterior, y basándonos en estudios médicos presentados a la Defensoría de los Habitantes en el marco del proceso de seguimiento al Diálogo Nacional, puede decirse que la infección por VIH genera una enfermedad crónica que ataca el sistema inmune y debilita los sistemas de vigilancia y defensa contra las infecciones, y aunque no tiene cura, las personas que la sufren pueden mantener controlado el virus y llevar una vida sana y productiva si siguen un tratamiento eficaz con fármacos antirretrovíricos.

De allí que pueda afirmarse que la condición de salud de las personas con VIH, a pesar de ser un padecimiento crónico que puede derivar en el eventual desarrollo de una enfermedad grave como el sida, puede ser controlada si la persona logra y mantiene una adecuada adherencia al tratamiento médico. De conformidad con la normativa que regula el servicio que presta la CCSS, para poder acceder al tratamiento antirretroviral y a la atención integral es indispensable que las

personas cuenten con alguna modalidad de aseguramiento, pues como ya fue indicado, los servicios que presta la CCSS no son gratuitos y sus gastos deben ser asumidos a través del sistema solidario de cotización.

No puede por tanto señalarse que la condición de salud de las personas con VIH genere *per se* una incapacidad para la vida laboral y productiva –y mucho menos de modo indefinido- que podría generar la imposibilidad de cotización al seguro social y que justificaría la cobertura de un aseguramiento con cargo al Estado a toda esta población por su sola condición de salud independientemente de su situación socio-económica.

De lo anterior se deriva que, aquellas personas con cualquier tipo de condición de salud -incluido el VIH y/o sida- que cuenten con ingresos o con capacidad económica para aportar al sistema de seguridad social están en la obligación de contribuir con este sistema, y solamente en aquellos casos en que las personas no cuenten con los recursos económicos suficientes para poder cotizar directamente para el seguro de salud, deberán estas personas recibir un beneficio de aseguramiento por el Estado.

En caso de no proceder esta modalidad de aseguramiento, ahora sí por su condición de salud, el Estado deberá igualmente garantizarles la atención en salud integral que prevé la Ley General sobre VIH Y SIDA a través de la modalidad de *protecciones con cargo al Estado*. Sin embargo, esta modalidad de cobertura es excepcional, limitada y no garantiza estabilidad en la atención médica ni en la entrega de medicamentos, por lo cual debe ser vista como una opción temporal y transitoria a la obtención de alguna modalidad de aseguramiento, incluso aquella con cargo al Estado.

A pesar de lo anterior, esta Defensoría reconoce que los tratamientos antirretrovirales a los que deben someterse las personas diagnosticadas con VIH pueden generar efectos secundarios graves y molestos para el diario vivir, y que estas personas están propensas a sufrir enfermedades oportunistas que pueden desestabilizar su estado de salud en cualquier momento. Lo anterior puede generarles dificultades para lograr una estabilidad en el empleo en caso de tenerlo al momento de iniciar el tratamiento, o incluso podrían generar la renuncia al mismo, a lo cual debe sumarse la carga psicológica y emocional de manejar una enfermedad aun altamente estigmatizada a nivel social. Sumado a lo anterior, esta institución reconoce igualmente que las condiciones de prejuicio y estigma que aún rodean a esta enfermedad provocan situaciones de discriminación y exclusión en el empleo que no pueden ser ignoradas y que deben enfrentarse con procesos de educación y sensibilización sobre esta enfermedad.

Ambas situaciones podrían generar que –dadas las particularidades de los efectos del tratamiento y de su estigmatización social- esta población presente dificultades para obtener o mantener un empleo estable, o requiera vivir temporalmente en albergues, realidad que debe ser tomada en consideración por parte de todas las instituciones públicas involucradas en el tema, pero particularmente por la Caja Costarricense de Seguro Social, pues esto incide directamente en la utilización del sistema de aseguramiento con cargo al Estado por parte de esta población.

Sumado a lo anterior esta Defensoría observa con preocupación la imposibilidad de acceso a esta modalidad de aseguramiento con cargo al Estado para aquellas personas extranjeras con VIH que viven en el país de manera estable pero que por motivos diversos no tienen regularizada su situación migratoria, pues contar con un estatus migratorio reconocido por el Estado costarricense es el requisito indispensable que exige actualmente el ordenamiento para poder acceder a cualquier modalidad de aseguramiento, incluso una contributiva.

El segundo punto señalado durante el diálogo en relación con el aseguramiento por cuenta del Estado se refería a las vulneraciones que el procedimiento de solicitud y valoración del beneficio estaría provocando al derecho de atención médica integral y oportuno garantizado para las personas con VIH, al considerarse que el vencimiento de los carnés provoca que mientras se les revisan sus condiciones y se les renuevan, se les deniega la atención o entrega de medicamentos, poniendo en peligro la adherencia al tratamiento.

Sobre este punto en particular, la Defensoría procedió a examinar el procedimiento y requisitos estipulados en el Manual de Normas y Procedimientos de Seguro por el Estado y referido en la parte inicial de este informe, a la luz del principio de legalidad y de las garantías que establece a favor de los administrados la Ley N° 8220 de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos y su Reglamento.

Sobre los distintos procedimientos establecidos en este Manual, realizando el análisis en el plano meramente normativo, se observa que los procedimientos están previstos para ser expeditos y poder brindar una respuesta "definitiva" sobre la modalidad de aseguramiento al solicitante en un plazo razonable de 45 días, período durante el cual el solicitante goza de un carné provisional que le es brindado desde el momento en que realiza la solicitud, garantizándole la atención médica y medicamentos que requiera. Tal como se prevé en la normativa, en caso de que la administración no resuelva en el plazo previsto, se podrá otorgar un nuevo carné provisional con la finalidad de no dejar a la persona sin cobertura.

De modo complementario, debe indicarse que al menos a nivel de lo previsto en el Manual, esta institución observa que los requisitos que se solicitan para efectos de valorar las solicitudes de beneficios provisionales y definitivos resultan razonables para determinar la condición socio-económica del solicitante y su núcleo familiar y por tanto su necesidad de cobertura con cargo al Estado, sobre todo si se toma en consideración que la aprobación de este beneficio implica la erogación de dineros públicos que deben estar claramente justificados.

A pesar de lo anterior, y en relación con los requisitos previstos en el Manual que se refieren a certificaciones emitidas por otras instituciones públicas e incluso por la propia CCSS, esta Defensoría aprovecha la oportunidad para recordar a las autoridades de la Caja encargadas de velar por la ordenación del procedimiento de aseguramiento con cargo al Estado, la importancia de que en la práctica institucional se aplique efectivamente la disposición del artículo 8 de la Ley N° 8220, el cual establece el principio de coordinación inter-institucional en el siguiente sentido:

"La entidad u órgano de la Administración Pública que para resolver requiera fotocopias, constancias, certificaciones, mapas o cualquier información que emita o posea otra entidad u órgano público, deberá coordinar con esta su obtención por los medios a su alcance, para no solicitarla al administrado."

Siendo que el Manual analizado reconoce claramente la necesidad de respeto al principio de simplificación de trámites y de coordinación inter-institucional, y considerando además las carencias económicas y dificultades de acceso a la información que puede enfrentar la población meta de este programa, esta Defensoría sugiere a la Caja Costarricense de Seguro Social que continúe con los esfuerzos de capacitación en las Áreas de Salud o Ebais para que esta normativa sea implementada de modo efectivo en la diaria práctica institucional.

En este mismo sentido se recuerda lo señalado en el artículo 6 del Reglamento a la Ley N° 8220:

“Con el fin de dar cumplimiento a los principios de coordinación institucional e interinstitucional, la Administración deberá crear bases de datos y listados, a los que las oficinas de la misma institución y las demás instituciones puedan tener acceso; debiendo además implementarse convenios a nivel interinstitucionales para estos efectos. En los casos en que la Administración no cuente con bases de datos o formas digitales definidas, se deberán implementar otros medios alternativos, a fin de que otras oficinas o instituciones puedan tener acceso a la información, con la seguridad requerida.”

Para cumplir con estas disposiciones, la institución deberá por tanto redoblar esfuerzos para dotar a todas las áreas de salud del país con las herramientas necesarias para que sus funcionarios puedan obtener directamente la información que se requiere de la misma CCSS así como de otras instituciones públicas como pueden serlo el Registro Público de la Propiedad o el Registro Civil, y evitar solicitársela a los interesados. Lo anterior no impide que, por ser el habitante el principal interesado en que el trámite sea resuelto de modo expedito pueda éste entregar a la administración la información que se requiere para analizar la solicitud si considera que esto puede agilizar el trámite.

Por todo lo anteriormente expuesto, la Defensoría de los Habitantes concluye lo siguiente en relación a las posibilidades de acceso al régimen de aseguramiento y atenciones con cargo al Estado para las personas con VIH o sida:

La modalidad de aseguramiento con cargo al Estado es una herramienta de concreción del sistema solidario de seguridad social que impera en el país, el cual tiene como finalidad esencial el proporcionar cobertura con el seguro de salud a aquellas personas que por su condición de pobreza carecen de ingresos suficientes y se ven imposibilitadas para cubrir las cotizaciones del Seguro de Salud de conformidad con la normativa vigente en esta materia.

Dada la naturaleza de la modalidad de aseguramiento con cargo al Estado, las personas con VIH o sida que se encuentren en condición de pobreza e imposibilitadas de cotizar al seguro de salud conforme la normativa vigente, tienen derecho a solicitar y recibir este aseguramiento, el cual será valorado por las autoridades administrativas según su condición socio-económica personal y familiar, pero no de conformidad con su especial condición de salud crónica. Esta solicitud pueden realizarla de modo personal o a través de alguna institución en caso de encontrarse residiendo en un albergue u otra institución de apoyo.

De conformidad con la normativa vigente y según fue confirmado por el Área de Coberturas Especiales de la CCSS, el Estado asume con cargo a sus cuentas la atención de las personas con VIH y/o sida, bien sea a través del *aseguramiento* de estas personas cuando su condición socioeconómica lo amerite por períodos definidos, bien sea a través de *atenciones con cargo al Estado* cuando se trate de personas que no califican para el aseguramiento, pero que ameritan la protección estatal en virtud de las disposiciones especiales contempladas en la Ley General sobre VIH Y SIDA.

- La modalidad de aseguramiento es la más beneficiosa para los interesados en comparación con la modalidad de atenciones con cargo al Estado pues, una vez aprobado el beneficio “definitivo”, éstas personas pueden contar con un carné vigente por al menos 1 año o hasta por 3 años según las valoraciones que realice la institución, periodo durante el cual se garantiza el acceso a los servicios de salud y a su tratamiento médico sin que deban pagar el

seguro de salud, y el cual puede ser renovado en caso de que las condiciones por las que fue otorgado persistan.

- Sobre el procedimiento para la tramitación del beneficio, y de conformidad con los parámetros de la Ley N° 8220 de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos, esta Defensoría considera que los procedimientos establecidos en el Manual de Normas y Procedimientos del Seguro por el Estado contienen los procesos necesarios y los requisitos esenciales e indispensables para que la administración pueda valorar la procedencia del beneficio conforme a la condición socio-económica de la persona interesada.
- A pesar de lo anterior, esta Defensoría insta al Área de Coberturas Especiales de la Caja a continuar con los procesos de capacitación, fiscalización y sensibilización a todas las Oficinas de Validación de Derechos en el país que tramiten solicitudes de aseguramiento, sobre la importancia del apego al principio de legalidad, eficiencia, coordinación inter-institucional y simplificación de trámites con la finalidad de mejorar los procesos de atención y resolución de estos beneficios.
- En el mismo sentido, se insta también a la Dirección de Contralorías de Servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social a que implemente acciones constantes y sostenidas para verificar que las prácticas institucionales de todas las oficinas del país encargadas de trámites de aseguramiento estén ajustadas a las reglas del principio de simplificación de trámites que protegen a los ciudadanos del país contra el exceso de requisitos en la administración pública.

2.5 Pensión de Régimen no Contributivo por VIH

En el espacio del Diálogo Nacional se consulta sobre la posibilidad de considerar la condición de VIH y sida como criterios para el otorgamiento de una Pensión del Régimen No Contributivo (RNC) de la CCSS.

Al respecto es necesario considerar que de la normativa que regula este régimen así como de los pronunciamientos anteriores de esta institución y de la propia Sala Constitucional, se deriva que la solicitud de una pensión al amparo del RNC no puede ser considerada un derecho exigible a la administración por parte del solicitante –como sí puede serlo una pensión por el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) al ser un sistema contributivo- sino que el mismo se considera un beneficio social que puede ser otorgado o no según se cumpla con el requisito de pertenecer a la población meta que atiende el programa, según la condición socio-económica del solicitante y sobre todo, según la disponibilidad de recursos con que cuente el programa. En este sentido la Defensoría ha indicado anteriormente lo siguiente:

“En palabras de la Defensoría de los Habitantes se define que el RNC es un beneficio más no un derecho fundamental porque su naturaleza es de asistencia económica mínima la cual se brinda mediante el otorgamiento de una renta y la prestación social del Seguro por el Estado. Obedece a un acto de desprendimiento del Estado por medio del cual la CCSS distribuye los limitados recursos de que dispone a las personas que cumplan con los requisitos establecidos en la normativa vigente. Estas pensiones no constituyen un derecho adquirido, por lo que si llegara a cumplirse alguna de las causales de suspensión, cancelación o anulación, la CCSS debe redistribuir los fondos que queden ociosos hacia personas que efectivamente lo requieran.”

Este criterio es compartido por la Sala Constitucional quien ha afirmado reiteradamente que:

“...no existe ningún derecho adquirido, en virtud de que los beneficios del Régimen no Contributivo son ayudas o subsidios que el Estado brinda a personas que se encuentran en extrema pobreza, por lo que conforme a lo establecido en el Reglamento del Régimen no Contributivo de Pensiones en su artículo 7 “se trata de un sistema de reparto de carácter no contributivo que, en consecuencia no determinan la adquisición ni acumulación en forma permanente.” Y que por lo tanto cuando los solicitantes o pensionados no se ajustan a los requisitos que expresamente se encuentran establecidos en el Reglamento debe negarse o cancelarse el mismo, al ser ésta una ayuda que da el Estado ... tal pensión es un beneficio social, más no un derecho fundamental, por medio del cual el Estado costarricense destina fondos para apoyar económicamente a personas de muy escasos recursos y el Estado debe velar porque exista una adecuada distribución y manejo de los recursos públicos, a fin de orientarlos a satisfacer de una mejor forma, las necesidades más importantes de los seres humanos cuyos intereses administra y es por ello que debe de comprobar que los beneficiarios se mantengan en la situación de necesidad que amerita. En ese sentido, no resulta ocioso indicar que como parte de la exigencia de utilizar racionalmente recursos limitados, la Caja también debe contar con mecanismos de control que permitan establecer oportunamente si algún beneficiario dejare de necesitar la pensión, porque esto beneficiaría a otras personas...” (Sentencia N° 00867 de fecha 31 de enero del 2006).

Por lo anterior, es importante informar que, conforme a la normativa vigente, las posibilidades de acceso al RNC de pensiones de la Caja para una persona con VIH y/o sida que se encuentre en esa condición socio-económica, podría darse eventualmente a través de la **tipología de invalidez**, en aquellos casos en los que el desarrollo de la enfermedad o de los efectos adversos del tratamiento antirretroviral, le estuviera impidiendo desarrollar actividades productivas y generación de ingresos necesarios, bien sea de modo permanente o temporal.

Consultada la Dirección respecto del posible riesgo de invalidez que pudieran sufrir las personas diagnosticadas con enfermedades crónicas, particularmente con el VIH y sida, y sobre cuáles son las condiciones de salud que podría presentar una persona con VIH para que pueda ser eventualmente calificada como inválida por parte de la Comisión se informó que “*el riesgo de invalidez de una persona con una enfermedad crónica por ejemplo VIH Y SIDA, es el mismo que para cualquier otra enfermedad, en el tanto cumpla con lo establecido por la legislación y normativa correspondiente para la determinación del estado de invalidez*”, según lo estipulado en el Código de Trabajo así como en el Reglamento del Régimen de IVM.

Ante la consulta realizada por la Defensoría sobre las posibilidades de una calificación de invalidez temporal para una persona con VIH, la Comisión informó que:

“La determinación de si posee un estado de invalidez de tipo temporal o permanente va a depender de la condición del solicitante al momento de la valoración, en aquellos casos en que la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez determine que exista posibilidad de recuperación en un periodo razonable se recomienda el beneficio de forma temporal indicándole al solicitante en la resolución que será evaluado al finalizar un periodo determinado por criterio de la Comisión. Cuando este periodo haya finalizado la Sucursal de origen le comunicará al usuario que debe realizarse una nueva valoración por parte la

Comisión Calificadora del Estado de Invalidez, para lo cual con base en la nueva información recopilada en el expediente del trámite de solicitud, emitirá criterio de si continúa o no invalido.”

De la información brindada por las autoridades de la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez se extrae que los parámetros que se utilizan para emitir la declaratoria de invalidez de una persona –en cualquiera de los regímenes de seguridad social- se encuentran claramente determinados y delimitados en la normativa vigente, por lo cual conforme al principio de legalidad, esta Comisión debe verificar que el estado de salud de la persona solicitante de una pensión por invalidez le mantenga en un estado de deficiencia permanente del 66% de su capacidad productiva y que se haya verificado el agotamiento del recurso terapéutico.

De lo anterior se extrae que no existen criterios específicos de invalidez relacionados con la enfermedad del VIH y sida, pues a criterio de la Caja Costarricense de Seguro Social, el diagnóstico de VIH y sida no puede considerarse por sí mismo invalidante o generador de una incapacidad para laborar o para desarrollar una vida productiva, ante lo cual en caso de que la enfermedad esté generándole a la persona una imposibilidad para desarrollar sus actividades productivas, bien sea de modo temporal o permanente, procedería valorarle por riesgo de invalidez conforme a las normas generales establecidas.

A pesar de lo anterior, sí reconoce la Comisión Calificadora en el informe que rinde, así como en conversaciones mantenidas durante el proceso de Seguimiento al Diálogo, que las personas diagnosticadas con VIH o que han llegado a la etapa de sida, pueden sufrir en determinados momentos de su vida efectos adversos al tratamiento antirretroviral o enfermedades oportunistas severas que podrían desmejorar su condición de salud a tal punto de verse imposibilitadas para continuar con su vida normal. En este sentido es que la Comisión indica que la condición de salud de una persona con VIH y sida debe determinarse en el momento en que realice la solicitud de pensión, con la finalidad de verificar si su estado de salud es bueno o si ha decaído al punto de generarle una incapacidad para trabajar, la cual debe valorarse si es de tipo permanente o temporal.

3. Calidad de los servicios de salud

Debido a su condición, las personas con VIH son usuarias frecuentes de los servicios de salud. Casi la tercera parte del total de aplicaciones (un 29,9%) hicieron referencia a diversos aspectos de la calidad del servicio de salud que recibían en los establecimientos públicos.

Este porcentaje incluye un caso específico referido a presuntas violaciones de derechos en un albergue privado.

3.1 Calidad de los servicios en albergues privados

3.1.1 Respeto a la diversidad sexual en albergues (enfoque religioso)

En materia de diversidad sexual se planteó una queja específica relacionada con el funcionamiento del Hogar de la Esperanza ubicado en Paso Ancho, mediante la cual se acusa discriminación hacia la población transexual que ahí reside.

Tras contactar al aplicante con el fin de constatar y ampliar los datos de la aplicación, informa el interesado mediante correo electrónico cursado el 17 de octubre de 2013, lo siguiente:

“Después de finalizado el Foro Nacional en el 2012, esta institución me instó a una visita a la cual asistí y donde me indicaron mostrándome el Reglamento Interno de Conducta y Apariencia Personal de Comunidad en el Hogar.

Este reglamento pide que las personas se comporten con disciplina, que se traten con el debido respeto de calidad humano, sí que la apariencia física es muy importante, por lo que se les pide aseo, que vistan apropiadamente a su género y en este punto hace referencia a las transgénero de no usar mucho maquillaje o vestimenta donde no se denote partes íntimas del cuerpo, pero no se les obliga a cumplir con éste, sino que al parecer esta población tomó muy literal este concepto, por lo que optaron por irse de la institución a como otras se acoplaron al reglamento y viven compartiendo en comunidad.

Es cierto también que desde que se llevó a cabo este Foro Nacional, ciertas instituciones han practicado el concepto de mente abierta y han aprendido a conocer y a tratar a la Población Transgénero, es más la activista Natasha Jiménez ha recibido más personas transgénero a su grupo Transvida. Se han unido y están participando de talleres de capacitación empoderamiento y conocimiento de sus deberes y obligaciones como ciudadanas y ciudadanos claro está falta mucho para que esta población sea aceptada por la familia, la sociedad no solo en Costa Rica sino a nivel global.

Todavía hay brechas que abrir y hacer caer en cuenta a la sociedad costarricense que esos seres humanos también son parte de nuestra Comunidad de la Diversidad e igual de la Comunidad Universal.

Tiempo y aprendizaje tomará pero aquí vamos juntos de la mano para mejorar nuestra calidad de vida e integrarnos a la Comunidad de la Diversidad y Comunidad Universal.

Gracias a este Foro Nacional varios puntos de suma importancia se han realizado a favor de la Comunidad de la Diversidad en la población transgénero y personas que viven con VIH y sida.

Ojalá se sigan dando estos foros porque al menos reconozco que este 2013, la Defensoría de los Habitantes ha estado muy alerta y ha prestado atención a las quejas que se presentan en cuanto a discriminación y agravio a la Población Transgénero; de igual manera ha estado brindando información en sus foros de cómo se busca soluciones a este tipo de reto socio-cultural, y otros aspectos de la Comunidad de la Diversidad LGTB”. Es decir, que la aplicación quedó contestada, no requiriendo por ende de mayor seguimiento.

3.2 Calidad de los servicios de salud públicos

Como vimos, este es el tema alrededor del cual se concentra la mayor cantidad de quejas y denuncias de las generadas durante el Diálogo Nacional. De acuerdo con la clasificación de las aplicaciones hecha por el equipo encargado, este grupo de situaciones reúne seis temáticas específicas, a saber: efectos psicoemocionales del TAR, consejería pre y post prueba, servicios

de odontología para personas con VIH, largos tiempos de espera en los servicios de salud, mala calidad de la atención en los servicios de salud y, pruebas de genotipo y fenotipo.

La situación de cada uno se detalla a continuación.

3.2.1 Efectos psicoemocionales del TAR

La persona aplicante considera que no existe un tratamiento adecuado en la atención que se les brinda a los pacientes con VIH, dado que no se brinda atención integral de los efectos secundarios tanto físicos como emocionales de la terapia antirretroviral.

En seguimiento a dicha inquietud se requirió información de la Gerencia de División Médica de la CCSS, así como de la Dirección de Farmaco-epidemiología de la CCSS.

Síntesis de los resultados obtenidos:

La Dirección de Farmacoepidemiología de la CCSS indicó que la Institución tiene incluida en su Lista Oficial de Medicamentos (LOM) los siguientes fármacos antirretrovirales (ARV): Abacavir 300 mg, Didanosina 400 mg, Efavirenz 600mg, Indinavir 400 mg, Lamivudina 10 mg/mL, Lamivudina 150 mg, Lopinavir con Ritonavir 200 mg y 50mg, Nelfinavir 250 mg, Ritonavir 100 mg, Tenofovir, Zidovudina 50 mg f5mL y Zidovudina 300mg.

Refiere en el texto una explicación exhaustiva de los **efectos adversos de cada uno de los medicamentos antes indicados**, así como las indicaciones de procedimiento que deben realizarse en caso de verificarse alguna reacción adversa. Refiriendo puntualmente efectos de hipersensibilidad en algunos supuestos, trastornos metabólicos, gastrointestinales, problemas de lipodistrofia, alteraciones del sistema nervioso, trastornos de la piel, reacciones adversas psiquiátricas, trastornos vasculares, oculares, trastornos del sistema inmunológico, trastornos en sangre y del sistema linfático. Todos los antirretrovirales pueden producir efectos secundarios a corto y largo plazo.

Agrega además que para el manejo y tratamiento de los paciente con VIH y sida, la Institución cuenta con 6 Clínicas especializadas, compuestas por equipos multidisciplinarios de profesionales, que incluyen médicos especialistas, farmacéuticos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermería, entre otros.

El riesgo de efectos adversos específicos varía según el fármaco, la clase a la que pertenece e incluso la susceptibilidad individual, en que influyen la condición clínica del paciente y la presencia de comorbilidades asociadas. El mejor conocimiento de los efectos adversos de los fármacos antirretrovirales es necesario para intentar optimizar el tratamiento en pacientes infectados por el VIH.

Es importante recordar que todo medicamento produce efectos adversos. También se debe aclarar que indistintamente de la marca comercial o laboratorio fabricante, ninguno es 100% seguro por eso todos provocan reacciones adversas, y es la razón por la cual se han fortalecido los programas de Farmacovigilancia a nivel mundial. Por lo tanto, hoy en día cuando el médico realiza

una prescripción debe valorar la ecuación del beneficio/riesgo, de tal manera, que el beneficio siempre debe superar al riesgo, en beneficio al paciente.

Por todo esto, cada caso debe ser valorado en forma individualizada, por el equipo multidisciplinario de la Clínica de VIH respectiva, para definir la terapia medicamentosa ideal para cada paciente, así como para dar educación e información sobre los efectos adversos que pueden presentarse. En cada consulta se valora la tolerancia a los fármacos, efectos adversos y la necesidad o no de realizar cambios en el esquema terapéutico.

La Seguridad Social impulsó la Farmacovigilancia desde hace muchos años, siendo el primer país de América Latina en ingresar a la Red Internacional de Farmacovigilancia de la Organización Mundial de la Salud. Gracias a ello, en nuestro país se creó el Centro Nacional de Farmacovigilancia que se ubicaba en la CCSS. Este Programa fue trasladado, en el año 2005 por medio de un decreto, al Ministerio de Salud y actualmente las sospechas de reacciones adversas son enviadas, recibidas y analizadas en el Centro Nacional de Farmacovigilancia del Ministerio de Salud. El Centro Nacional de Farmacovigilancia es el ente oficial responsable de analizar las Notificaciones de Sospecha de Reacción Adversa a Medicamentos, así como de su clasificación siguiendo los estándares internacionales basados en el *Algoritmo de Karch y Lasagna* y así determinar si esta reacción o reacciones generan o no una *voz de alerta* circunscrita a la población expuesta al medicamento.

El Algoritmo mencionado contempla elementos fundamentales para clasificar una notificación como son:

1. Relación de causalidad 2. Reacción conocida 3. Mejora al retirar 4. Re-exposición 5. Relación causal/alternativa

Cada uno de estos ítems tiene un valor determinado y de acuerdo al análisis se le da un valor a cada reacción para establecer su causalidad.

Por otra parte, cuando se inicia un estudio clínico las posibilidades de detectar reacciones adversas poco frecuentes y graves es muy limitado, ya que el número de pacientes incluidos es muy pequeño, el tiempo de exposición es corto y las condiciones son muy diferentes a la práctica médica habitual ya que se utilizan criterios de inclusión y exclusión muy estrictos. Esto es lo que determino la necesidad de disponer de sistema de seguimiento de medicamentos en grandes grupos de población y en condiciones no controladas.

El establecimiento de estos procedimientos es lo que se conoce como la: Farmacovigilancia, que es el control y seguimiento de los medicamentos una vez autorizados para su comercialización ya que realiza un seguimiento (postmarketing) procedimiento conocido como estudio de la Fase IV del Medicamento. Dentro de los estudios de la Fase IV de los Medicamentos podemos mencionar:

- Notificación de Sospecha de Reacciones Adversas a Medicamentos
- Estudios Casos y controles.
- Estudios de Cohortes
- Estudios observacionales

- Farmacovigilancia Terapéutica.
- Publicaciones en Revista Médicas.
- Series de Casos.

La CCSS como institución comprometida con la atención de la salud y el uso de medicamentos seguros, eficaces y de calidad, desarrolla una colaboración activa con dicho Centro mediante el Enlace de Farmacovigilancia CCSS-MINSA para que, en beneficio de los pacientes atendidos en la CCSS, se identifiquen oportunamente los eventos adversos emitidos respecto de algún medicamento dispensado en la CCSS y con ello tomar las decisiones oportunas; todo este esfuerzo va en procura de evitar poner en riesgo a las personas atendidas en la Seguridad Social, lo cual incluye a los pacientes atendidos en las Clínicas de VIH.

En cuanto a la forma terapéutica que los efectos adversos deben ser abordados, la CCSS indica que una vez iniciada la terapia, el paciente debe ser evaluado a las 2-4 semanas, para monitorear adherencia y efectos secundarios, vigilar por interacciones farmacológicas, toxicidad y síndrome de reconstitución inmune. Se aconseja una evaluación clínica y de laboratorio, por efectos secundarios, a las 4 semanas de inicio, con hemograma y pruebas de función renal y hepáticas.

A partir de ese momento, los pacientes deberán tener seguimiento médico cada 4 meses para evaluar: carga viral, conteo de linfocitos T CD4+, hemograma, glucosa en ayunas, pruebas de función renal, perfil lipídico, pruebas de función hepática, electrolitos, aclaramiento endógeno de la creatinina y examen general de orina. Cuando el paciente ha tenido 2 cargas virales indetectables, el seguimiento será cada seis meses, según criterio médico.

Además, en todas las consultas médicas se debe evaluar la adherencia del paciente, así como las interacciones farmacológicas y toxicidad. En el seguimiento se dará énfasis a la adherencia, apoyo emocional, nutrición, intervención social, entre otros y este seguimiento será individualizado.

La información brindada resulta de suma utilidad para conocer la complejidad de la aplicación de la terapia TAR, sin embargo, resulta omisa, en relación al abordaje que desde una perspectiva emocional debe ser enfrentada, considerando que la documentación referida es basta en información sobre los efectos adversos físico-orgánico-funcionales y orgánicos, no así sobre el impacto que en la psiquis del paciente y su calidad de vida pueden tener. Más allá de ello, se carece de información respecto de las acciones de seguimiento e implementación del abordaje clínico-psicológico que se les brinda a los pacientes como parte de la atención integral.

Por lo tanto, resulta importante requerir información adicional respecto acciones de seguimiento e implementación del abordaje clínico-psicológico que se les brinda a los pacientes como parte de la atención integral.

Además, esta Defensoría reconoce que el acompañamiento psicológico y la atención a los efectos psico emocionales del tratamiento son derechos de las personas con VIH, de acuerdo con el Artículo 7 de la Ley General de VIH y sida, el cual indica que toda persona que vive con VIH tiene derecho a asistencia médico quirúrgica, **psicológica y de consejería**; además, a todo tratamiento que le garantice aminorar su padecimiento y aliviar, en la medida de lo posible, las complicaciones originadas por la enfermedad.

3.2.2 Consejería pre y post prueba.

En este tema, la aplicación presentada indica textualmente: "A través del tiempo los usuarios y usuarias, que han utilizado los servicios de laboratorio clínico, tanto en el sector público como privado, han cuestionado el tipo de servicio que se les brinda en aspectos relacionados con la confidencialidad, pre y post consejería entre otros. En relación a este tema, a la fecha no existen investigaciones, que evidencien el estado actual de este servicio. Por lo tanto, se hace necesario el estudio científico que aporte información veraz y comprobable sobre el manejo de este tipo de pruebas. En este sentido, es necesario realizar una investigación que aporte información sobre la aplicabilidad y pertinencia de la normativa vigente en este tipo de servicio, en relación a los derechos del usuario y usuaria de obtener una prueba de la mejor calidad posible. Igualmente, se requiere del financiamiento para desarrollar y divulgar la investigación y sus resultados. Ello se puede lograr con el establecimiento de convenios o alianzas estratégicas entre: las autoridades nacionales responsables del VIH y sida en el país, organismos internacionales y las de la UCR/ Comisión Institucional para la Prevención del VIH y sida, para desarrollar estas acciones, y así fortalecer los derechos humanos de esta población."

Para la tramitación de la presente denuncia se solicitó información al Ministerio de Salud en relación con los estándares mínimos que desde la perspectiva del ente rector, debe de cumplir la pre y post consejería de la prueba de VIH. Por su parte se requirió información a la Gerencia Médica de la Caja Costarricense del Seguro Social., referente al protocolo que se implementa para la prueba de VIH y los elementos de pre y post consejería.

La Dirección de Garantía de acceso de los servicios de salud del Ministerio de Salud informó que en el contexto institucional se dispone de la Guía de Consejería en VIH, sida y otras ITS como referente básico para realizar consejería pre y post examen, independientemente del resultado.

En esta guía se describen claramente los objetivos, los requisitos del proceso de Consejería en función del tiempo, lugar, confidencialidad, empatía, manejo de la información, accesibilidad entre otros. También se especifican los procedimientos a seguir ante cualquier resultado apegados a los principios de consentimiento informado (información y educación relacionada con el VIH y las ITS) confidencialidad, seguridad, calidez y respeto contemplados en la Ley General de VIH y sida. También describe la actuación frente a un resultado positivo para lo cual la persona debe ser referida de inmediato a una clínica de atención del VIH según área de atracción para ser abordada por el equipo interdisciplinario donde la actuación psicosocial es altamente relevante.

En este documento institucional NO está normado que el personal de Laboratorios clínico realice la consejería dado que por las regulaciones institucionales en este evento de la salud, el Área de Laboratorio Clínico le corresponde la toma de muestra, el procedimiento de la misma y la entrega de los resultados al servicio prescripto, éstos últimos son entregados por un lado, al personal de registros médicos para que lo anexe al expediente o en su defecto por razones de alta importancia, el laboratorio entrega el resultado vía fax, telefónica o verbal al médico tratante o al director del área de salud para los fines respectivos.

De preferencia la Consejería debe ser impartida por profesional previamente capacitado y con habilidades y competencias en procesos psicosociales.

Con relación a la disposición de un proceso evaluativo del Proceso de Consejería, se informa que la CCSS en Alianza con la Agencia Internacional USAID/CAPACITY conjuntamente vienen traba-

jando desde hacer más de 4 años en la optimización de la calidad del desempeño en VIH que incluye los estándares y criterios de calidad del proceso de consejería. Actualmente las evaluaciones muestran una gran mejora en la prestación de estos servicios.

Este proyecto se ha extendido a hospitales nacionales, regionales y algunas áreas de salud del primer nivel que muestran índices estadísticos y epidemiológicos vinculados al VIH y las ITS.

Por su parte la Dirección de Garantía de Acceso a Servicios de Salud del Ministerio de Salud indica que efectivamente la Ley General del VIH Y SIDA 7771 de 1998 en el capítulo denominado "la prueba" establece el carácter de confidencialidad de la prueba de VIH y da el criterio acerca de la notificación al paciente con diagnóstico positivo, sin embargo no especifica acerca de la obligatoriedad de la consejería pre y post prueba.

Es ampliamente recomendado por las organizaciones especializadas, la necesidad de realizar la consejería pre y post prueba a todas las personas que solicitan la prueba de VIH con el fin de realizar actividades de prevención y además preparar a la persona ante un eventual resultado positivo.

Ante esto, se incluyó la obligatoriedad de realizar consejería pre y post prueba en todos los laboratorios clínicos del país, en la "Norma para la atención integral de las personas con VIH y sida" documento que **se encuentra en proceso de validación** por medio de consulta pública y en este se indica textualmente:

"4.1.1 Consejería pre y post prueba: Independientemente del nivel de atención o establecimiento de salud pública o privado, se deberá hacer una consejería pre y post prueba de VIH, VDRL y Hepatitis, desde la confidencialidad, seguridad, calidez y respeto contemplados en la Ley General del VIH y sida y los principios que guían la presente norma"

Este documento será de acatamiento obligatorio y una vez oficializado será evaluado en los establecimientos para vigilar el cumplimiento de esta normativa.

Con respecto a diferencias en los procedimientos en pruebas de tamizaje dependiendo del centro médico que lo practique, hay que indicar que dentro de la seguridad social, a nivel nacional se realiza como tamizaje la prueba de ELISA para VIH, dentro de la red de laboratorios clínicos de la institución.

A nivel privado, esto varía de acuerdo al establecimiento, pues además de ELISA, algunos laboratorios realizan prueba rápida de VIH, las cuales tienen registro del Ministerio de Salud y todas se realizan en sangre.

Cabe destacar que la prueba de tamizaje no establece el diagnóstico de la enfermedad. Independientemente de la metodología realizada, ante la positividad de estas pruebas debe realizarse la confirmación del diagnóstico con una prueba denominada Western Blot.

El protocolo nacional para diagnóstico está en proceso de revisión, con el fin de mejorar la cobertura de las pruebas de eficiencia en la entrega de los resultados con el sector público, realizando este tamizaje con pruebas rápidas las cuales presentan criterios de especificidad y sensibilidad equivalentes con la prueba ELISA.

Este caso continúa en investigación, pues si bien existe un protocolo y normas que garantizan la obligatoriedad de la pre y post consejería, no existe claridad en la ejecutoriedad de lo prescrito y el nivel de evaluación de los mismos.

La investigación deber girar hacia las estrategias de seguimiento y valoración del nivel de cumplimiento de las normas que regulan la pre y post consejería.

3.2.3 Servicios de odontología para personas con VIH

Una persona se queja de que no existe un adecuado servicio de salud, completo e integral en el área de odontología para las personas que viven con VIH. La organización por niveles de atención limita las condiciones de acceso de los pacientes.

Ante esto, se requirió información a la Dirección de Servicios de Salud, respecto de la oferta de servicios que brinda la Caja Costarricense del Seguro Social en el área de odontología, así como la forma de acezar de los pacientes con VIH a dichos servicios.

La Dirección de Servicios de Salud remitió el "Plan Nacional de Atención en Salud Bucodental, donde se establece este planteamiento como estrategia planificada que busca dar respuesta a la salud integral de la población. Dicho programa reporta aspectos fundamentales orientados a la promoción de la salud, atención integral de ésta, educación y planificación con base en evidencia epidemiológica y social.

Igualmente se remitieron los siguientes documentos: "Normas de Prestaciones Odontológicas", "Instructivo que regula la prestación de los servicios de odontología y el otorgamiento del beneficio por prótesis bucales", Instructivo que regula la prestación de los servicios de odontología para valorar y operativizar la atención de casos de ortodoncia y ortopedia funcional."

Puntualmente se indica que la oferta de servicios odontológicos que se ofrece a los usuarios de los servicios de salud está organizada por niveles de atención. Para el primer nivel de atención se cuenta con poblaciones meta: Niños y adolescentes, Mujer, Adulto, Adulto Mayor, a quienes se les trata en educación, prevención y atención clínica.

En el segundo nivel de atención para el perfil de hospitales regionales, periféricos y clínicas 3. En este nivel de atención se brindan prestaciones odontológicas a las personas que son referidas por el primer nivel de atención o contra-referidas por el tercer nivel.

Las prestaciones odontológicas que se brindan en el segundo nivel son: Educación y prevención; servicio de docencia; operatoria dental; exodoncia; periodoncia; odontopediatría; ortopedia funcional y ortodoncia preventiva; cirugía oral menor; trastornos témporo mandibulare; odontogeriatría y gerontología; endodoncia.

Para el tercer nivel de atención (perfil de hospitales nacionales y especializados). En el tercer nivel se atiende a personas que son referidas del segundo nivel o por unidades programáticas del mismo tercer nivel y que requieren mayor grado de resolución. La atención es para todos los grupos de edad que presenten patologías médicas que impliquen o conlleven un alto grado de complejidad para realizar tratamiento odontológico.

En este nivel se agregan a las prestaciones la cirugía oral mayor y maxilo facial, así como las prótesis dentales.

Los servicios de odontología se organizan bajo un esquema de atención en red con una conformación estructurada que distribuye las atenciones brindadas por niveles de la siguiente manera: 75% en el primer nivel de atención; 15% en el segundo nivel de atención; 10% en el tercer nivel de atención.

Las personas con VIH son atendidos fundamentalmente en las Clínicas de VIH ubicadas en Hospitales de segundo y tercer nivel de atención.

Las principales afecciones odontológicas de los pacientes con VIH y sida se relacionan con la sobrecarga del sistema inmunológico y destacan las afecciones bacterianas periodontales, lesiones orales de origen viral o micótico, u otros procesos infecciosos secundarios. De allí la importancia de los tratamientos preventivos, educación bucodental, promoción de la salud, acceso a medicamentos, manejo de autoestima, aspectos psicológicos, hábitos o estilos de vida, y con ello mejorar su salud bucodental, nutricional y calidad de vida.

El tratamiento bucodental debe brindarse con los mismos procedimientos utilizados en personas no infectadas o con otros tipos de patologías que afectan el estado general de un paciente. Esto en acatamiento al control básico de infecciones del programa de saneamiento básico institucional, protocolos de infecciones intrahospitalarias, enfermedades infectocontagiosas y VIH Y SIDA en odontología infecciones en el consultorio dental

De manera resumida la atención y trámites para atención en aspectos de salud bucodental para personas con VIH no difieren en relación con personas sin infección por VIH. Por norma general toda persona al ser atendida en los servicios de odontología debe ser tratada con las mismas consideraciones como potencial VIH positivo. Los cuestionarios utilizados para detectar la presencia de algunas condiciones que compliquen el tratamiento, en el caso de personas con VIH no deben aparecer en la historia clínica.

El caso requiere de un análisis puntual y replantear la forma de determinar la causa de los problemas de acceso de la población con VIH a los servicios de odontología, pues normativamente, no existe limitante y obstáculo que determine la no atención. En términos normativos la condición de VIH no es causa de exclusión, discriminación o entorpecimiento de la atención, más bien, es causa puntual de atención especializada.

La Defensoría de los Habitantes recomienda consultar a las Clínicas de VIH cuál es el procedimiento regular que se utiliza para la atención de la población que nos ocupa, en los servicios de odontología. Por lo tanto, la DHR asume el compromiso de dar seguimiento a esta temática.

3.2.4 Mala calidad de atención a personas GLBT jóvenes

Se denuncia en la respectiva aplicación que el principal prestador de servicios en salud del país (CCSS) cuenta con severas limitaciones administrativas, institucionales y profesionales para brindar una atención y seguimiento que se dirija a reducir las vulnerabilidades de la población en cuanto al riesgo de infección por VIH así como las demás ITS, desde el inicio de las prácticas

sexuales en la población en general, pero con mayor énfasis en las poblaciones BGLT jóvenes. Puntualmente, se refieren a problemas de calidad y calidez en la atención (falta de información, condones anales deficientes, entre otros).

En respuesta a dicho planteamiento se le requirió información a la a la Dirección Ejecutiva del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) (CENDEISS) y a la Dirección de Desarrollo de Servicios Salud de la CCSS. En particular se requirió información acerca de los programas institucionales implementados para la población joven-adolescente, que se están desarrollando y ejecutando, campañas de prevención en materia de VIH e ITS. Así mismo al CENDEISS se le consultó si dentro de los programas de capacitación que se instauran para el personal en formación de la CCSS, se introducen tópicos referentes a materia de Derechos Humanos en la prestación de los servicios de salud, programas de sensibilización en VIH y sida y temas en general referidos a poblaciones vulnerables y discriminación.

En una primera etapa de investigación se recibió información por parte del Centro de Formación de la Caja Costarricense del Seguro Social, donde se refiere información acerca de los cursos y seminarios que compilan los temas de interés en capacitación impartidos al personal de la Caja durante el último año. En este sentido se refirió:

Ámbito de acción	Nombre del curso	Número de personas capacitadas
Sensibilización en derechos humano, principios de la seguridad social, atención al paciente	Desarrollo del componente actitudinal de los funcionarios (as) de la CCSS	215
	Seguridad Social: principios y perspectivas	170
	Fundamentos de bioética	90
	Inducción para grupos de ética y valores institucionales (GEVI)	120
	Bioética Clínica	35
	SUBTOTAL	630
Desarrollo de conocimientos y habilidades para la atención al paciente portador del VIH	Actualización de infectología en enfermería	25
	I SIMPOSIO DE VIH Y SIDA 2012	200
	Atención integral del paciente con infección por VIH	104
	Actualización en el manejo integral del portador de VIH y su familia.	100
	SUBTOTAL	404
TOTAL		1034

Queda aún pendiente la información de la Dirección de servicios de salud de la CCSS acerca de los programas que institucionalmente se implementan para atender a la población joven-adolescente y valorar su viabilidad, conveniencia y aplicabilidad práctica.

A manera de seguimiento se recomienda evaluar los programas que se encuentran implementados en la institución para atender la población adolescente joven y su relación con VIH, diversidad sexual, derechos humanos, poblaciones vulnerabilizadas, VIH entre otros; a fin de valorar si

responden a las necesidades de las poblaciones sujeto de atención. La DHR trabajará sobre esto en el futuro inmediato.

3.2.5 Mala calidad de atención en las clínicas de VIH de la CCSS

Según denuncia en esta aplicación presentada por el Centro Nacional de Juventudes a la Unidad de VIH de la CCSS, la accesibilidad al servicio deficiente y poco amigable en la CCSS, que la información sobre requisitos para menores de edad o no asegurados no es clara, que los horarios de atención no se ajustaban a las necesidades de las poblaciones y el tiempo para la entrega de los resultados es excesivo. Esta queja también es compartida por la organización TRANSVIDA, ONG que trabaja con población transgénero y ha presentado sus inconformidades al respecto.

Al respecto se informa que este componente está siendo revisado por el Área de Seguros de Salud de la CCSS, lo que implica un análisis de la normativa constitucional, legal y reglamentaria, con relación a estos tópicos y donde destaca que:

A este respecto se informó a esta Defensoría lo siguiente:

- La población joven de entre los 15 y 24 años de edad, está cubierta bajo el Decreto Legislativo 8612, es decir, la Convención Iberoamericana de Derechos de las Personas Jóvenes.
- La población de entre los 15 y 34 años de edad sin trabajo y en condiciones de pobreza, está cubierta por el Decreto de Ley Manos a la Obra 36870-MP-G-MBSF-MTSS, esto previo estudio y clasificación por la entidad del IMAS.
- La población menor de edad está cubierta por el Código de la Niñez y Adolescencia.
- Además, otro elemento importante a considerar, es que todo usuario de los servicios de salud, debe portar su identificación y estar en condición regular en el país.
- Asimismo, la Caja Costarricense del Seguro Social ofrece varias modalidades de aseguramiento, como por ejemplo el Seguro Voluntario por Enfermedad y Maternidad a un costo de 6.500 colones mensuales incluyendo el régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM); llegando a un costo aproximado de 18.000 colones mensuales; con la objetivo de brindar cobertura a cualquier persona sin condiciones de pobreza, pueda tener acceso.

Recientemente esta Defensoría pudo verificar la apertura de la nueva sede de la Unidad ITS/VIH y sida, la cual es un edificio que resguarda la privacidad y la comodidad de las personas, ubicada en San José cerca del parqueo Ma. Auxiliadora. En el edificio además de la Clínica se van a ubicar tres EBAIS pertenecientes al Área de Salud Mata Redonda Hospital.

La Clínica está a cargo de la Dra. Laura Sánchez a tiempo completo, por lo que estará siempre disponible para los usuarios de la Clínica.

Dicha Unidad empezará a funcionar en diciembre de 2013 con los servicios de laboratorio, farmacia, trabajo social, enfermería, salud mental. Además, el personal es nuevo, se encuentra sensibilizado y comprometido con el tema.

El tema de la deficiente calidad de los servicios de salud es una cuestión generalizada por parte de la CCSS, no siendo posible afirmar que el maltrato o mala atención se deba a cuestiones re-

lacionadas con la condición del VIH y otras. Sin embargo, la Defensoría de los Habitantes es una instancia con competencia legal para conocer de este tipo de denuncias, con lo cual el conocimiento de este tema trasciende a los alcances de este informe.

3.2.6 Pruebas de genotipo y fenotipo

Dos de las personas participantes en el Diálogo Nacional, exigen la aplicación de pruebas de fenotipo y genotipo a todos los pacientes VIH y sida, con el objetivo de maximizar los beneficios del tratamiento antirretroviral y disminuir los efectos secundarios no deseados. Específicamente se indica que en la mayoría de los casos de las personas que toman antirretrovirales la toxicidad del tratamiento y la resistencia al mismo son causas importantes para cambiar o modificar el esquema de tratamiento, sin embargo cuando estas modificaciones se realizan no se consideran elementos tan indispensables como las pruebas de genotipo o fenotipo. Lamentablemente los efectos secundarios de los medicamentos en donde la mayoría son tóxicos, es una situación por la cual la persona con VIH tiene que vivir y enfrentar.

Para mejorar la atención de las personas con VIH en relación con el tratamiento antirretroviral consideramos importante la aplicación de pruebas de genotipo y fenotipo, que permitirían prescribir con precisión los tratamientos y disminuir de forma más eficaz los efectos secundarios y mutaciones virales

Ante esta situación, mediante oficio 10771-2013 se solicitó información a la Dirección de Farmacoepidemiología de la CCSS.

Se recibió Oficio DFE-1123-09-13 de la Dirección de Farmacoepidemiología de la CCSS, en que se informa que la institución sigue las guías de la OMS sobre el uso de medicamentos para el tratamiento del VIH y sida, en la que se indica el abordaje que se le debe dar al paciente en su tratamiento dependiendo del estado que presente. Indica que además en todas las consultas médicas se debe evaluar la adherencia del paciente, así como las interacciones farmacológicas y toxicidad. Si luego de ajustar adherencia y resolver interacciones farmacocinéticas, el paciente continúa en un fallo con el medicamento, se debe realizar GENOTIPO; también puede analizar el cambio de terapia en personas con adecuada supresión virológica.

Además se informa que la Institución dispone de las pruebas de *carga viral* y *de genotipo* para todos los pacientes que lo requieran tanto en falla de tratamiento como en los casos que presenten efectos secundarios u otras circunstancias especiales en concordancia con la valoración clínica especializada y las guías internacionales para esta patología.

De acuerdo con la anterior, la DHR concluye que se va a realizar informe final con recomendaciones para indicarle a los interesados el criterio de la CCSS.

4. Discriminación, maltrato y exclusión

Vivir con VIH o padecer sida en Costa Rica sigue siendo una condición cargada de estigma y, por ende, de diferentes formas de discriminación. El 24 por ciento de las quejas de los y las participantes en el Diálogo Nacional se refieren a este tema.

Específicamente, las denuncias giran en torno a problemas de abuso policial, maltrato en las instancias de servicios públicos y desigualdad de oportunidades para el ejercicio de los derechos económicos.

4.1 Abuso policial

Hombres y mujeres trabajadores y trabajadoras sexuales en Cartago se quejan de maltrato y diversas formas de discriminación por parte de policías. Las prácticas homofóbicas parecen ser frecuentes entre el personal de las fuerzas policiales.

En el caso de la Fuerza Pública se ha trabajado en dos sesiones conjuntamente con las jefaturas de la Delegación de Cartago, la Contraloría de Servicios y la Oficina de Género del Ministerio de Seguridad, la comunidad travesti de Cartago y el activista Carlos Alfaro, de dichas sesiones han resultado decisiones importantes en relación con el abordaje que debe darse a esta población por parte de los destacados policiales.

En fecha 7 de noviembre de 2013, se efectuó la jornada de capacitación a los destacados de la fuerza pública de la provincia de Cartago, específicamente se contó con la presencia de 26 oficiales de distintos cantones de la provincia: Cartago, Cervantes, Turrialba, entre otras comunidades.

Tras varias gestiones realizadas sin acuerdos concretos, el Defensor Adjunto de los Habitantes, sostiene conversación con Celso Gamboa, en su momento Viceministro de Seguridad, quien reconoce la necesidad de capacitación y apoya la iniciativa. Durante el año 2013, a partir de esta solicitud, se solicitó la coordinación de espacios de capacitación en materia de derechos humanos, dirigido al cuerpo policial. La iniciativa fue desplazada por varias instancias internas, hasta llegar a una Jefatura de Asesores Legales de la Región Chorotega Norte, con quien se coordinaron capacitaciones específicamente en Los Chiles, Upala y La Cruz. Vale la pena señalar que de parte del Despacho del Director de la Fuerza Pública, así como de la Escuela de Policía o la Dirección de Apoyo Legal, no hubo seguimiento a las acciones desarrolladas en la zona norte. Esta iniciativa no permitió integrar la iniciativa a nivel de Escuela de Policía, lo cual era la aspiración inicial.

Adicionalmente se coordinaron acciones con la Dirección Regional de la Fuerza Pública de Cartago, a partir de las aplicaciones del Diálogo en las que denuncia abuso de autoridad por parte de destacados de la fuerza pública en Cartago, específicamente hacia poblaciones trans. La Dirección de Protección Especial de la Defensoría de los Habitantes desarrolló dos reuniones con la coordinadora de la Oficina de Género, la Contraloría de Servicios y la Directora Regional de la Fuerza Pública de Cartago, conjuntamente con representantes de la sociedad civil (organización BITRANS). Se expusieron problemáticas abusos de autoridad, burlas y violencia, así como medidas de contingencia como definición de zonas de convivencia para que la población trans que se dedica al trabajo sexual, tengan un espacio conciliado con la comunidad y la policía.

El jueves 14 de noviembre de 2013 se sostuvo una reunión con Marianella Ullet de la Oficina de Género de la Fuerza Pública con el fin conocer los programas de capacitación que se impulsan desde ésta oficina e identificar posibilidades para incorporar la temática de VIH y de Poblaciones Clave.

A partir de las gestiones realizadas se han llevado a cabo las siguientes acciones concretas en el 2013:

- Apoyo de las autoridades del Ministerio de Seguridad Pública para abrir los espacios de capacitación solicitados.
- Se logra la coordinación con el departamento de Asesores Legales de la Región Chorotega Norte. De esta forma, se llevan a cabo 3 talleres de 12 horas cada uno con un promedio de participación de 25 oficiales de la fuerza pública en cada uno de ellos. Los talleres han sido ejecutados en Upala, Los Chiles y La Cruz. La temáticas abordadas en dichos talleres son: Derechos humanos, discriminación y Poblaciones vulnerabilizadas incorporando VIH y diversidad sexual.
- De las coordinaciones con la Dirección de la Fuerza Pública de Cartago, se logra identificar que a partir del establecimiento de zonas de convivencia, no hay denuncias concretas desde los vecinos. Hay un compromiso por parte de la población trans, de identificar a los policías que incurran en situaciones de abuso, lo cual se coordinaría directamente con Daisy Matamoros, para el seguimiento correspondiente a las denuncias. De la misma manera, se comprometen a identificar aquellas personas trans que están viniendo de San José a Cartago a generar disturbios y alterar los compromisos adquiridos. Adicionalmente, desde BITRANS, se seguirá trabajando con la población trans, para salvaguardar estos compromisos, y brindar capacitación respecto a derechos y responsabilidades.
- Producto de esta coordinación con la Dirección de la Fuerza Pública de Cartago, adicionalmente se alcanza coordinar un espacio de capacitación dirigido a funcionarios y funcionarias del cuerpo policial de la zona, la cual surge a partir de una solicitud expresa de apoyo por parte de esta Dirección. En coordinación, la Defensoría y y la organización BITRANS, ejecutan un espacio de capacitación de un día en Turrialba, al cual asisten aproximadamente 30 efectivos de la Fuerza Pública de Cartago y Turrialba. Se desarrollaron temas relacionados a Derechos Humanos y Diversidad Sexual, diferentes formas de discriminación y específicamente a las poblaciones LGBTI. Desde la organización BITRANS se trabajó especificidades de la identidad de género, la realidad de la población trans en Cartago, zonas de convivencia y abusos de autoridad.

Se visualizan varias posibilidades de coordinación para el año 2014:

- En los Talleres de Masculinidad que ya se están ejecutando, incluir el contenido de diversidad sexual y discriminación.
- Como parte de la formación básica a policías, se cuenta con dos días en el que se trabaja el enfoque médico; en este espacio se piensa coordinar incorporar contenidos de VIH y sida, medidas de bioseguridad, así como el protocolo de profilaxis post exposición.
- Se planteará a nivel de Escuela de Policías, en el espacio de Formación de Jefaturas, la posibilidad de incorporar los contenidos de Derechos Humanos y Discriminación.
- En coordinación con la Oficina de Género, así como con ONGs, se programarán Talleres directos a delegaciones por región, con contenidos de Derechos Humanos, discriminación,

VIH y poblaciones clave (Diversidad sexual, trabajo sexual). Para este esfuerzo se puede contar con el *"Manual para Policías facilitadores/as frente a situaciones de prevención de VIH"*, que ya está impreso y está disponible.

- Se considera como positivo, el hecho de contar a nivel ministerial con una comisión de VIH; inclusive hay una política redactada. Sin embargo su nivel de implementación es mínimo; a nivel de capacitación se han hecho esfuerzos que dependen de la cooperación, pero no se asumen a nivel institucional. Se aprovecharían espacios que ya están institucionalizados, como lo son los talleres de masculinidad, así como otros cursos y talleres que ya se llevan a cabo desde la Oficina de Género.

Se evidencia que se han tenido problemas para institucionalizar propuestas de capacitación en materia de Derechos Humanos, Género, Discriminación y VIH. Inclusive se trabajó en coordinación con el UNFPA la impresión de material para capacitación en materia de VIH, pero no se imparten los contenidos desde el Ministerio de Seguridad y Gobernación, sino que se espera a que sean instancias externas quienes implementen las capacitaciones.

En la práctica, aquellos espacios que se alcanzaron ejecutar promovidos desde la Defensoría, evidenciaron otras problemáticas.

Al respecto desde la Escuela de Policía no se reconoce con facilidad la importancia de trabajar derechos humanos. Desde las diferentes jefaturas se presentan dificultades para organizar horarios y responsabilidades que permitan que un porcentaje del personal pueda recibir capacitación. En la mayoría de experiencias las personas asignadas a participar en los talleres no tiene información previa sobre la actividad a la que tienen que asistir. Sin embargo, es cuando se logra contactar funcionarios o funcionarias que se comprometen con la iniciativa, que se van superando los obstáculos. Valga señalar que la iniciativa en la zona norte se alcanzó ejecutar por el compromiso de la Jefa de Asesores Legales de la Región Chorotega Norte, Licda. Elba Ulloa Dávila.

Adicionalmente es importante indicar, que si bien los oficiales y las oficiales de la fuerza pública muestran algunas resistencias frente a contenidos de derechos humanos, se logra a partir del trabajo y la reflexión colectiva generar reconocimiento sobre los mismos. Ahora bien, cuando se aborda la temática del VIH y de la diversidad sexual, las resistencias crecen de manera notable. Fue evidente el nivel de desinformación en estas temáticas, lo cual justifica reforzar este tipo de iniciativas; esto por cuanto la desinformación acrecienta el estigma y discriminación.

Al terminar las actividades, las personas participantes manifiestan que fue de mucha importancia haber abordado estas temáticas, y haber participado en el taller. Pero a la vez insisten en que sería relevante involucrar a las jefaturas en estos espacios formativos: "que también sean los directores y jefes los que participen en estos talleres".

Un aspecto que es importante resaltar es la vivencia de un "régimen de miedo" en el que se mueve la fuerza policial, ya que viven los derechos humanos como algo para otras personas, más no para ellos y ellas como funcionarios/as. Se denuncian importantes carencias de recursos, así como condiciones desfavorables para el desarrollo de sus funciones. Esto sin embargo no puede ser denunciado, ya que inmediatamente hay represalias para quienes así lo hagan saber: "nos revientan a Calero". Se ha aprendido como parte de la cultura organizacional a callar las violaciones internas a los derechos fundamentales, como una forma de sobrevivir en el trabajo, por lo que se comprende la falta de interés en un tema que les es tan lejano.

Se considera que se debe continuar la gestión para lograr que la temática de Derechos humanos y discriminación se incorpore en el proceso de formación de todas las personas aspirantes a policía. La estrategia para institucionalizar el abordaje de estos contenidos, debe ir escalonadamente, dada la falta de interés mostrado en incorporar estos temas en la malla curricular de la formación básica para todos y todas las policías. Se debe hacer un esfuerzo por posicionar el tema, con el apoyo de instancias externas, a lo interno del Ministerio. Posteriormente se incluirían más contenidos y programas específicos, con miras a su inclusión definitiva por parte de la Escuela de Policía.

Adicionalmente, funcionarios del Área de Promoción y Divulgación se dieron a la tarea de impulsar procesos de sensibilización y capacitación al personal del Poder Judicial. Sostuvieron para esto tres reuniones de coordinación con Kattia Escalante y Arturo Zúñiga representantes de la Escuela Judicial. La Escuela Judicial es la instancia de este poder de la república, encargada de capacitar al personal en el mejoramiento de la calidad de la administración de la justicia. Además de ofrecer a jueces, juezas y aspirantes a la judicatura una oferta permanente de cursos, programas de formación, programas de actualización y especialización, foros, entre otros.

En el año 2013 se desarrollaron dos talleres dirigidos a la Subcomisión de Diversidad Sexual del Poder Judicial, en los que se desarrollaron contenidos sobre Derechos Humanos y derechos sexuales, sensibilización en materia de discriminación y relaciones de poder, diversidad sexual, identidad de género y manifestaciones de la diversidad, así como normativa, jurisprudencia, mecanismos de protección y pendientes en materia de garantía de los derechos de estas poblaciones.

A partir de las gestiones realizadas se acuerdan las siguientes acciones concretas para el 2014:

- Participación en el Programa de Formación Inicial para Aspirantes a la Judicatura (FIAJ), en el que se espera capacitar y sensibilizar a 30 participantes aproximadamente, mediante visita didáctica a la Defensoría. En esta visita, programada ya con dos sesiones a principios del año 2014, se trabajarán derechos humanos y discriminación, y específicamente en el marco del trabajo relacionado con poblaciones vulnerabilizadas, se involucrará diversidad sexual y personas con VIH.
- Taller de capacitación y sensibilización en VIH y diversidad sexual, dirigido a facilitadores de todas las unidades de capacitación, a saber: Ministerio Público, Defensa Pública, OIJ y Escuela Judicial. Con el fin de sensibilizar y generar compromiso para posicionar la temática de VIH y diversidad sexual en los procesos de capacitación que estas personas lideran, desde un enfoque de derechos humanos.
- Desde la Defensoría se aportarán casos emblemáticos relacionados con derechos humanos y discriminación por VIH o por diversidad sexual para que sean incorporados en Foros y Conversatorios organizados por la Escuela Judicial.

Producto de estas coordinaciones, existen buenas posibilidades de apoyar al Departamento de Prensa (Ana Lucía Vásquez) y al equipo de la Escuela Judicial para diseñar una campaña de sensibilización alrededor del respeto a la diversidad sexual así como cápsulas informativas sobre VIH por medios del correo interno del Poder Judicial. Lo anterior queda sujeto a la concreción de los acuerdos respectivos.

Las personas con las que se han sostenido reuniones, manifiestan que en la institución existe un alto nivel de resistencia y negación con respecto a la temática de diversidad sexual y del mismo

modo frente al tema de VIH. La Comisión de Accesibilidad, que agrupa a su vez a varias subcomisiones según temáticas específicas, no ha incluido la materia de VIH como una población que requiere un trato diferenciado para el acceso a la justicia.

En este sentido, se informa que los espacios de capacitación que se propongan explícitamente para la temática podría enfrentar el riesgo de no contar con el interés de funcionarios y funcionarias. La propuesta sería que a partir de la sensibilización y compromiso que se logre con las personas responsables de prensa, de facilitar capacitaciones y de definir temáticas, se pueda diseñar una estrategia de campaña a través de los medios de comunicación internos de la institución. De esta manera se posicionaría el tema de forma escalonada, como parte de un proceso estratégico y coordinado.

Para el año 2014 se prevé el posicionamiento del tema a nivel de equipo de trabajo (Escuela Judicial), por medio de un proceso de capacitación y sensibilización. De la misma manera se trabajará directamente con el grupo de aspirantes a la judicatura en la visita didáctica que se haga en la Defensoría de los Habitantes. Se solicita a la Comisión Institucional de Accesibilidad valorar identificar una estrategia de abordaje de la población con VIH que solicite acceso a la justicia. A nivel del personal del Poder Judicial se trabajaría más a nivel de campaña de sensibilización por medio de cuñas informativas.

4.2 Discriminación

Como se indicó anteriormente, las personas con VIH o sida, las personas con comportamientos de mayor riesgo (trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres) y, en general, la población no heterosexual; reciben un trato diferente e irrespetuoso en los servicios públicos con gran frecuencia.

Las aplicaciones hacen énfasis en la existencia de estas situaciones en los servicios de salud, educación y en las instancias encargadas de brindar oportunidades para el crecimiento económico de las personas y familias.

4.2.1 En los servicios de salud

El trato discriminatorio contra las personas en función de su orientación sexual y/o de su condición de vivir con VIH es una situación que concentró gran cantidad de quejas durante el Diálogo Nacional. Al ser estas personas usuarios frecuentes de los servicios de salud, no es casual que las situaciones de estigma y discriminación sean sumamente frecuentes en estos espacios.

La Defensoría de los Habitantes asume que estas prácticas tienen sus raíces en el desconocimiento, la homofobia y otras actitudes susceptibles de cambio por parte de los y las funcionarios. La información y la capacitación en derechos humanos, diversidad sexual, derechos sexuales, VIH y sida, entre otros se torna clave en este contexto.

En este sentido, se desarrollaron las siguientes actividades:

- Reunión de coordinación con el Dr. Villalobos representante del área de Bioética del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social – CENDEISSS.
- Reunión con la Red de ONGs que trabajan en el tema de VIH y sida, como alianzas de la estrategia.
- Reunión con representante de USAID-Capacity, quienes desarrollan procesos de capacitación a personal de salud, y están interesados en institucionalizar procesos de mejora en el servicio, consejería pre y post prueba, así como en estigma y discriminación. Sería una alianza estratégica en este proceso de coordinación, y en la ejecución del mismo.

A partir de las gestiones realizadas se acuerdan las siguientes acciones concretas para el 2014:

- Capacitación y Sensibilización en Derechos Humanos, VIH y Diversidad Sexual a docentes y personal del equipo del área de Bioética del CENDEISSS. El abordaje contempla tres componentes: contenidos clínicos y jurídicos, sensibilización y herramientas metodológicas para el abordaje de las temáticas.
- Participación en una de las reuniones mensuales de la Red de Comités de Bioética, la misma conformada por 45 comités de bioética de todo el país, con el fin de incidir en los planes de esta Red para posicionar el análisis acerca de la situación del VIH en Costa Rica y el compromiso de dar respuesta integral a esta situación. Además, se propone llevar a cabo un taller de capacitación y sensibilización sobre VIH y sobre diversidad sexual a las personas que integran la Red para que éstas repliquen la experiencia con sus equipos de trabajo.
- Incluir capacitación sobre VIH, situaciones de discriminación hacia personas con VIH y situaciones de discriminación a poblaciones LGTBI, dentro de los contenidos en derechos humanos, y atención a poblaciones vulnerabilizadas contemplados en los cursos que imparte el área de Bioética del CENDEISSS.

Se encuentra que, si bien en los contenidos de los diferentes cursos que ofrece el área de Bioética del CENDEISSS se incorporan temáticas en derechos humanos, existe un evidente vacío con respecto a:

- Abordaje específico en derechos humanos y VIH.
- Abordaje específico en derechos humanos y poblaciones clave.
- Abordaje específico en derechos humanos y Diversidad Sexual.

De esta forma, se evidencia que aunque se han introducido componentes de Derechos Humanos y trato cálido en la atención, las temáticas específicas relacionadas con VIH y sida y poblaciones clave siguen estando ausentes en la propuesta de formación del CENDEISSS.

Sin embargo, el equipo de trabajo del área de Bioética del CENDEISSS muestra interés y apertura para llevar a cabo las acciones propuestas, abriendo espacios y comprometiéndose con la inclusión de contenidos y manejo de casos desde la perspectiva ética de sus cursos. Adicionalmente han mostrado interés en recibir capacitación por parte de la Defensoría de los Habitantes, acción que se está coordinando para ser ejecutada desde las Direcciones de Calidad de Vida y Promoción y Divulgación, conjuntamente con Organizaciones y la cooperación. Se ha alcanzado adicionalmente abrir espacios permanentes en las sesiones de trabajo que reúne mensualmente a la Red de Comités de Bioética (conformada por 45 comités de bioética de todo el país).

En el caso específico de la población trans en el sistema de salud pública, se denuncia que en reiteradas ocasiones no recibe una adecuada atención en los centros de salud, en razón de su identidad y expresión de género. Se considera que existe una falta de preparación del personal de salud en cuanto al respeto a la identidad de género, dado que en algunas ocasiones su trato, está caracterizado por burlas y discriminaciones. Agrega además que en este escenario, lo ideal sería que se implementen protocolos o directrices de atención en los centros de salud, que incluyan el respeto a las necesidades específicas de las poblaciones, cuyas orientaciones sexuales e identidades o expresiones de género no se apegan a la norma y más bien se fomente su inclusión dentro de una política pública de salud sexual y reproductiva de esta población.

A este respecto se le realizó una solicitud de información a la MSc. Alejandra Acuña de CONASIDA, y a la Dra. Gloria Terwis de la Dirección Técnica de Servicios de Salud de la CCSS, a fin de que comunicaran las estrategias implementadas para erradicar la transfobia en los servicios de salud.

A la fecha se recibió información por parte de CONASIDA fundamentalmente indicando que en cumplimiento del Área Estratégica N°5 del Plan Estratégico Nacional sobre VIH y sida (PEN) y por gestión intersectorial se han realizado las siguientes acciones:

- Desarrollo de políticas para la eliminación del estigma y discriminación por orientación sexual en instituciones del Estado y Universidades públicas con apoyo de la sociedad civil.
- Decreto Ejecutivo 34399 del 2088, Día Nacional contra la homofobia, ampliado al 37071.
- Acuerdo Ministerio de Educación Pública (MEP) del día Nacional contra la homofobia, lesbofobia y transfobia.
- Decreto Plan de Igualdad y Equidad de Género PIEG N°34729-PLAN-S-MEP-MTSS del 17 de setiembre del 2008.
- INAMU. Convención colectiva institucional. (art 36). Guía de sensibilización para la no discriminación por orientación sexual e identidad de género. 2010.
- CCSS. Circular 56389-S-A-08 de Gerencia Médica. Dentro de las normas que regulan la visita a pacientes, no introducir normas discriminatorias.
- IAFA: Política de buenas prácticas para la no discriminación por orientación sexual o identidad de Género. 2012
- Tribunal Supremo de Elecciones: Reglamento del Registro Civil para uso de fotografía conforme la propia imagen e identidad de género.
- Poder Judicial: Política Respetuosa de la Diversidad Sexual
- UNA. Acuerdo N°3176 Declaratoria de la UNA como espacio libre de todo tipo de discriminación sexual, de géneros, de pertenencia de etnias y clases sociales.
- UNED Acuerdo N°2250-2013. Declaratoria de la Universidad Estatal a Distancia como institución libre de discriminación y respetuosa de las diferencias.
- UCR-Acuerdo 5554-11. Declaración Espacio Libre de discriminación por orientación sexual o identidad de género.
- UTN: Acuerdo 157-2012. Declaratoria de espacio libre de discriminación por orientación sexual o identidad de género en el marco del Día Nacional contra la Homofobia.
- ITEC-SCI-368-2012 Declaratoria del Instituto Tecnológico de Costa Rica como espacio libre de discriminación por la orientación sexual e identidad de género.

- MTSS Directriz N°025-2012 para la prevención y el abordaje de la discriminación por orientación sexual e identidad de género.
- CNPJ: Manual de sensibilización para la no discriminación sobre orientación sexual e identidad de género. 2011.
- Se realiza la apertura del sitio VICITS (vigilancia centinela del ITS y VIH), para la atención de las poblaciones clave: trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y mujeres transgénero, se contó con el apoyo técnico y financiero del Entro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y la Universidad del Valle.
- Se ha iniciado el Estudio de Estigma y Discriminación en el país el cual estará concluido en el segundo semestre del 2013.

En el marco al cumplimiento de la Política Nacional de Sexualidad, con relación al derecho a la salud de las personas LGTBI se ha avanzado lo siguiente:

- Se conforma en el 2012 el grupo técnico para la elaboración de una primera propuesta de directrices técnicas para la garantía del derecho a la salud de las personas LGTBI conducido por Edda Quirós de la Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud, con la participación de Daria Suárez y Francisco Madrigal del Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos (CIPAC) y Natasha Jiménez Mata, MULABI, Espacio Latinoamericano de sexualidades y derechos. Se termina propuesta en mayo del 2013.
- Se realizan consultas a actores en junio-julio 2013. Se envía a la Ministra el documento con las directrices finales integrando lo que se generó en la consulta para su aprobación final, entregada mediante oficio DPEEAS-203-13 recibida el 28 de agosto del 2013.

De todo lo anterior se concluye que existen algunas acciones normativas realizadas por la administración pública tendientes a la generación de políticas y directrices hacia la construcción de espacios libres de estigma y discriminación por orientación sexual e identidad de género.

No obstante, se debe investigar y documentar las acciones realizadas por la CCSS al respecto y por otra parte consultar y valorar las acciones de monitoreo, evaluación y seguimiento que ha implementado el Ministerio de Salud para la ejecución de las guías, directrices y políticas en la materia.

En general diferentes acciones tomadas por el país, obligan a un abordaje especial e integral para poblaciones LGBTI con el fin de garantizar un adecuado ejercicio de la ciudadanía de estas poblaciones, entre ellos, el Decreto 34399-S sobre el Día Nacional Contra la Homo-Lesbo-Bi y Transfobia, el cual hace un llamado para la erradicación de este mal social, también, el lineamiento administrativo de la CCSS n° DRSS 0630-12 sobre "Servicios libres de discriminación por orientación sexual e identidad de género", y la misma Política Nacional de Sexualidad 2010-2021, se enmarca dentro del enfoque de las diversidades siendo clara en un abordaje respetuoso de la diversidad sexual.

Las Direcciones de Desarrollo de la Salud y de Red de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, han estado trabajando en la elaboración de directrices y lineamientos, que oriente a los Centros de Salud de la Institución, sobre el desarrollo obligatorio de acciones dirigidas a no estigma y discriminación, mismas que se plasman en los siguientes documentos:

- Oficio GM-35883-O-13 del 31 de julio del 2013: Servicios Libres de Discriminación por Orientación Sexual o Identidad de Género, en el cual, se recuerda a los Directores y Directoras de los servicios de salud a nivel nacional y sus colaboradores sobre, la obligatoriedad en el cumplimiento del "Lineamiento administrativo sobre los servicios libres de discriminación por orientación sexual o identidad de género", referido en los oficios GM-2289 del 12 marzo del 2012 por parte de la Gerencia Médica y en oficio DRSS-0630-12 del 06 febrero del 2012.
- Por otra parte, se ha coordinado acciones de capacitación y sensibilización con el Centro de Control de Enfermedades (CDC), la Universidad del Valle de Guatemala y USAID; quienes han impartido tres talleres sobre Estigma, Discriminación y Consejería a la Unidad de Prevención y Control del VIH e ITS, al personal de la clínica Moreno Cañas. La Fundación USAID- CICATELLI impartió un taller al personal de las oficinas de Validación, Afiliación de Derechos, Contraloría de Servicios y del Área de Atención Integral a las Personas para mejora del desempeño y entrega de servicios más cálidos y humanizados.

Además en éste oficio se solicitó a las instancias locales que informaran a la Gerencia Médica respecto a las acciones ejecutadas para dar cumplimiento a dicho lineamiento.

Como parte de lo antes referido, existen algunos esfuerzos locales realizados por las unidades en atención de los lineamientos institucionales ya referidos, como lo es el caso de:

- En el oficio DGHGMMIV-1108-13, el Dr. Guillermo Mendieta Ramírez, Director a.i. del Hospital de Golfito informa que se procedió a comunicar a todos los servicios del nosocomio sobre el trato igualitario que se brinda a los pacientes, independiente de su orientación sexual o identidad de género.
- En el oficio AAIP-E-0239-13, se gestionó ante USAID apoyo técnico para el desarrollo de actividades de entrenamiento al personal de la Caja Costarricense de Seguro Social, en temas de Estigma y Discriminación.

No obstante, es sabido que toda actividad psicológica revertida en un proceso de enseñanza aprendizaje (prácticas de cambio) requiere no solo una comunicación intersubjetiva sino también la intra-subjeción y empoderamiento de dicha información.

Así, las cosas, deberán el Ministerio de Salud y la CCSS:

- Difundir e insistir sobre la necesidad de la existencia de Servicios Libres de Discriminación por Orientación Sexual o Identidad de Género, asimismo sobre la obligatoriedad del "Lineamiento administrativo sobre los servicios libres de discriminación por orientación sexual o identidad de género."
- Deben el Ministerio de Salud aprobar la Política Nacional de Sexualidad e informar a esta Defensoría y a las ONG sobre su puesta en práctica.
- Deberá el Ministerio de Salud aprobar las Directrices Técnicas para la Garantía del Derecho a la Salud de las Personas LGTBI e informar sobre los talleres de consulta final, la sistematización, la diagramación, la publicación y su oficialización.
- Deberá la CCSS insistir y continuar en todas las redes de servicios sobre la capacitación y sensibilización en el tema de Homo-lesbo-bi-trans fobia.

4.2.2 Maltrato en servicios de salud a paciente con tuberculosis

Una de las aplicaciones hace referencia al caso de un paciente con VIH que además presenta un cuadro de tuberculosis y que, supuestamente, se le habría denegado atención médica en un hospital público. Sus familiares consideran que se configura un caso de maltrato y de discriminación, ya que se alega que se niega el tratamiento por su condición de VIH y sida.

De acuerdo con la información, la Comisión de Tuberculosis del Hospital Max Peralta deniega el tratamiento de segunda línea debido a los antecedentes del paciente de "callejización, toxicomanía entre otros." Ante esta situación el albergue en el que el paciente había estado internado solicita a Servicio de Trabajo Social del Hospital Max Peralta que interceda para que le suministren el tratamiento y que ellos ofrecen apoyo al paciente. La respuesta de la trabajadora social del Hospital, es que la comisión de Tuberculosis del Hospital México decide que se debe esperar un internamiento del paciente durante seis meses para lograr la adherencia a este tratamiento. Simultáneamente el Hogar interpela a la Comisión Nacional de Tuberculosis quien aprueba el tratamiento pero con la condición de que espere quince días por uno de los medicamentos. La madre del paciente interpone un recurso de amparo ante la sala constitucional. Por la falta de respuesta oportuna el paciente fallece en el Hospital Max Peralta del 8 de junio del 2011.

Se solicita que sea prioritaria la atención adecuada y oportuna para los pacientes con VIH y sida, con calidez y sensibilidad por parte de todas las autoridades del Sistema Nacional de Salud. Se solicita también que exista consenso en la respuesta de las diferentes comisiones antituberculosis y que se garantice el abastecimiento permanente de los medicamentos por parte de la CCSS.

Mediante oficio 11828 -2013-DHR se solicitó información a la Dirección de Desarrollo de Salud de la CCSS sobre si existía un protocolo específico para atender pacientes con VIH y sida que presenten cuadros de tuberculosis.

Se recibieron informes de la Dirección de Desarrollo de la Salud de la CCSS y de su Área de Salud Colectiva mediante oficios DDSS-1377.13 y ASC-SAVE-TB-94 respectivamente.

De acuerdo con la información que remite la CCSS existe una Norma Nacional para el manejo de la Tuberculosis Multi-resistente que debe ser aplicada en todos los centros de salud, y que incluye la vigilancia y el manejo de la coinfección TB/VIH y que requiere el cumplimiento de varios requisitos tomando en consideración que se involucran drogas de un período de estabilidad muy corto, por lo que no pueden tenerse en stock, de ahí la necesidad de pedirlos cuando se identifica un caso, lo que hace que se requieran algunos días para obtenerlo.

A partir de la información recopilada se procederá a la elaboración del informe final del caso.

4.2.3 En el sistema educativo

En el año 2008, el Ministerio de Educación Pública, aprobó el manual sobre "Buenas prácticas para la no discriminación de personas menores de edad insertas en el sistema educativo", además, la Defensoría de los Habitantes ha dado diferentes recomendaciones a esta institución con el fin de brindar educación libre de prejuicios motivados por la orientación sexual o la identidad de género de los estudiantes. Sin embargo, CIPACDH ha encontrado dificultades para la entrega

técnica de dicho documento y el abordaje de la sexualidad desde un enfoque no heterosexista, científico y laico.

Se cuenta con un plan estratégico de sexualidad, sobre la base de la Política Nacional de Sexualidad, se está remitiendo al Despacho para su revisión y aprobación. Una vez se cuente con el aval se realizará la diagramación, publicación, oficialización y los procesos de divulgación técnica y política del documento. Todo el proceso a ejecutarse durante el año 2014.

Es importante aclarar que el Ministerio de Salud tiene la potestad como rector de promover la educación libre de discriminación ante las instituciones correspondientes del sector salud, y en su rol de liderazgo puede coordinar o articular acciones con otras instituciones fuera del sector salud pero no exigir su aplicabilidad. Esta es una tarea pendiente a ejecutar y está planteada dentro de las Directrices técnicas para la garantía del derecho a la salud de las personas LGTBI.

A pesar de todo lo anterior, el ambiente educativo sigue siendo un espacio en el que son frecuentes las prácticas estigmatizantes y discriminatorias en razón de la orientación sexual y/o de la condición de vivir con VIH y sida. Así fue planteado por una de las personas participantes en el Diálogo Nacional.

Por tal razón, se intentó en este período que los docentes de la educación pública pudieran ser capacitados y sensibilizados en contra de esta situación. Hubo reuniones con María Auxiliadora Solís y Laura Ramírez, del Departamento de Vida Estudiantil del Ministerio de Educación Pública.

Se ha alcanzado que para el año 2013, la Dirección de Promoción y Divulgación de la Defensoría participe en dos procesos de formación dirigidos a educadores y educadoras de secundaria, incorporando contenidos de derechos humanos, discriminación, poblaciones vulnerabilizadas, VIH y poblaciones clave. Las personas participantes trabajan en sus respectivos colegios en los comités que dan seguimiento al servicio comunal estudiantil.

A partir de las gestiones realizadas se acuerdan las siguientes acciones concretas para el 2014:

- Plan 200 - incorporar contenidos en programas de capacitación convocados para noviembre y diciembre del 2014 (Plan 200). La Defensoría ha solicitado la posibilidad de impartir un módulo completo de una semana, en el que se desarrollen contenidos de Derechos Humanos, y educación de los derechos humanos; en este espacio se desarrollaría componentes de diversidad sexual y matonismo por homofobia, así como VIH y poblaciones clave.
- En algunas zonas del país, la Defensoría trabajará directamente con población estudiantil, el acompañamiento a los proyectos que se presenten en el marco del servicio comunal estudiantil. Se ejecutarán talleres sobre derechos humanos y creatividad en los cuales se incorporarán los contenidos de discriminación por diversidad sexual y VIH para incidir en los y las estudiantes sobre dichas temáticas en sus proyectos de Servicio Comunal Estudiantil. Dichas actividades se realizarán en los siguientes lugares: (Región Sulá/ Limón, Región Norte, Región Central - Los Cuadros de Goicoechea y Pavas).

Es necesario reconocer que estas acciones son una puerta de entrada al Ministerio de Educación y no podrán de ninguna manera sustituir el trabajo que a nivel estructural se debe desarrollar en materia de educación para la sexualidad y la afectividad, así como el acompañamiento que en este sentido se debe dar al personal docente, que se ha mostrado desconocedor y hasta con falta de sensibilidad en temas como diversidad sexual y VIH.

Se busca ingresar al MEP de una manera escalonada, generando una conciencia a nivel de las personas tomadoras de decisiones, con lo que pareciera que las mismas funcionarias y funcionarios esperan el cambio de administración, antes de asumir cualquier compromiso.

4.3 VIH y vida productiva

En el Dialogo Nacional se presentaron varias aplicaciones de personas que viven con VIH en relación con la falta de oportunidades de empleo, así como de oportunidades de acceso a la vivienda, pólizas de vida y créditos bancarios.

Para dicho fin, se solicitó informes a Lic. Juan Manuel Cordero González, Viceministro Sector Social Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, al Dr. Guillermo Constenla Umaña, Presidente Ejecutivo del Instituto Nacional de Seguros, Lic. Francisco Marín Marín, Presidente Ejecutivo del Instituto Nacional de Aprendizaje, Ing. Erick Mata, Director de Vivienda del Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos, Lic. Juan de Dios Rojas Cascante, Gerente General del Banco Hipotecario de la Vivienda, Licda. María Isabel Cortés, Directora Ejecutiva de la Asociación Bancaria Costarricense y a la Sra. Erika Linares de la Asociación Empresarial para el Desarrollo.

A estas personas les fue enviado un cuestionario en el que se solicitaba información sobre las medidas adoptadas para garantizar que los servicios y oportunidades que brindan las respectivas instituciones sean accesibles para personas con VIH. Con base en respuestas, se les invitó a un Conversatorio el día 31 de octubre en la Defensoría, momento en el que se rindió informe de resultados en las siguientes gestiones por institución:

1. MINISTERIO DE TRABAJO

Este Ministerio hace referencia a los avances de la Directriz 002-2010 sobre Prevención y Abordaje del VIH en el mundo del Trabajo, los cuales han contado con algunas trabas para su aprobación e implementación.

Por parte del Consejo de Salud Ocupacional se recibió el oficio N° DE-302-2013 de fecha 15 de octubre del 2013, suscrito por el MBA. Rivera Campos, quien indica que el Consejo de Salud Ocupacional no ha dado seguimiento a la "Directriz para la prevención y el abordaje del VIH Y SIDA en el mundo del trabajo", ya que según menciona, dicha potestad es propia de la Dirección Nacional de Inspección del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Así mismo, con respecto a la divulgación de la Directriz 002-2010 sobre Prevención y Abordaje del VIH en el mundo del Trabajo, el Consejo de Salud Ocupacional informó que la divulgación de la directriz se ha visto limitada por la escasez de recursos económicos para su publicación, aunado al hecho de que se estaba trabajando en una guía que facilitaría su aplicación en las empresas e instituciones públicas, guía, que ya fue aprobada y se encuentra en proceso de impresión. No obstante, en la presentación de la Directriz sobre el VIH y el Sida, si se incluyó la realización de 12 cursos de capacitación que el Área de Formación, Divulgación y Promoción del Consejo de Salud Ocupacional había realizado durante el 2011 y 2012, en los cuales participaron 282 personas, para un total de 123 comisiones.

Sin embargo, hasta el momento no existe mecanismo alguno para determinar cuántas empresas han acogido la Directriz para la prevención y abordaje del VIH y sida, pues no es obligatorio para las empresas o instituciones reportar este aspecto. Aunado a lo anterior, se comunicó que el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social había conformado una Comisión Institucional para la elaboración de la Política sobre el VIH y el Sida, misma que había sido validada el 9 de octubre del 2013 y sería presentada a las autoridades superiores el 14 de octubre del mismo año.

Ahora bien, por parte del Ministro de Trabajo y Seguridad Social, se recibió tanto una respuesta escrita como una participación personal por parte del Lic. Juan Manuel Cordero González, Viceministro de Trabajo en ese momento quien participó en el Conversatorio sobre VIH y Derechos Económicos, que se llevó en las instalaciones de esta Defensoría el 31 de octubre del 2013. el Viceministro de Trabajo.

En su informe escrito, el Ministerio de Trabajo, consciente de la grave situación por la que atraviesan los grupos de personas vulnerables del país, en relación con el derecho que les asiste de obtener un empleo de calidad, ha venido intensificando el uso de las políticas públicas existentes, así como la puesta en marcha de nuevos programas para mejorar la empleabilidad de la fuerza de trabajo de esta población, en la cual sin lugar a dudas, se encuentra la población viviendo con VIH-Sida.

El Sistema de Orientación, Información e intermediación de Empleo, el programa Empléate que procura la empleabilidad de los sectores poblaciones vulnerables (personas con discapacidad, jóvenes en busca de su primer empleo, mujeres jefas de hogar) los programas de Generación de Autoempleo mediante microempresa, entre otras, son las principales acciones que de seguido paso a detallar para mayor información, sin antes indicar, que a estos programas pueden acceder para ser beneficiarios, sin requisito adicional alguno, las personas viviendo con VIH-Sida.

EMPLEATE: es una iniciativa Público-Privada, liderada por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, que promueve la inserción laboral de las personas jóvenes en el rango de los 17 a los 24 años de edad y que además se encuentran en condición de desempleo y vulnerabilidad.

Se gestiona mediante la red de instituciones participantes que cuentan con competencias y programas en materia de promoción de empleo juvenil, mediante transferencias monetarias de alrededor de doscientos mil colones mensuales, por el espacio de tiempo que dure la capacitación en instituciones públicas y privadas de educación técnica y certificadas por el INA, para asegurar la idoneidad de los cursos, dicha transferencia cubre la capacitación así como el estipendio para los gastos de traslado y alimentación de los y las beneficiarias.

Sistema de Información, Orientación, Intermediación para el Empleo (SIOIE)

Dicho Sistema consiste en una plataforma tecnológica vía internet de acceso gratuito tanto para empresas que ofrecen puestos de trabajo, así como para las personas que buscan empleo y en la cual ambas partes "cuelgan" su oferta y su demanda. Mediante el proceso informático diseñado, el Sistema de manera automática acerca la oferta laboral más conveniente y que se ajuste al perfil del demandante.

Esta herramienta es un pilar fundamental del mercado de trabajo, pues facilita el encuentro oportuno entre oferentes y demandantes de fuerza laboral al vincular la oferta y la demanda del mercado para que la persona en búsqueda de empleo logre una inserción acorde a sus cualidades laborales y el empleador cuente con personal idóneo para solventar sus vacantes.

Con respecto a este informe especial, manifiesta el Ministerio que desconoce si personas registradas en el Sistema viven con el VIH y el Sida, toda vez que el Sistema no pregunta, ni interesa conocer el estado serológico de los oferentes, por ser ello es totalmente irrelevante. Sí resultaría conveniente difundir este servicio de empleo público gratuito entre las Organizaciones de la Sociedad Civil que trabajan la temática en aras de contribuir a la inserción laboral.

Programa Nacional de Empleo (PRONAE)

Este programa fomenta el empleo y el desarrollo de proyectos que incidan positivamente en las condiciones económicas y sociales de las comunidades. El mismo tiene tres dimensiones: 1- La construcción de obras comunal, 2. Proyectos socioproductivos, 3. Capacitaciones para elevar la empleabilidad o el emprendedurismo.

Perfil de beneficiarios. Personas desempleadas mayores de 18 años y costarricenses, con algún grado de responsabilidad y que residan en la zona del proyecto, obviamente las personas viviendo con VIH-Sida califican.

Programa Nacional de Apoyo a la Micro y Pequeña Empresa (PRONAMYPE)

Este programa se ejecuta mediante un Fideicomiso proveniente de fondos del FODESAF, y cuyo fiduciario es el Banco Popular, consiste en el otorgamiento de microcréditos a tasas preferenciales para la ejecución de proyectos productivos o micro-emprendimientos.

Los beneficiarios son personas de bajos recursos económicos con una idea empresarial, o que necesitan capacitación para el desarrollo de esa idea, al cual también califican las personas viviendo con VIH-Sida.

Trabaja mediante organizaciones intermediarias de cualquier parte del país concentrándose en zonas rurales y altamente vulnerables.

Para todos estos programas se cuenta con la debida **divulgación mediante campañas publicitarias especialmente en el caso de Empléate, así** como la información en las diferentes Municipalidades que han **suscrito convenios con** el Ministerio de Trabajo. Así mismo, se han realizado los denominados Retos Empléate tanto en la zona norte como en el Gran Área Metropolitana en dichas **actividades han visitado** los servicios del Ministerio alrededor de quince mil personas. Además se cuenta con la página web del Ministerio de Trabajo el cual promueve los diferentes programas descritos, así como el Facebook del mismo.

En el caso del SIOE se encuentra la dirección electrónica www.buscoempleo.cr, así como en las distintas charlas que se sostienen con los empresarios se estimula a la presentación de sus ofertas de trabajo.

En el caso del Programa Empléate, este es una iniciativa público privada que procura alianzas con sector municipal, el MTSS ha habilitado 19 ventanillas de Atención EMPLEATE, para la atención de jóvenes mediante servicios de información, orientación e intermediación laboral. De manera complementaria se ha podido desarrollar sinergias entre entidades y organizaciones (ámbito público, privado y social), destacándose la Asociación Empresarial para el Desarrollo (AED), acción que ha permitido suscribir cartas de entendimiento con varias de las empresas de esta entidad, dentro del marco de la Responsabilidad Social.

Política sobre VIH y SIDA

La respuesta efectiva y sostenible de un país al VIH y el sida requiere del compromiso e integración de todos los diferentes actores que en este confluyen. El ámbito laboral resulta un componente fundamental al referirse a esta integralidad como una amplia plataforma para la prevención y la generación de entornos favorables, pero además como un espacio para la protección de derechos de las personas con VIH y poblaciones más vulnerabilizadas ante este.

Desde el 2010 el Consejo de Salud Ocupacional (CSO) como organismo rector y técnico para la promoción de las mejores condiciones de Salud Ocupacional, reconoce el VIH y el sida como una problemática que afecta el mundo laboral y crea en Costa Rica la **DIRECTRIZ PARA LA PREVENCIÓN Y EL ABORDAJE DEL VIH/SIDA EN EL MUNDO DEL TRABAJO**.

El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (**MTSS**) reconociendo su responsabilidad en contribuir a la respuesta integral del país al **VIH** y al sida partiendo de las consideraciones y disposiciones establecidas por la Directriz del SO del 2010, crea y se compromete con la creación de una Política para la prevención y el abordaje del VIH y el sida en el mundo laboral.

La Política reconoce el VIH y el sida como un asunto relativo a los centros de trabajo, que requiere la participación de organizaciones y de personas empleadoras y trabajadoras, para una adecuada respuesta. Es elaborada con la finalidad de promover la prevención y el abordaje integral del VIH y del sida desde el mundo del trabajo, centros de trabajo libres de estigma y discriminación, y la garantía del cumplimiento y protección los derechos laborales de las personas afectadas por el VIH y el sida.

La Política establece dos claros ámbitos de acción: el interno, que se dirige a definir las responsabilidades sobre la respuesta al VIH y al sida del MTSS como empleador, y el externo, dirigido primordialmente a la promoción y protección de los derechos laborales de las personas con VIH. Para lo anterior, define objetivos y líneas estratégicas en 4 áreas:

- Prevención y promoción
- Atención y apoyo
- Derechos laborales y medidas protectoras
- Fortalecimiento institucional

Con esta Política, el MTSS se compromete a fortalecer desde su ámbito de acción, las estrategias del país orientadas a brindar una respuesta integral al VIH y al sida. Se suma con ello a la intensificación de las acciones tanto a nivel nacional como global, para detener la epidemia y para mitigar sus efectos.

Cabe mencionar que la Política considera dos objetivos específicos con respecto al VIH y el mundo laboral:

- Promover y fortalecer espacios seguros y saludables en el ámbito familiar, educativo, comunal, laboral, recreativo y social, que contribuyan con el ejercicio de una salud sexual segura y responsable, desde una perspectiva de derechos humanos.
- Establecer las condiciones para el cumplimiento de los derechos laborales y educativos, libres de estigma y discriminación.

La Política para la prevención y el abordaje del *VIH* y sida se rige principalmente por la Directriz para la prevención y el abordaje del VIH y sida del CSO, partiendo de los siguientes enfoques:

1. Enfoque de derechos humanos: El respeto y protección de los derechos humanos así como la obligatoriedad de su cumplimiento constituye un elemento fundamental para la Política. Contempla especialmente los derechos de las personas con VIH y poblaciones vulnerables. Incluye además la protección contra el estigma y la discriminación, sin distinción alguna para toda la población trabajadora. Hace referencia también a la protección de las personas trabajadoras de toda discriminación laboral por motivos de su estado serológico real o supuesto.

2. Enfoque de género: Se basa en el reconocimiento explícito del género como construcción social y cultural de procedencia histórica, que puede y debe ser transformada. Reconoce que existen desigualdades entre hombres y mujeres que no son naturales, sino construidas socialmente, así como la discriminación y las brechas de género como algunos de los problemas a superar en una sociedad democrática; y el derecho de toda persona a gozar de las mismas oportunidades y trato en un marco de respeto a la diversidad de identidades y condición. Se refiere además a la eliminación de todas las formas de discriminación basada en género y a la superación de las condiciones de vulnerabilidad debidas a este, frente a la infección por VIH.

3. Enfoque de respeto a la diversidad: Contempla al respeto que se le debe de tener a todas las personas trabajadoras por igual, visibilizándolas como seres integrales y con igualdad de derechos y responsabilidades. Reconoce y respeta la diversidad y diferencia sexual, de género, étnica, de edad, condición económica, credo religioso, contexto socio-cultural y por discapacidades, entre otras, de todas las personas sin ninguna distinción. Implica centros de trabajo que no admiten situaciones de discriminación.

4. Enfoque de integralidad de las personas: Implica visibilizar a las personas trabajadoras como seres integrales en sus dimensiones biológicas, psicológicas, afectivas, espirituales, socioeconómicas y culturales.

5. Enfoque de prevención del VIH y de promoción de la salud: Se refiere a orientar acciones en el mundo del trabajo hacia la prevención del VIR, así como a la promoción de estilos de vida saludables. Implica sensibilizar, educar, informar, capacitar, pero

además, facilitar el acceso a los métodos de prevención y a las medidas de profilaxis posterior a la exposición.

6. Enfoque de atención y apoyo a las personas afectadas por el VIH y el sida:

Se refiere a orientar acciones en el mundo del trabajo hacia la atención integral del VIH, así como a la generación de entornos favorables para las personas afectadas por el VIH y el sida. Igualmente considera la importancia de facilitar acceso integral a la atención, tratar-tiento, cuidado y apoyo a personas empleadoras y trabajadoras.

7. Enfoque de ciclo de vida: Postula que las estrategias de prevención y abordaje del VIH, deben diseñarse e implementarse de acuerdo a la edad y etapa de vida de las personas, tomando en cuenta las diferencias y necesidades particulares que se presentan en el desarrollo evolutivo de las personas.

8. Enfoque de integralidad de la respuesta al VIH: Implica el establecimiento y efectividad de las coordinaciones necesarias entre los diferentes actores involucrados (instituciones estatales, organizaciones no gubernamentales, instancias de coordinación nacional, agencias de cooperación, etc.), para garantizar la participación activa del MTSS en el fortalecimiento de la respuesta nacional al VIH desde las diferentes dimensiones. En el ámbito laboral específicamente, enfatiza la unión de los diferentes sectores (personas empleadoras, trabajadoras y el Estado), cada uno desde sus competencias, en el abordaje y enfoque de la respuesta al VIH y el sida.

Para finalizar en su reporte, el Ministerio de Trabajo adjunta la **Directriz Para La Prevención Y El Abordaje Del VI-Sida En El Mundo Del Trabajo** del Consejo de Salud Ocupacional (2010).

Esta Directriz parte de los principios rectores de equidad e igualdad de género; respeto a la diversidad y a las diferencias; unidad e integralidad de la respuesta sectorial; enfoque de ciclo de vida; garantía del respeto de los derechos humanos; garantía de acceso a educación en VN y en sida. La Directriz retorna lo establecido a nivel internacional y nacional, y ente sus puntos clave establece:

Artículo 3º, donde reconoce al VIH y al sida *"como un riesgo que podría afectar a las micro, medianas y grandes empresas e instituciones en su capacidad productiva, el ambiente laboral y la salud y bienestar de las personas trabajadoras, por lo tanto, es un terna que debe ser incorporado cii su quehacer"*.

Artículo 4º, donde establece que todo el micro, medianas y grandes empresas e instituciones, de acuerdo a sus características propias, deben desarrollar acciones orientadas a prevenir y abordar el VIH.

Artículo 5º, planteando la responsabilidad del empleador/a para asegurar la elaboración, puesta en práctica y funcionamiento de una política de VIH y sida, incluyendo brindar las facilidades técnicas, logísticas y financieras necesarias para lograrlo. Agrega que las personas empleadoras deben facilitar el tiempo necesario, para que las actividades de información y capacitación se realicen durante la jornada ordinaria de trabajo sin menoscabar los derechos laborales de las personas trabajadoras.

Artículo 6º, donde se establece la responsabilidad de las personas trabajadoras de participar y cumplir, en lo que le sea aplicable con los términos de la Directriz y las acciones que se establezcan en materia de prevención del VIH.

Capítulo II, Artículos del 7 al 12, relacionados a la información y educación para la promoción y prevención en el lugar de trabajo, donde se establece la responsabilidad de informar y capacitar sobre el VIH en espacios laborales. Indica que para garantizar la comprensión, identificación, integralidad y aplicabilidad de las estrategias educativas en VN, estas debe elaborarse en forma conjunta entre empleadores, personas trabajadoras y representantes de las Oficinas y Comisiones de Salud Ocupacional y que cuando se requiera, el apoyo técnico se buscará en ONG o instituciones especializadas en el tema.

El Capítulo III, Artículos 13 al 16, trata el acceso a los servicios de salud, atención de las emergencias médicas y medidas universales de bioseguridad a las personas trabajadoras. El Capítulo retorna el tema del manejo de datos clínicos, estableciendo que las empresas e instituciones que cuenten con este servicio para las personas trabajadoras, establezcan estrategias para garantizar la confidencialidad de los datos médicos que constan en los expedientes clínicos laborales.

El Capítulo IV, Artículos 17 al 24, incorpora el tema de las prácticas de empleo justas y no discriminatorias. Acá se subrayan aspectos como la prohibición de la realización de la prueba para definir la contratación de una persona y del estado serológico como una causal de despido. Retoma el derecho a la confidencialidad de las personas con VIH. Plantea también lo concerniente a riesgos ocupacionales, a las medidas universales de bioseguridad y de exposición ocupacional.

En el Capítulo V, Artículo 25, se establece que los programas de responsabilidad social que contienen aspectos de salud y educación, deben incluir el tema de VIH y de la sexualidad de manera seria, científica, responsable y actualizada.

Esta Directriz está a tono con lo acordado en la 99 Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo (OIT) del 2010, en la que se adopta por parte de actores tripartitos la Recomendación sobre el VIH y el Sida y el Mundo del Trabajo 2010 (núm. 200) de la OIT, primera norma internacional de derechos humanos y VIH y sida en el ámbito laboral. Esta Recomendación establece entre sus principios:

- a) el reconocimiento de que la respuesta al VIH y el sida contribuye a la realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales y la igualdad de género;
- b) que lo anterior aplica para las personas trabajadoras, sus familias y las personas a su cargo;
- c) que el VIH y el sida deberían reconocerse y tratarse como una cuestión relativa al lugar de trabajo;
- d) que no debería haber ninguna discriminación o estigmatización contra trabajadores, en particular contra personas solicitantes de empleo, por su estado serológico (real o supuesto) respecto del VIH o a grupos de la población que se consideren más vulnerables ante este;
- e) la prevención de todos los modos de transmisión del VIH debería ser prioritaria;
- f) las personas trabajadoras, sus familias y personas a su cargo deberían tener acceso a servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH y el sida;

- g) el lugar de trabajo debería desempeñar una función facilitando el acceso a esos servicios;
- h) la necesidad de reconocer y reforzar la participación y el compromiso de las personas trabajadoras en la formulación, aplicación y evaluación de los programas de nivel nacional y del lugar del trabajo;
- i) que las personas trabajadoras deberían beneficiarse de programas destinados a prevenir los riesgos de transmisión del VIH relacionados con el trabajo y de enfermedades transmisibles conexas;
- j) las personas trabajadoras, sus familias y las personas a su cargo deberían gozar de una protección de su vida privada, incluida la confidencialidad en relación a su estado serológico respecto del VIH y el sida;
- k) no se debería exigir a ninguna persona trabajadora que se someta a una prueba de detección del VIH ni que revele su estado serológico respecto del VIH;
- l) las medidas relacionadas con el VIH y el sida en el mundo del trabajo deberían formar parte de las políticas y programas nacionales de desarrollo (incluidos los relacionados con el trabajo, la educación, la protección social y la salud);
- m) la protección de personas trabajadoras que desempeñan ocupaciones particularmente expuestas al riesgo de transmisión del VIH.

En cuanto a su participación en el Conversatorio el Lic. Cordero señaló que la Política del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social tiene un ámbito de aplicación interno y externo. A nivel interno, define las responsabilidades del Ministerio del Trabajo como empleador, establece acciones de educación, capacitación y Prevención del VIH Y SIDA e incorpora el tema en programas de salud ocupacional.

Además, propone impulsar un ambiente laboral libre de estigma y discriminación, garantizar el acceso a la atención de la salud integral de las personas trabajadoras del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social afectadas con VIH y sida. Además, busca brindar una adecuada atención y apoyo a las personas con VIH y sida usuarias de los servicios que brinda el MTSS y garantizar los derechos laborales de las personas con VIH y sida trabajadoras del MTSS.

A nivel externo, se propone velar por el cumplimiento de los derechos laborales de las personas con VIH Y SIDA, promover prácticas de empleo justas y no discriminatorias en los centros de trabajo y propiciar la empleabilidad y la capacitación. Para ello, la Directriz será incluida dentro de los aspectos a inspeccionar en las Actas de Inspección y Prevención que levantarán los Inspectores de Trabajo.

Se ha informado que el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social recién cuenta con una Política Interna sobre prevención y abordaje del VIH y sida, que puede considerarse como un avance en la protección de los derechos laborales de las personas con VIH y sida y a la vez un modelo a seguir para Ministerios, Municipalidades e Instituciones Autónomas, así como para las empresas privadas. No obstante se debe indicar la divulgación masiva de esta directriz es aún una deuda pendiente con las personas con VIH y sida.

Esta Defensoría instará al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para que inicie de inmediato una capacitación y sensibilización sobre el tema del VIH y sida a los inspectores de trabajo y los

derechos laborales de las personas con VIH y sida, con miras a la eliminación y erradicación de cualquier práctica de discriminación en los lugares de trabajo.

En igual sentido, se le recomienda el Ministerio de Trabajo la impresión de volantes informativos sobre los derechos de las personas trabajadoras infectadas con el VIH Y SIDA, que pueda ser repartido tanto a los trabajadores públicos como del sector privado y por qué no, puedan ser utilizados por esta Defensoría en la atención de denuncias y en su función de Promoción y divulgación.

Igualmente, se informa a las autoridades del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y del Consejo de Salud Ocupacional que la Dirección de Asuntos Laborales seguirá dando seguimiento de las acciones de divulgación y publicación de la Directriz para la prevención y el abordaje del VIH Y SIDA en el mundo del trabajo, pues en la medida en que se capacite y se concientice a la población sobre el tema, estamos seguros que empoderará a los habitantes con VIH Y SIDA a denunciar cualquier acción u omisión que atente contra sus derechos e intereses legítimos.

2. INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS (INS)

Una de las cuestiones que había sido atendida por esta Defensoría desde varios y que motivó la presentación de una Coadyuvancia a un Recurso de Amparo ante la Sala Constitucional ha sido la relativa a las pólizas de vida de las personas que viven con VIH.

Así, el informe recibido por parte del INS señala que en los seguros de vida se establecen requisitos de asegurabilidad a los que debe someterse todo cliente que desee aplicar por un seguro.

Entre los seguros de Vida Tradicional Colectiva y Protección Crediticia, estos últimos tienen como objeto respaldar un crédito, y cuentan con un monto de inclusión automática. Si la persona no supera cierta edad y el monto que se tenga definido, no requiere aportar pruebas de asegurabilidad para su inclusión en la póliza; es decir se da un aseguramiento automático con solo el reporte que realice el tomador del seguro.

En el momento de un siniestro, si se cuenta con documentación que evidencie que la causa que origina la reclamación se debe al virus por VIH o la enfermedad del sida, lo que se aplica es una cláusula defensiva que contiene el contrato de seguros denominada Carencia por Sida, la cual establece lo siguiente:

CLÁUSULA XIX. PERIODOS DE CARENCIA

1. Sida O VIH

Cuando el siniestro sea consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida), o el complejo relacionado con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Instituto no amparará ninguna reclamación de acuerdo con los siguientes períodos contados a partir de la fecha de la inclusión del Asegurado en esta póliza.

Monto asegurado	Periodo de carencia
Hasta ₡ 75.000.000	5 años
Más de ₡ 75.000.000	8 años –

Para cada aumento de la suma asegurada, el cual deberá ser autorizado por el Instituto se remite al período de carencia indicado anteriormente, para el incremento correspondiente a partir de la fecha de dicho incremento. Se exceptúan de esta con condición los aumentos de monto que se establezcan para todo el grupo asegurado. De igual forma, el periodo de carencia se reinicia para las Coberturas Adicionales que se incluyan en fecha posterior a la inclusión del Asegurado en la póliza.

En aquellos casos en que no se soliciten pruebas de asegurabilidad, dicha circunstancia no inhibe al Instituto de aplicar esta cláusula en todos sus términos y condiciones. Es decir, explica el INS, si la persona se incluyó en el seguro el 7/05/2010 y fallece el 27/09/2013, dentro de la documentación necesaria para el análisis de la reclamación se valora el Certificado de Defunción el cual debe contener la causa que originó la muerte. Si la causa es el VIH o el Sida, debido a que no han transcurrido 5 años desde el aseguramiento del asegurado, el caso sería declinado.

Dicha declinación se va a sustentar tanto en la documentación aportada como la que el Instituto recopile luego de la revisión de los expedientes médicos del Asegurado.

En seguros de Vida Individual el INS tiene definido un período de carencia de 6 meses y se aplica una disputabilidad de los primeros 2 años contados de la fecha de emisión del seguro.

Si por el monto asegurado que la persona solicita requiere aportar pruebas de asegurabilidad y de dichos análisis se obtiene información de ser portador del VIH se analiza el caso para conocer aspectos propios de ese paciente y así determinar las condiciones en que será otorgado el seguro. Es decir, en el INS ningún cliente portador del virus VIH es rechazado para una póliza de vida, sin el debido análisis del caso. Dentro de los aspectos a considerar en el análisis están: edad del asegurado y tiempo de padecer la infección; si el paciente recibe el tratamiento con anti-retrovirales y su conducta sobre la debida toma del mismo; si padece otro tipo de infecciones; si es usuario de drogas intravenosas; otra información que por el caso particular se requiera.

Una vez recopilada y analizada toda la información, y si es factible dar el seguro, se presenta al cliente la propuesta del seguro indicándosele la temporalidad y las condiciones tarifarias con las que se puede otorgar el mismo.

Como se observa, la cobertura de muerte en una póliza de vida, de la persona seropositiva es factible.

No obstante como aún no se puede hacer un pronóstico preciso para estas personas, debido a varios motivos como que el tratamiento antirretroviral es realmente nuevo pues se usa desde hace 15-20 años. Este es un periodo muy corto para establecer pronósticos a largo plazo con los datos con que se cuenta ahora, tales como reacciones individuales y variadas al tratamiento, efectos secundarios del mismo, resistencia al tratamiento, aumento de las enfermedades cardiovasculares,

entre otros. Estas serían asegurables únicamente en ciertas condiciones y una vez acordados los recargos para la compensación del riesgo.

Dentro de esas condiciones especiales bajo las cuales se podrá otorgar la cobertura están: limitadas en tiempo: máximo 20 años; que el paciente no esté en fase de Sida; que no sea el paciente usuario de drogas intravenosas; parámetros de laboratorio en el conteo de leucocitos CD4 y carga viral; definición de un recargo que permita compensar el riesgo que representa.

Esta política de otorgar la protección bajo condiciones especiales es común entre muchas compañías de seguros y reaseguros y entre ellas el INS, empresa que por muchos años fue de las pocas compañías en el mundo en otorgar la cobertura de muerte con un periodo de carencia de 8 años mientras la media de las compañías no daban ninguna cobertura, informa el INS.

Las políticas mencionadas se han ido flexibilizando. Sin embargo, por la gravedad de la enfermedad, por la característica de ser una enfermedad que no tiene cura, el poco tiempo que tiene el tratamiento anti-retroviral altamente efectivo o triterapia de estar en funcionamiento (15-20 años) y los aspectos mencionados en cuanto a tolerancia, efectos secundarios y resistencia que provoca en los pacientes, son aspectos que no permiten aún contar con estadísticas suficientes que permitan definir una tarifa específica, de ahí que cada caso se analice de forma particular.

Por estas mismas razones y otras como la cantidad de condiciones patológicas que se asocian al virus VIH, el momento de la infección, el comportamiento del usuario, respuesta al tratamiento, entre otros, es que en cuanto a pólizas de salud aún no se puede ofrecer una cobertura.

3. ASOCIACION EMPRESARIAL PARA EL DESARROLLO (AED)

Con el objetivo de impulsar a las empresas a cumplir con de la Directriz del Consejo de Salud Ocupacional que establece la obligación de todos los centros de trabajo de contar con una política interna de VIH como se dijo antes, en el 2011, Asociación Empresarial para el Desarrollo (AED) estableció la Mesa de Trabajo *Respuesta Empresarial al VIH y sida* en la cual, las empresas interesadas firman un compromiso formal de que van a diseñar y aprobar su política interna y a efectuar diversas acciones en el tiempo para prevenir el VIH, garantizar los derechos humanos de las personas con VIH e impedir cualquier tipo de discriminación por esta causa. Las empresas asisten a sesiones de capacitación y se les acompaña con una persona consultora para que diseñen y aprueben sus políticas de VIH.

En el 2012, AED firmó un convenio con el Programa para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH (USAID-PASCA), con el objetivo de apoyar la mesa de trabajo de empresas Respuesta Empresarial al VIH, que les permita contar con políticas internas de VIH. AED parte de que la inclusión del tema de VIH en el área laboral sea más que un asunto meramente de responsabilidad social, para ser una inversión estratégica de crecimiento y rentabilidad a largo plazo y sobre todo, de sostenibilidad.

Asimismo, en la alianza con USAID-PASCA, se brinda acompañamiento de una persona consultora que mediante un software apoya la construcción de la política con características específicas de las políticas laborales según los lineamientos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

La mesa de trabajo es un espacio que permite compartir experiencias, mostrar lo que otras empresas hacen en este tema y promover la conciencia y sensibilización sobre el VIH a lo interno de las empresas, mediante ferias de salud, charlas y capacitaciones en fechas conmemorativas.

A la fecha a través de dicha alianza se han podido elaborar las políticas internas laborales de las siguientes empresas asociadas a la AED: LAICA (Liga Agrícola Industrial de la Caña de Azúcar); Grupo ICE (Instituto Costarricense de Electricidad); Kimberly Clark; Scotiabank; Península Papagayo; Revisión Técnica Vehicular de Costa Rica, Riteve; Punto Rojo; Asociación Empresarial para el Desarrollo.

Como lo destacamos anteriormente, estas políticas se elaboraron gracias a un proceso de sensibilización, información, acompañamiento e intercambio de experiencias entre las empresas y con el apoyo de una persona consultora.

La experiencia de AED en este proceso de tres años, ha permitido divulgar el tema de VIH en el mundo laboral, a través de sesiones con empresas, presentando la iniciativa en diversos espacios de discusión como foros y conferencias sobre este tema. Asimismo, en noviembre del 2012, AED realizó una actividad de cierre de año de las mesas de trabajo y se expusieron los resultados de la mesa de Respuesta Empresarial al VIH, mediante las buenas prácticas de Scotiabank y de Kimberly Clark. En la actividad de cierre de este año, en junio del 2013, se presentaron las buenas experiencias del ICE y Riteve.

El objetivo de AED es que las empresas asociadas, presentes y futuras, puedan contar con herramientas para construir su política interna de VIH, que incluya los procesos de capacitación interna y el mapeo de la oferta institucional costarricense que apoye a las empresas interesadas.

Se ha presentado ante USAID una solicitud de subvención para construir una pequeña Caja de Herramientas que contenga aquellos insumos necesarios para que una empresa construya su política interna de VIH, realice acciones de capacitación, revise sus políticas de recursos humanos y además cuente con información de la oferta institucional para apoyar la prevención y el tratamiento del VIH. AED con estos recursos se compromete a asesorar a las empresas para que aprueben sus políticas laborales, con lo cual se le da sostenibilidad y escala al proyecto que se desarrolló con USAID|PASCA.

AED pretende brindar a todas las empresas, asociadas o no, las herramientas necesarias para el diseño y aprobación de una política interna de VIH en el ámbito laboral. De esta forma se cumple con la Directriz del Consejo de Salud Ocupacional de Costa Rica, "Directriz para la prevención y el abordaje del VIH y sida en el mundo del trabajo" y se propicia a las personas trabajadoras un ambiente libre de discriminación, que las hace más productivas e identificadas con la empresa que laboran. Esto se convierte en un elemento clave para la prevención y les facilita a las personas la información, los contactos, el acceso a pruebas de detección.

La Caja de Herramientas, que se comenzará a construir en diciembre 2013, estaría hospedada en el sitio web de AED, para su fácil ubicación. Sin embargo, también estaría disponible en formato de disco compacto, para que se pueda dar a las empresas y personas interesadas y contendrá:

- Guía para la elaboración de una política laboral de VIH, según la normativa nacional e internacional.

- Módulo de capacitación al personal de la empresa sobre aspectos generales de VIH: mitos y prejuicios, datos estadísticos sobre productividad y VIH, información básica sobre VIH y su prevención, así como una Guía para Facilitadores, que serán voluntarios en las empresas.
- Mapeo interinstitucional de la oferta que posee el país para que las empresas puedan acudir en busca de materiales, asesoría y acompañamiento para la prevención, la referencia y el abordaje del VIH en su lugar de trabajo.
- Una reseña de buenas prácticas, que será alimentada anualmente, de las principales acciones y estrategias que las empresas realizan para la prevención y abordaje del VIH en el mundo laboral.
- En resumen, AED se ha convertido en un ente promotor de la creación de políticas laborales de VIH y favorecerá la escala y la sostenibilidad de las acciones ya ejecutadas, además de convertirse en un aliado del Ministerio de Salud en la prevención del VIH.

4. MINISTERIO DE LA VIVIENDA

El Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos (MIVAH), como ente rector del Sector de Ordenamiento Territorial y de Vivienda, formula políticas, lineamientos y directrices relativas a sus competencias, las cuales deben incidir de alguna manera en las gestiones de las instituciones de dicho sector que, siendo entes ejecutores, les corresponde atender a su población meta con vivienda adecuada mediante soluciones individuales y proyectos en el marco de la inclusión social, dentro del cual se encuentran las personas con discapacidad, adultos mayores en condición de pobreza, familias de asentamientos en precario o tugurio, familias afectadas por emergencias o en condiciones de extrema pobreza y poblaciones indígenas, entre otros.

En ese sentido, debe tomarse en cuenta los siguientes instrumentos sobre la temática:

- Atención del Programa de Erradicación de Asentamientos en Condición de Precario y Tugurio
- Política Nacional de Vivienda y Asentamientos Humanos 2013 a 2030 y Plan de Acción, Agosto 2013
- Políticas Institucionales
- Plan Estratégico Institucional 2013-2018
- Directriz 27 Especificaciones Técnicas y Lineamientos para la Escogencia de Tipologías Arquitectónicas para la Construcción de Vivienda y Obras d Urbanización
- Plan Anual Operativo Institucional 2013
- Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 "María Teresa Obregón Zamora"
- Política Nacional de Ordenamiento Territorial 2012 a 2040
- Política Nacional de Ordenamiento Territorial 2012 a 2040, Contextualización y Línea Base, Octubre 2012

Las posibilidades de acceso a vivienda adecuada para cualquier potencial beneficiario del Bono Familiar de la Vivienda (BFV) se enmarcan en la aplicación de la Ley del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda (SFNV) (Título Tercero, Capítulo II, especialmente Artículos 50, 51, 52, 54 y 59) y su Reglamento de Operaciones del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda

(Capítulo 1 en Sección II, III y IV, especialmente Artículo 17; Capítulo II en Sección II y III; Capítulo III en Sección 1), los cuales tienen sus propias especificidades según los programas correspondientes en cada caso de solución.

Señala el Ministerio de la Vivienda, que la información relativa a la gestión del Bono Familiar de Vivienda (BFV) se encuentra disponible en todas las Entidades Autorizadas del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda (SFNV), las cuales informan de los requerimientos establecidos a quienes lo soliciten, así como el Banco Hipotecario de la Vivienda (BANHVI) que también brinda procesos de capacitación a los potenciales beneficiarios dentro de los proyectos de vivienda de interés social; asimismo el MIVAH atiende consultas de casos individuales y brinda diversas capacitaciones a Grupos Organizados Pro Vivienda y a otras instituciones públicas con respecto a sus competencias rectoras en materia de ordenamiento territorial y vivienda.

Adicionalmente señala el Ministerio de la Vivienda que las gestiones y estrategias de acción están en concordancia con sus competencias de Ente Rector del Sector de Ordenamiento Territorial y de Vivienda, razón por la que, en atención a su población meta, mantiene enlaces y procesos de intervención interinstitucional en este campo a nivel local, regional y nacional (Comisión Interinstitucional del Triángulo de la Solidaridad y de La Carpio), así como también participa conjuntamente con otras instituciones (INAMU, IMAS, INVU, COREBRUNCA y COREDES-PROLI, entre otros) en la atención de diversas redes de población vulnerable y dentro de procesos de gestión de proyectos más específicos (caso del Proyecto Limón Ciudad Puerto, PLCP), y otras acciones que, en cumplimiento de la Ley 8688 y 7769 por ejemplo, permiten los enlaces con otras redes de poblaciones vulnerables. Como parte de todas estas gestiones rectoras, se brinda entonces la información correspondiente a potenciales beneficiarios en el marco de las políticas, lineamientos y directrices y de los requerimientos del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda (SFNV).

Por todos los aspectos ya mencionados, se ha orientado con información pertinente a las personas o familias con VIH y sida cuando se realizan atenciones individuales y procesos de capacitación, o se contestan cartas para que las mismas contacten a las Entidades Autorizadas del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda (SFNV) y, cuando se trata de procesos avanzados de la enfermedad, se les refiere al Departamento de Calificación de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), con la idea que sus profesionales valoren y califiquen el grado de invalidez de esa persona, requerimiento necesario en la asignación de esta modalidad del Bono Familiar de Vivienda (BFV).

Según los informes recibidos, no es posible afirmar que las acciones de Estado para que las personas con VIH accedan a los servicios de seguros, banca, vivienda, educación y trabajo sean discriminatorias o limitantes; se observa, por el contrario que el Estado desarrolla acciones, que si bien no son suficientes, existe apertura para favorecer a un número mayor de la población.

Por lo tanto, se hace necesario fortalecer los programas y las acciones que desarrollan las instituciones y sobre todo que coordinen de forma sistemática con el fin de lograr eficacia, efectividad y eficiencia de sus resultados.

Por sobre todo, es necesario que todas estas iniciativas y programas cuenten con mayor difusión de modo que las personas que viven con VIH y sus familias las conozcan y pueden acceder a ella en la medida en que cumplan con los requerimientos de cada una de ellas.

Es necesario que el sector social del Estado lidere un proceso concertado y coordinado de acciones para que las personas con VIH accedan a los beneficios sociales de educación, capacitación, actividad laboral o productiva, a los créditos y a la vivienda.

Conviene indicar que durante los conversatorios los representantes del sector vivienda mostraron total apertura y solicitaron asesoría para la incorporación adecuada de los derechos de las personas con VIH y sida en la legislación al respecto.

5. Derechos reproductivos de mujeres con VIH

Una mujer con VIH presenta en el espacio del Diálogo Nacional la queja de que sus derechos reproductivos no han sido respetados en uno de los Hospitales Nacionales públicos, ya que fue permanentemente presionada para esterilizarse y, posterior al nacimiento de su hijo, no tuvo prioridad en el acceso al banco de leche materna.

Al respecto se analiza la normativa actual, consistente en Ley de Fomento a la lactancia materna (N° 7430) y Norma Nacional para bancos y centros de recolección de leche humana. (Decreto Ejecutivo MG-1306-2012)

En el mes de agosto del 2013, se conversó con la funcionaria Fulvia Elizondo de la Comisión Nacional de Lactancia Materna del Ministerio de Salud quien informa que en la actualidad solo existe el Banco de Leche Humana en San Ramón, el cual opera por donación desde hace 2 años. En el futuro, indica que se contará con un banco de leche materna en el Hospital de las Mujeres bajo un convenio de la Caja Costarricense de Seguro Social con la Embajada de Brasil.

Con el fin de obtener información oficial del estado de la cuestión, se solicitó a la Ministra de Salud mediante el oficio N° DH-MU-0613-2013 se informe si existe acceso prioritario de las madres lactantes VIH en los bancos de leche materna - así como de fórmula - en atención a la condición especial de salud de la mujer.

El despacho de la Ministra le trasladó el oficio a la Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud del ministerio a fin de brindar la respuesta respectiva. Actualmente, nos encontramos a la espera de dicha información.

Con base en la información recolectada y su análisis a la luz de los derechos humanos, esta Defensoría recomienda que:

Las madres lactantes que viven con VIH deben ser contempladas dentro del grupo de mujeres con prioridad de acceso a la leche materna de banco de leche humana, así como a la fórmula, en razón de su especial condición de vulnerabilidad que les impide amamantar a sus hijos e hijas. Dicha prioridad debe ser incluida a corto plazo en el protocolo de actuación y decreto ejecutivo respectivos y, a mediano o largo plazo, en la normativa existente al existir un vacío legal al respecto.

Debe diseñarse una política institucional en el sector salud contra la discriminación por parte de las autoridades de la CCSS a fin de divulgar, capacitar y sensibilizar a su personal en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH, a fin de incidir sobre las actitudes del

personal médico de cuestionamiento a las mujeres positivas que desean ser madres y restrinja la recomendación generalizada de aplicar el método de esterilización.

6. Prevención del VIH

Existe total consenso de que en materia de VIH y sida la mejor medida de política pública es la prevención, sin dejar de brindar atención de calidad a los casos existentes. Siendo que el VIH puede estar presente en cualquier grupo, es necesario que las acciones de prevención sean amplias y lleguen a todas las poblaciones.

La ausencia de este tipo de políticas, encuadradas en campañas de información y en políticas educativas, es un tema que preocupa a varias de las personas que asistieron al Diálogo Nacional. El 10% de las aplicaciones versaron sobre este tema.

6.1 Ausencia de campañas de prevención, educación y comunicación

6.1.1 Coordinación con sociedad civil

Mediante una nota enviada a la Defensoría de los Habitantes por parte de la Red de ONGs que trabajan el tema de VIH y sida, con fecha del 7 de agosto del 2013, además de solicitar información sobre el avance del Diálogo, esta instancia de la sociedad civil organizada se pone a disposición para apoyar las gestiones que en materia de capacitación se requieran. En aras de acercar este avance institucional, con la disposición mostrada por esta red de organizaciones, se propuso una reunión del equipo de trabajo que está liderando el monitoreo del Diálogo Nacional, con el grupo de ONGs, para así ahondar en aquellos aspectos en los que desde la sociedad civil se pueda tener incidencia. Se procuró mostrara aquellas propuestas que en materia de capacitación y sensibilización se han señalado, para alcanzar acciones articuladas a partir de la evidencia reflejada en el espacio de Diálogo. Se considera por parte de la DHR que el apoyo que desde la sociedad civil se brinde a este y otros espacios de Diálogo, son fundamentales en la construcción de propuestas en un proceso de avance, que no siempre deriva en respuestas definitivas, pero sí en avances para la mejora.

En coordinación con MULABI se desarrolló un taller dirigido a personal de la Defensoría de los Habitantes en materia de diversidad sexual y con énfasis en población trans e intersex. La actividad se dirigió en primera instancia a la Dirección de Promoción y Divulgación, con miras a ampliar el espacio para el año 2014 a más personal de la institución.

Como resultados en esta línea, se alcanza el compromiso de varias organizaciones que trabajan el tema de VIH, así como de la cooperación, a coordinar acciones con las instituciones identificadas para incorporar contenidos de estigma y discriminación, VIH y poblaciones clave.

Las mismas instituciones han mostrado apertura a que las organizaciones apoyen los espacios de capacitación como expertos y expertas en la materia.

Aunque se ha manifestado como positiva la ejecución de talleres con poblaciones específicas, se sigue considerando que el estigma y la discriminación es un fenómeno más global, por lo que

esfuerzos focalizados no hacen más que concentrar la información en algún sector pequeño de la población, pero no a la población a nivel masivo. Pareciera que sigue estando como un pendiente la realización de campañas masivas de información y de sensibilización, que alcancen a la población a nivel general.

Se recomienda incluir a organizaciones basadas en la fe, para alinear algunas ideas clave, y aprovechar el gran impacto que están teniendo en la población a nivel nacional.

En términos generales, el trabajo en prevención, así como el trabajo en estigma y discriminación ha estado desarticulado desde hace muchos años, y a pesar de los esfuerzos por generar conciencia, no se alcanzan vincular de manera efectiva las distintas iniciativas que débilmente se ejecutan desde organizaciones e instituciones.

Hace falta por parte de CONASIDA articular más las distintas iniciativas de prevención desde distintas instancias que trabajan el tema de VIH. Falta integrar más a este ente rector en la dinámica articuladora.

6.1.2 Sensibilización contra la homofobia, lesbofobia y transfobia

El estudio sobre "Prevalencia de VIH, sífilis y comportamientos de riesgo en HSH del GAM de Costa Rica" 2010, que arrojó un alarmante 11% de prevalencia en VIH y un 14% en sífilis, recomienda entre otras cosas, una comisión intersectorial y decisiones de las autoridades de salud para crear acciones estratégicas en el abordaje del VIH en estas poblaciones.

El Ministerio de Salud elaboró en conjunto con las organizaciones no gubernamentales un documento de Directrices técnicas para la garantía del derecho a la salud de las personas LGTBI, está pendiente la aprobación de parte de las autoridades del Ministerio de Salud, para proceder a realizar talleres de consulta final, sistematización, diagramación, publicación y oficialización. Se acordó en reunión con la Sra. Ministra para realizar este proceso entre el II semestre 2013 y el primer trimestre 2014.

Además, desde el Mecanismo de Coordinación de País se ha iniciado en la formulación de un Proyecto de Prevención Efectiva y Atención Diferenciada para HSH y Trans, en el marco del nuevo modelo de financiamiento del Fondo Mundial, donde Costa Rica fue invitada a participar. Se ha remitido resumen ejecutivo a la Gerente de Portafolio nombrada para Costa Rica como paso previo de información y lobby ante el Fondo Mundial.

No obstante, se reconocen muchos pendientes. En este sentido la estrategia es velar por el cumplimiento del Decreto Ejecutivo N°. 34399-S, en el que se establece el 17 de mayo como el Día Nacional contra la Homo-Lesbo-Trans fobia. Desde la Defensoría se enviará una nota a las instituciones de gobierno, autónomas y semiautónomas, así como municipalidades, en la que se preguntará sobre las acciones que se emprenderán en este año para el cumplimiento de dicho decreto ejecutivo. Esta práctica se tuvo en el 2013, y la respuesta fue una serie de instancias consultando sobre el tema con las que se coordinaron espacios de capacitación.

Se desarrolló una actividad para la conmemoración de este día, a la cual acudieron 76 personas. En el marco de esta conmemoración se realizó el lanzamiento oficial de la canción "Hombres"

del cantautor nacional Titio Oses. La actividad se coordinó con el sistema de Naciones Unidas, ONUSIDA, así como con la Organización Colectiva por el Derecho a Decidir.

También la DHR se ha dado a la tarea de impulsar una campaña de comunicación masiva contra la homofobia y la lesbofobia. Para lograrlo, se han tenido tres reuniones de Coordinación con la Agencia de Publicidad. La Defensoría de los Habitantes, por medio del área de Promoción y Divulgación, solicita a una agencia de publicidad colaboración para construir una campaña de sensibilización frente a los derechos de las personas de orientación sexual diversa, dirigida a la población en general.

La agencia ofrece donar una propuesta de campaña, así como el respectivo proceso para la realización audiovisual de la misma. La responsabilidad de conseguir los espacios en la prensa queda asignada a la Defensoría.

Para la campaña propuesta y aprobada, el área de Promoción y Divulgación queda a cargo de buscar personas que estén interesadas en aportar sus historias de aceptación y apoyo a familiares y/o amigos y amigas. Para esta búsqueda de historias se lleva a cabo una coordinación con activistas por los derechos de poblaciones con orientación sexual diversa, con compañeros y compañeras del área de Promoción y divulgación y con personas cercanas.

La búsqueda de personas interesadas en aportar su historia para la campaña se ha realizado a través de conversaciones, llamadas telefónicas y algunos correos. Los contactos de las personas potencialmente interesadas los han facilitado gente de confianza y personas que trabajan en grupos activistas por los derechos de poblaciones LGBTI.

Se logró contactar con 32 personas interesadas en participar y finalmente pudieron asistir a las convocatorias 18 personas.

Se llevaron a cabo 4 sesiones de casting y un día de filmación y sesión de fotografías. Se escogieron las historias más conmovedoras para ser filmadas, todas las demás historias se fotografiaron escogiendo un texto que se ubicará en la foto.

A la fecha se cuenta con la Campaña diseñada, material en foto y en video editados y listos para ser pautados en medios.

Para que la campaña tenga el impacto deseado, su presencia en los medios de comunicación masiva, especialmente en televisión, es absolutamente necesaria. Por lo tanto, las gestiones pendientes tendrán que avocarse en la búsqueda del financiamiento para tales efectos.

Dentro de la experiencia de búsqueda de personas que deseen compartir su historia de aceptación y apoyo a sus familiares gays o lesbianas, ha sido relevante notar que la gran mayoría de personas que se ha ofrecido a participar han sido mujeres. Para las personas contar su historia ha significado una oportunidad para expresar públicamente algo de lo que no se habla frecuentemente ni en muchos espacios, por lo cual hasta han manifestado agradecimiento por la oportunidad de hacerlo.

A modo de dificultades hay que mencionar que dos de las personas que han querido participar en la campaña manifestaron que no pudieron concretar su participación porque otros/as miembros/as de sus familias no aprobaron que se hablara en público de esto. Algunas personas gays y les-

bianas nos hicieron saber que precisamente por situaciones como estas es que esta campaña es necesaria y que esperan que la misma logre provocar cambio entre los familiares que todavía no logran aceptarlos/as públicamente.

A partir de los resultados se percibe la necesidad de trabajar estos temas desde “el corazón y no desde la razón”, ya que es donde al final todas las personas nos encontramos y nos identificamos.

Con miras al futuro cercano, los procesos de capacitación a funcionarios y funcionarias se llevarán a cabo en el 2014 con el fin de impulsar, posicionar y generar compromiso con la temática del VIH y la diversidad sexual en las diferentes instituciones con las que se ha contactado y que han abierto espacios para trabajar.

Las capacitaciones se realizarían en conjunto: ONGs, cooperación internacional (USAID Capacity) Defensoría de los Habitantes (Diferentes áreas involucradas) y facilitadores y facilitadoras de cada institución.

Se pretende que el aporte de la Defensoría, la cooperación internacional y de las ONGs signifique un impulso para que las instituciones por sí mismas logren asumir el abordaje de las temáticas planteadas y que las mismas sean incorporadas de manera permanente en su trabajo.

Con el fin de mantener el compromiso, se propone que, desde la DHR, se organice una actividad al año “Encuentro para el intercambio de procesos de capacitación en materia de Derechos Humanos y VIH en Instancias Públicas”. De esta forma, garantizar un espacio en el que se compartan las experiencias realizadas se discutan prioridades y se evalúen avances entre funcionarios y funcionarias representantes de las diferentes instancias responsables de dar capacitación interna a funcionarios públicos y funcionarias públicas.

En este sentido, buscando que el trabajo de información, prevención y sensibilización se incorpore y se institucionalice en instancias clave, proponemos que se incluya en el Programa Institucional de respuesta al VIH de la Defensoría de los Habitantes, el reto de diseñar una estrategia de incidencia para que se incluyan el abordaje de la temática de Derechos Humanos y VIH, Derechos Humanos y Poblaciones Clave en los programas de formación a funcionarios y funcionarias de las diferentes instituciones públicas.

Partiendo de que la atención en las instituciones públicas se plantea como una de las principales preocupaciones, percibiendo la misma en términos generales como discriminatoria y tendiente a vulnerar los derechos de las personas usuarias. Se propone iniciar gestiones de coordinación con instancias tales como el Estado de la Nación, el IDESPO o el Centro de Investigación y Asesoría en Administración Pública de la Universidad de Costa Rica (CICAP) con el fin de proponer un proyecto de investigación sobre Comportamientos, Actitudes y Prácticas (CAP) desarrollado de manera comparativa que evalúe la atención que brindan funcionarios y funcionarias de las instituciones públicas que se elijan para tal estudio. Se considera que los resultados de dicho estudio, serían un recurso importante para poner en evidencia las prácticas discriminatorias que se están dando en la atención. Además, que a partir de la información que se obtenga, las instituciones y sus jerarcas luego de reconocer su problemática podrían impulsar acciones para mejorar y promover el cambio hacia una atención de calidad y libre de discriminación en nuestras instituciones.

Uno de los pendientes en esta iniciativa es que desde CONASIDA, como instancia llamada por ley a articular estas iniciativas, asuma una labor más protagónica en el esfuerzo de generar sinergias.

Se proyecta que para el año 2014, se coordinen acciones directas con esta instancia, a fin de apoyar su gestión como generadora de políticas de prevención a nivel nacional.

Queda pendiente la incorporación de otras instancias en materia de capacitación, en donde destaca el régimen penitenciario, así como fortalecer las iniciativas con el MEP.

6.2 Educación en salud sexual y salud reproductiva

Diferentes instancias y organizaciones a nivel nacional e internacional reconocen la falta de educación sexual y reproductiva dentro del sistema educativo público como una significativa deuda histórica del Estado costarricense para con las personas jóvenes, principalmente. Varias organizaciones presentes en el Diálogo Nacional recordaron este pendiente nacional.

El Área de Niñez y Adolescencia de la Defensoría de los Habitantes ha venido dándole seguimiento a este tema desde hace varios años, en procura de hacer efectivo este derecho.

A la fecha se puede afirmar que el Programa de Educación para la Afectividad y la Sexualidad Integral se pone en marcha en la segunda mitad del presente Gobierno. Inicia en algunos centros educativos mediante un Plan Piloto. El Ministerio de Educación informa como últimas acciones, que este tema debe ser una parte del currículum, en una asignatura, con un docente responsable, con tiempo asignado, con el apoyo de un orientador, reto que debe ser concretado.

Pese a los avances en el tema y la incorporación del Programa por parte del Ministerio de Educación en algunos de los Centros Educativos, aún falta mucho por hacer. Este tema debe estar presente en todos los niveles de todos los centros educativos del país.

Debe tener un enfoque más allá de lo biológico, por ello se requiere que no sea impartido exclusivamente por el docente de ciencias en el espacio para esta materia.

Se sugiere que debe visibilizar puntualmente la prevención y atención de la temática de las enfermedades de transmisión sexual como VIH.

La Defensoría de los Habitantes, desde el Área de Niñez y Adolescencia continuará dando seguimiento a esta temática como lo vienen haciendo desde el 2002. Se pretende que para el próximo Gobierno este sea un tema prioritario cuyo reforzamiento y adecuada cobertura debe ser un tema de atención.

7. VIH y poblaciones en condiciones de vulnerabilidad

Para algunas personas, la condición de VIH se suma a otra serie de condiciones que en nuestro contexto sociocultural están cargadas de estigma y exclusión. La experiencia de vivir con VIH o sida varía en función de ciertas características de las personas que se han convertido en criterios de vulnerabilidad social.

En función de las situaciones planteadas durante el Diálogo Nacional, nos referimos aquí a las personas adultas mayores, a niños, niñas y adolescentes (particularmente quienes además pre-

sentan problemas de adicción), personas privadas de libertad y personas migrantes en situación irregular.

Bajo la categoría de VIH y poblaciones vulnerables se concentra el 18,4% del total de aplicaciones presentadas durante el Diálogo Nacional.

7.1 VIH y personas adultas mayores

En el tema de población adulta mayor se presentó una aplicación, que solicita la visibilización de población adulta mayor viviendo con VIH.

Al respecto, se remitió el oficio N°PE-0067-2013 fechad 14 de agosto de 2013, dirigido al Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), mediante la cual se solicita incorporar en el componente de salud de la Política Nacional de Vejez el tema de la población adulta mayor con VIH.

7.2 VIH, adicciones y personas menores de edad

Varias personas que representan organizaciones no gubernamentales señalan que las acciones estatales para la atención del tema de las personas en estado de adicción a distintas drogas y que viven con el VIH son insuficientes. Particularmente en cuanto a las acciones de desintoxicación y rehabilitación por parte de la CCSS.

En atención a este tema, el día 11 de setiembre de 2013 se realizó una visita al Centro de Nacional de Atención para las personas menores de Edad en Estado de Adicción, ubicado en el IAFA, con el objetivo de conocer las medidas empleadas por dicha instancia para atender a las personas usuarias que son detectadas con la infección de este virus una vez que son referidas a dicho Centro.

La Dra. López señala que el centro ha atendido a personas menores de edad que viven con el VIH y que la atención de las mismas se ha coordinado con los centros de salud de la CCSS para asegurar la continuación del tratamiento (cuando ello es posible) ofreciéndose apoyo para la adherencia, una vez que concluyan su estadía en el Centro.

Además de los servicios de desintoxicación, se ofrece otros servicios de salud integrales para atender otras patologías clínicas de las personas menores de edad, de acuerdo con un protocolo de la CCSS.

Como parte de los servicios se indica que se imparten charlas sobre educación y consejería sexual con profesionales en medicina y psicología. Se realizan todas las acciones posibles para dar seguimiento domiciliar a los niños luego de su egreso del centro. Al momento de esta visita, el centro cuenta con más recurso humano para atender a esta población.

Adicionalmente se celebró una reunión el señor Sergio Ugalde Miranda, representante de la Casa Hogar Nuestra Señora del Carmen con el fin de puntualizar los aspectos más relevantes de esta aplicación.

Como un asunto relevante señala características de la población que se encuentra en calle y que vive con VIH que hacen imposible su tratamiento y recuperación. Cabe resaltar el desinterés demostrado por muchas de estas personas principalmente menores de edad por encontrar un estímulo en la posibilidad de vivir bajo una modalidad distinta a la calle, ya que en la mayoría de las ocasiones la experiencia de vida en sus familias ha sido violatoria a su integridad. Lo anterior implica que "los afectos" encontrados en la calle son en ocasiones de mayor gratificación que los encontrados en la familia "expulsora".

El Sr. Ugalde advierte que en esas circunstancias socio-afectivas, determinan las posibilidades de adherencia a un tratamiento y que los factores de riesgo como el consumo de drogas o la falta de alimentación limitan aún más la recuperación.

Con base en la información recopilada, esta Defensoría ratifica que las posibilidades que brinda el Estado para la atención de Adicción-VIH son relativamente efectivas una vez que son atendidas dentro de este sistema y se conjugan las fortalezas adquiridas en el periodo de rehabilitación.

Sin embargo, las posibilidades de atención que pueden recibir las personas menores en estado de calle son mínimas, dadas las circunstancias antes relatadas.

En síntesis, la investigación realizada permite afirmar que: 1.El IAFA a través del Centro brinda atención a las personas menores de edad en estado de adicción y VIH. Durante el proceso de rehabilitación se brinda una atención integral del tema, se procura que el seguimiento del tratamiento se prosiga una vez terminado el periodo en los centros de salud correspondientes. 2. El problema radica en aquellas personas que pasaron los 18 años o las que tienen menos de esta edad y no son detectados por el Sistema. La mayoría sin seguro o posibilidades de adherencia a un tratamiento.

De la misma manera, se constata que existe una sensible desconexión entre las responsabilidades y acciones Estatales y la práctica cotidiana de las ONG que reciben a las personas en condiciones de callejización.

Preocupa también el hecho de que la respuesta brindada por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) por medio del citado Centro solamente aplica para personas menores de edad, y que una vez pasados los 18 años sus condiciones de apoyo se ven reducidas drásticamente.

Se recomienda, por lo tanto, un trabajo de información con las ONG que trabajan con población que vive en estado de calle y que vive con VIH, para que se conozcan las posibilidades de atención que brinda el Estado y las posibilidades de intervención administrativa y Judicial que se pueden utilizar cuando la persona no ha cumplido los 18 años.

7.3 VIH y personas privadas de libertad

En el tema de la población privada de libertad que vive con VIH y sida, se presentó un total de cuatro aplicaciones, las cuales dan cuenta de los problemas que enfrenta esta población en el proceso de acceso a los tratamientos retrovirales y las condiciones en el sistema penitenciario,

entre ellos destacan: el acceso a las pruebas de VIH, pérdida de citas, el acceso a los condones como medio de prevención no solo del VIH sino de otras enfermedades de transmisión sexual.

Al respecto, mediante oficio N° DH-PE-0475-2013 fechado 26 de julio de 2013, se le solicitó información a la Lic. Ana Isabel Garita en su condición de Ministra de la Cartera de Justicia y Paz. Sobre el particular se recibió el oficio N° DMJ-1113-10-2013, mediante el cual la Ministra de Justicia y Paz adjunta oficio N° JNSS-INC-316-2013 fechado 20 de agosto de 2013, emitido por la Dra. Dixiana Alfaro Alvarado Jefa Nacional de Servicios de Salud, mediante el cual informa:

“1.- Desde que inició en el país la epidemia de VIH y sida, a finales de la década de los 80, por parte del servicio de salud de este Ministerio se promovieron una serie de iniciativas para el manejo de los pacientes con esta patología en coordinación con la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). En el año 2000 se publicaron “Normas y Procedimientos para la Atención Integral del VIH y sida en el Sistema Penitenciario de Costa Rica” y el año pasado se desarrolló y validó una versión más actualizada, que se llama “Guía para la Prevención y Atención Integral del VIH y sida en el Sistema Penitenciario de Costa Rica”, que a muy corto plazo será impresa y divulgada entre funcionarios de todas las disciplinas, ya que siempre se ha hecho énfasis en el abordaje interdisciplinario de los pacientes con esta condición de salud.

2.- Todas las personas con VIH, son puestas en control y seguimiento en el servicio de salud, atendidas por los psicólogos y trabajadores sociales según se requiera y referidos a las Clínicas de VIH de la CCSS para su control por los especialistas en Infectología o Inmunología, quienes determinan cuando se requiere el tratamiento específico, es decir el Tratamiento Antirretroviral y le dan seguimiento a la condición del paciente. Según el último reporte disponible de este año, tenemos 78 hombres y 11 mujeres diagnosticados con VIH en todo el sistema penitenciario.

3.- Los funcionarios más vinculados con el abordaje de estos pacientes se han ido capacitando, principalmente los de Trabajo Social, Psicología y muchos de los médicos han hecho pasantías por las Clínicas de VIH para actualizar conocimientos, aunque por su formación, todo el personal de salud tiene conocimientos del tema.

4.- La población ha sido abordada en diferentes momentos en los temas de prevención, principalmente con el apoyo de Organizaciones no Gubernamentales como la Asociación Demográfica Costarricense, la Cruz Roja y PSI-PASMO, que han realizado talleres y charlas grupales en varios de los centros penitenciarios del país. Así mismo, durante las consultas médicas, se promueve la realización de la prueba de detección de VIH y se da consejería al respecto, tanto por el personal médico como por el de enfermería.

5.- Debido a que los pacientes con esta patología requieren control estricto con las Clínicas de VIH, se procura que no pierdan las citas que tienen asignadas, tanto para los exámenes de control como para las consultas médicas, asignándoles mayor prioridad que a las demás citas y la comisión está pendiente de los temas de adherencia al tratamiento, incluso, hay pacientes que tienen tratamiento supervisado para garantizar que se lo tomen de manera adecuada.

6.- Toda persona tiene acceso a los condones, ya que los puede solicitar de manera gratuita al personal de salud, el médico puede prescribir mediante receta médica hasta 90

condones por mes y mediante la Comisión de VIH, se le puede asignar una "cuota" semanal a algunos paciente que lo requieran. También se ponen a disposición en los espacios de Visita Íntima y otros espacios "estratégicos" donde los pacientes puedan tomar los condones sin ser vistos por sus iguales. En general los condones se entregan a demanda, pero cuando hemos tenido mayor disponibilidad del artículo, se han colocado condones en todas las recetas que salían de la Farmacia y también en el paquete de provisiones (papel higiénico, jabón de baño, etc.) que entrega la administración a los privados de libertad, con el objetivo de que estuvieran disponibles.

7.- Usualmente al privado de libertad que asiste a consulta por primera vez, se le da Consejería pre-examen y se le ofrece la prueba de VIH y cuando se le hace la devolución del resultado negativo, se le insta a que se realice la prueba cada 6 meses o cada año, dependiendo de los factores de riesgo que tenga cada persona. Lógicamente a nadie se puede obligar a someterse a la prueba y algunos lo aceptan. Usualmente, durante las consultas médicas, si el paciente no se ha realizado la prueba, se le ofrece".

Sobre el particular se procederá a obtener la versión actualizada "Guía para la Prevención y Atención Integral del VIH y sida en el Sistema Penitenciario de Costa Rica", y se le dará seguimiento al proceso de divulgación entre funcionarios del sistema penitenciario, mediante la apertura del expediente respectivo.

7.4 VIH y población migrante

La legislación nacional contiene serias limitaciones para el acceso a servicios estatales para las personas migrantes que se encuentran en condición irregular. Esto hace prácticamente inaccesibles los servicios de salud para las personas que se encuentran en esta situación y que viven con VIH o sida.

Para algunas de las personas presentes en el Diálogo Nacional, desde una perspectiva de derechos humanos no se justifica que la atención al VIH y sida sea negada a ninguna persona por ninguna razón.

Se pide, por lo tanto, que se tomen las medidas administrativas para garantizar el derecho a la atención médica para personas con VIH, tal y como lo establece la Ley General de VIH y los instrumentos internacionales de derechos humanos. Sobre este tema del acceso a los servicios de salud para la Población Migrante Irregular se recibieron tres aplicaciones.

La normativa de la Caja Costarricense del Seguro Social establece la obligatoriedad de contar con algún estatus migratorio para poder acceder a los servicios de salud. Una de las aplicaciones plantea varias solicitudes, relacionadas con el tema del acceso a los servicios de salud sin discriminación alguna, incluso para las personas migrantes sin un estatus migratorio; se solicita, además, la inclusión del tema migratorio en las políticas de salud y la de VIH y sida. Otra de las solicitudes es la inversión en programas y acciones enfocadas a la promoción y prevención en materia de salud sexual y reproductiva. Al respecto se está a la espera de que se defina el tema del Fondo Social Migratorio, el cual contempla un porcentaje destinado a salud, por lo que eventualmente se podría utilizar parte para el tema indicado. Se solicita además la elaboración de Guías de Atención para pacientes con VIH de personas migrantes en condición irregular, al respecto la interesada ha

manifestado colaborar y coordinar con sus contactos de cooperación internacional para obtener fondos para este fin.

Tras reunión con la persona aplicante, se definió recomendar la inclusión de personas migrantes con VIH en el componente de salud de la Política Migratoria Integral, no obstante no se incluyó literalmente, dicha política es inclusiva de grupos vulnerables y por esa vía se estaría contemplando las personas migrantes con VIH pero que cuenten con una condición regular.

Sobre este tema la Dirección de Protección Especial de la Defensoría de los Habitantes ha desarrollado un documento que justifica la posición de la Institución en este tema, el cual se adjunta.

“Atención de Población Extranjera en condición migratoria irregular.

En lo que respecta al fenómeno de la migración en la región centroamericana, resulta importante considerar que éste ha sufrido no solo un incremento considerable sino también una variación en cuanto a los perfiles de las personas que migran y las razones que motivan dicho desplazamiento. Si bien es cierto, las razones más comunes estaban orientadas a cuestiones económicas y/o desastres naturales; en las últimas décadas, la migración por conflictos armados y razones políticas ha significado la movilización de un número significativo de personas incluso extra regionales, en relación con las cuales el abordaje resulta mucho más complejo, debido a cuestiones culturales, de idioma y de desconocimiento sobre la realidad que impera en sus países de origen.

Así las cosas, Costa Rica no escapa a esta realidad en el tanto resulta evidente que nuestro país se ha convertido en un país de origen, tránsito y destino de población migrante. En lo que respecta a esta última condición, existen diferentes razones por las que las personas extranjeras ingresan a nuestro país; algunas de éstas lo hacen con el fin de satisfacer necesidades básicas que no son proporcionadas en sus países de origen y otras en busca del reconocimiento y protección de sus derechos humanos que no se garantizan por parte de las autoridades correspondientes en dichos países.

En diferentes oportunidades, la Defensoría de los Habitantes ha llamado la atención de las autoridades migratorias, por cuanto el abordaje de este nuevo contexto migratorio, requiere la implementación de políticas públicas integrales que van más allá de un concepto de seguridad nacional amparado en el principio de soberanía del Estado, ya que los objetivos de esas políticas deben tener una orientación clara en los principios fundamentales de derechos humanos.

El fenómeno social de la migración, particularmente la de carácter irregular, necesariamente trae consigo un “camino” o “ruta” que muchas veces es desconocido por la misma persona antes de emprender su recorrido, y por las autoridades encargadas de ejercer el control migratorio. Precisamente, ese desconocimiento acerca de los trámites migratorios que deben realizar, de los peligros que se corren de caer en redes de traficantes y tratantes de personas, de las vías de acceso al país de destino, entre otros; naturalmente ubica a la persona en una situación de indefensión o vulnerabilidad que facilita la violación de sus derechos humanos tanto por parte de las autoridades públicas como de terceros.

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta innegable la responsabilidad del Estado de generar mecanismos que garanticen el respeto y la protección de los derechos humanos de estas personas. Ahora bien, debe quedar claro que esa protección no pretende cercenar la acción del Estado para hacer efectiva la legislación vigente; es decir, no significa que un Estado no pueda imponer

requisitos para autorizar la permanencia en el país de las personas extranjeras que ingresan al territorio nacional o ejercer acciones administrativas en contra de aquellas que no cumplen con el ordenamiento jurídico migratorio, sino que al ejercer dichas acciones se debe respetar en todo momento los derechos humanos inherentes a toda persona por su condición de ser humano.

Igualmente, está claro que el Estado costarricense posee la facultad de imponer requisitos y obligaciones a las personas extranjeras en lo que respecta al acceso a ciertos servicios públicos como salud, educación, trabajo, bancarios, entre otros, sin embargo, no debe obviarse que existen algunos sectores de esta población que, independiente de la condición migratoria en la que se encuentren, están amparados por normativa internacional y nacional que obliga a la protección de sus derechos, tal es el caso, de las personas menores de edad, mujeres embarazadas, víctimas del delito de trata de personas, por citar algunos supuestos.

En lo que concierne al acceso a los servicios de salud de la población extranjera en el país, resulta importante señalar que la Ley General de Migración y Extranjería, establece el deber de aseguramiento de esta población, como requisito sine qua non, para finalizar el proceso de regularización migratoria en el país. Así por ejemplo, el inciso 7 del artículo 7 señala que "la tramitación de toda gestión migratoria deberá garantizar el aseguramiento a la seguridad social por parte de las personas migrantes. Tal garantía obligará a que todo trámite migratorio deba contemplar como uno de sus requisitos básicos, contar con los seguros que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social".

Como parte de las regulaciones emitidas en ese sentido por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social, se ha hecho énfasis en la necesidad de que la persona que desea ingresar al sistema de seguridad social del país y, por ende, recibir la atención médica requerida, debe demostrar que cuenta con una autorización de permanencia en el país emitida por la Dirección General de Migración y Extranjería (DGME), ya sea portando un documento migratorio vigente o la resolución administrativa que concede dicha autorización.

En los casos de aquellas personas que se encuentran en condición migratoria irregular y que no cuentan con una modalidad de aseguramiento, las disposiciones y normativa en materia de salud que se encuentran vigentes, establecen que el único servicio que éstas pueden recibir se encuentra referido al servicio de emergencias, en cuyo caso, la atención médica debe ser brindada y después cobrada mediante una factura que se emite a nombre de la persona a favor de quien se brindó ese servicio. Sin embargo, cualquier otra atención como citas médicas de control regular, medicamentos, cirugías y prestaciones sociales, requieren el aseguramiento previo. En ese sentido, el artículo 61 del Reglamento del Seguro de Salud, establece que "tratándose de no asegurados, cuando la atención sea urgente, serán atendidos de inmediato, bajo su responsabilidad económica, entendiéndose que el pago podrá hacerse, en esta hipótesis, después de recibir la atención médica. En el caso que la atención no sea de urgencia o de emergencia, el pago deberá efectuarse por el no asegurado antes de recibir la atención, sin perjuicio de poner a su disposición las alternativas de aseguramiento que ofrece la institución".

Lamentablemente, está claro que existen varias enfermedades cuya atención médica resulta urgente por las complicaciones y deterioro que las mismas pueden ocasionar en la vida de quienes las poseen, en caso de no estar controladas y atendidas en forma oportuna. No obstante, aún en estos supuestos, la condición migratoria y de aseguramiento son requisitos imposibles de eximir

para garantizar dicha atención en forma regular, tal es el caso de los tratamientos requeridos en VIH y sida, cáncer, entre otras enfermedades.

En lo que respecta al tema que ahora nos ocupa, el acceso a los tratamientos de VIH y sida de la población migrantes en el país, siendo que el requisito de regularización migratoria para efectos de optar por una modalidad de aseguramiento se encuentra contemplado en la legislación migratoria vigente y es ineludible, la Defensoría de los Habitantes estima necesario llamar la atención sobre la importancia de que para efectos de dicha regularización, las autoridades migratorias consideren de forma especial la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las personas extranjeras con VIH y sida, no solo por vivir con esta enfermedad, sino además por los estigmas negativos que pesan sobre la misma y que los discrimina en el acceso a varios servicios públicos.

En la línea con lo anterior, a partir de varios asuntos atendidos por esta Defensoría, se ha tenido conocimiento de que las personas extranjeras con VIH que no cuentan con vínculos sanguíneos o de afiliación que les permitan optar por una residencia permanente o temporal según sea el supuesto, o no cuenten con una relación laboral para regularizar su permanencia como trabajadores temporales o de ocupación específica, por citar algunos ejemplos, están intentando su regularización migratoria bajo la categoría especial por razones de humanidad.

En ese sentido, tal y como se encuentra regulado en la Ley General de Migración y el Reglamento de Extranjería, debe quedar claro que esa categoría por razones de humanidad, considerada para casos excepcionales, presupone la existencia de ciertas condiciones que colocan a esas personas en una situación de vulnerabilidad y de desprotección de sus derechos fundamentales, así como la imposibilidad de ajustarse a la tramitología ordinaria para obtener la autorización de permanencia en el país.

Para estos efectos, es criterio de esta Defensoría, que existen algunas situaciones que deben ser consideradas por la Dirección General de Migración y Extranjería al momento de analizar y resolver una solicitud de regularización migratoria bajo la categoría especial por razones de humanidad, presentada por una persona extranjera con VIH. A continuación se brinda el detalle de dichas situaciones:

Arraigo en el país. A pesar de que desde el punto de vista del fenómeno de la migración, no existe un concepto universalmente establecido de que se entiende por "arraigo", esta Defensoría considera que esa condición supone una vinculación con el país en el cual una persona ha residido durante un tiempo determinado y en el que ha desarrollado relaciones personales –ya sea afectivas o de convivencia social-, de comercio, culturales, entre otras, que le generan un sentido de pertenencia aunque ese no sea su país de origen o nacionalidad. Independientemente de las razones que motivaron esa movilización o cruce de fronteras, el arraigo implica la fijación de un domicilio y vida estable en otro lugar del cual no se es nacional, la vinculación con la dinámica social de ese país y la desvinculación parcial o total con su familia y país de origen. Todas estas razones justifican el deseo de permanecer en el país de acogida y no regresar a su país de origen, por considerar que la vida en el mismo le es ajena. Por razones obvias, la consideración del arraigo para efectos de regularización migratoria, requiere la definición de un plazo o tiempo de permanencia en el país. En ese sentido, tal y como ocurrió con los transitorios a los Reglamentos de Extranjería, es criterio de esta Defensoría que esa definición corresponde a las autoridades migratorias.

Situación socioeconómica, no solo en Costa Rica, sino también en su país de origen, razón que pudo haber sido la motivación para migrar. En lo que respecta a la condición socioeconómica de las personas extranjeras con VIH Y SIDA resulta importante distinguir entre las siguientes dos situaciones:

Situación socioeconómica precaria en Costa Rica. Resulta innegable que las personas con VIH Y SIDA sufren innumerables discriminaciones que en algunos casos dificultan e impiden su acceso a un trabajo estable y al respeto de sus derechos laborales, que les permita garantizarse el sustento económico necesario para la satisfacción de sus necesidades básicas y las condiciones de una vida sin privaciones o en condiciones precarias, como un hogar seguro, vestido, agua, alimentación básica, electricidad, entre otras. Además, si a esa condición se le suma la situación migratoria irregular, el acceso al trabajo estable resulta aún más difícil de alcanzar. De conformidad con lo anterior, la posibilidad de cubrir los altos costos económicos para el inicio de un procedimiento de regularización migratoria y documentación como parte de la tramitología ordinaria, no son una opción viable para estas personas.

Situación socioeconómica precaria en sus países de origen. Como parte del nuevo contexto migratorio que caracteriza a la región centroamericana, en los últimos años Costa Rica ha recibido a población extranjera proveniente de otros continentes. Así por ejemplo, durante los meses de julio y septiembre del año 2009, aproximadamente 80 personas de origen africano (eritreos, somalíes, sudafricanos, entre otros), fueron trasladadas al Centro de Aprehensión para extranjeros en condición irregular, con el fin de brindarles una "atención humanitaria", dada la imposibilidad de que éstas pudieran ser deportadas a sus países de origen, a pesar de haber ingreso evadiendo los controles y requisitos establecidos para esos efectos. Sin lugar a dudas, estos supuestos requieren por parte de las autoridades migratorias, un abordaje diferenciado que considere precisamente las razones de humanidad y de vulnerabilidad en la que se encuentran esas personas, la imposibilidad de regresar a sus país de origen y la ineludible necesidad de que el Estado costarricense brinde los mecanismos necesarios para garantizar la protección de sus derechos fundamentales.

Por otro lado, debe quedar claro que una persona con VIH sometida al ejercicio del control migratorio, no se encuentra eximida de su obligación de cumplir con la normativa vigente. No obstante, en aquellos casos en que no sea posible su regularización migratoria en los supuestos indicados líneas atrás, esta Defensoría considera que mientras se mantenga en detención administrativa a la espera de que se ejecute en su contra una orden de deportación, las autoridades encargadas de ese control se encuentran en la obligación de brindarle el tratamiento médico requerido para estabilizar su estado de salud antes de ser deportada, siendo necesario entregarle un documento o referencia sobre dicho estado con el fin de que ésta pueda utilizarlo ante las autoridades de salud de su país de origen, para efectos de continuar con el tratamiento médico en cuestión.

Finalmente, tal y como ha sido señalado por esta Defensoría en diferentes oportunidades, es criterio de esta institución, que los altos costos de la regularización migratoria y de la documentación, establecidos en la Ley General de Migración y Extranjería, son un claro obstáculo para la legalización de la situación migratoria irregular de muchas personas extranjeras que se encuentran en el país. En términos generales, no debe olvidarse que algunos de estos costos son los siguientes: \$50 para la apertura del expediente de regularización migratoria; \$200 para el cambio

de categoría migratoria de aquellas personas que ingresaron en calidad de turistas; los costos de certificación consular de los documentos emitidos en país de origen o de apostillado de los mismos; \$98 del costo del documento migratorio que acredita la autorización otorgada y el monto correspondiente al depósito de garantía que varía de una nacionalidad a otra según el costo de un tiquete aéreo al país de origen.

En ese sentido, el proyecto de ley presentado recientemente por la Mesa de Mujeres Migrantes y Refugiadas ante la Asamblea Legislativa y que pretende reformar varios artículos de la Ley General de Migración y Extranjería, entre éstos aquellos relacionados con los costos de documentación y las multas por permanencia irregular en el país, puede ser considerado como la oportunidad procesal para revisarlos y modificar los mismos de manera tal que para su cálculo se tomen en consideración las diferentes categorías migratorias contempladas en dicha legislación y la situación de vulnerabilidad de algunos sectores de esta población, como el indicado en este documento.

Finalmente, la Defensoría de los Habitantes considera importante insistir en que la protección de los derechos humanos de las personas extranjeras que ingresan y residen en el territorio nacional, no significa la evasión de la normativa migratoria vigente, sino todo lo contrario, la necesidad de que a partir de los principios y derechos consagrados en ésta, las autoridades migratorias reconozcan la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran algunas de estas personas, con el fin de que las decisiones administrativas que se tomen busquen garantizar la protección de esos derechos.”

7.5 VIH y trabajadoras/es sexuales

Otro tema de interés está relacionado con el acceso a los servicios de salud y el tema del aseguramiento para los trabajadores comerciales del sexo.

De acuerdo a la normativa existente y a la información brindada por las autoridades de aseguramiento de la Caja Costarricense del Seguro Social, constituye un requisito indispensable para acceder a los servicios médicos, el aseguramiento, en el caso concreto de los trabajadores sexuales tienen la posibilidad de acceder a dos modalidades de seguro: el voluntario o seguro para trabajador independiente.

El seguro voluntario aplica para aquellos usuarios que no cuenten con una actividad generadora de ingresos pero que cuenten con capacidad contributiva.

La modalidad de seguro para trabajador independiente afilia como trabajador independiente a aquellos usuarios que cumplan con el desarrollo de una actividad económica por cuenta propia.

En el caso de las personas extranjeras es requisito indispensable para el aseguramiento que cuenten con la autorización de permanencia legal en el país mediante alguna modalidad de residencia o de refugio.

7.5.1 Personas menores de edad en explotación sexual

La Defensoría de los Habitantes ha dado seguimiento a las acciones institucionales tendentes a brindarle a la sociedad los mecanismos necesarios para erradicar prácticas violatorias a los derechos humanos de la población menor de edad víctima de explotación sexual.

La Defensoría de los Habitantes, ha insistido en los informes anteriores sobre la necesidad de asumir el tema con la diligencia y prontitud que demanda, requiriendo de las instituciones competentes el abordaje de este problema desde una perspectiva integral, que abarque aspectos preventivos, identificación de víctimas y formas de atención, además, la eliminación de toda forma de impunidad frente a la comisión de este delito.

Mediante la evaluación realizada por esta Defensoría tal y como se expresó en años anteriores la mayoría de las víctimas menores de edad de Explotación Sexual Comercial, se encuentran en las zonas fronterizas y costeras en donde se incrementa el grado de vulnerabilidad y se facilita esta actividad al no contar con el adecuado control y presencia Estatal.

La Defensoría de los Habitantes mediante el informe final, de la investigación de oficio N.01886-2001-DHR del 2001 se le recomendó a instancias como el Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia y al Patronato Nacional de la Infancia (PANI) aplicar una política integral de atención a este tema.

La Defensoría de los Habitantes mantiene la postura de que el PANI como institución responsable de atender las situaciones que generan la violación de los derechos de las personas menores de edad en el país debe asumir una posición integral y universal en la atención sin hacer distinción alguna, mismos principios que se encuentran establecidos en la doctrina y práctica de los Derechos Humanos.

También avala esta Defensoría la creación de una instancia con personal calificado para atender a la población en explotación sexual comercial, por sexo y edad ya que la circunstancia de una niña no es la misma de un niño.

Para esta institución la coordinación y comunicación entre las instituciones encargadas de velar por los derechos de la niñez y la adolescencia es fundamental, un ejemplo de ello ha sido la presión ejercida por este ente defensor a las instituciones responsables de dar atención a los menores de edad con la problemática de la adicción a múltiples sustancias y que además se le suman los agravantes de callejización y de explotación sexual como un medio de sobrevivencia, por lo que el tratamiento integral a esta problemática es impostergable.

Todo lo anterior hace suponer que la solución al problema de la Explotación Sexual Comercial de personas menores de edad en el país, se ha cifrado, casi exclusivamente, en retirar de la vista pública a las víctimas: niñas, niños y adolescentes explotados.

Se debe tener presente que cualquier abordaje de la problemática debe partir de la convicción que la participación de la persona menor de edad en esta actividad ha de verse como la de víctima, tanto de sus propias circunstancias como de sujetos inescrupulosos que se aprovechan de esta situación, y es justamente contra éstos que se debe aplicar todo el peso de la ley.

Así las cosas, las acciones deben ir orientadas, por un lado hacia la represión severa del adulto explotador (proxeneta, taxista, usuario, propietario de hoteles, etc.) y de las redes delictivas en

las que se desenvuelve, y por otro de apoyo, atención y protección de la víctima menor de edad, sin dejar de lado los indispensables programas de prevención.

Preocupa el hecho de que en los operativos se haya venido incrementando el uso de la fuerza para ingresar a las víctimas en los vehículos y alternativas de protección, en tanto no se visualiza una acción igualmente firme en contra de los-as explotadores-as.

Dentro de este contexto, la participación del PANI resta legitimidad y credibilidad a su accionar frente a las víctimas, al visualizarlo más con una figura represiva que como un aliado. Sin lugar a dudas, esta percepción obstaculiza su función primordial que es la de protección, realizando un abordaje técnico -tanto psicosocial como legal- con miras a revertir y mejores las condiciones de vida de estas personas.

Igualmente preocupan otros resultados apuntados por el Patronato, tales como: la generación de sentimientos de desconfianza "que impide la colaboración de las presuntas víctimas en términos de proporcionar datos para interponer las denuncias..." correspondientes; así como que la "intervención represiva ha provocado el que esta población se traslade a lugares con mayores dificultades de acceso e intervención policial.

Por lo demás, la situación descrita, aunada al hecho que los beneficios para las personas menores de edad explotadas son inciertos, torna las acciones en arbitrarias y revictimizantes.

Frente a este panorama, es preciso evitar a toda costa, la utilización indiscriminada de la medida de internamiento obligatorio de la persona menor de edad, la cual, más bien, debe ser aplicada como excepción y último recurso. Debe favorecerse, por el contrario, la implementación de medidas o de modelos de intervención más técnicos que incluyan una labor de concienciación y persuasión y que prevean la participación activa de la víctima en la creación de nuevas expectativas.

Ciertamente habrá casos en donde, debido a las circunstancias, no quede más remedio que aplicar la medida en cuestión aún en contra de la voluntad de la persona menor de edad -especialmente cuando ésta presenta además problemas de consumo de sustancias adictivas-. No obstante, primero se debe contar con albergues altamente especializados en intervención integral, con normas claras y eficientes de intervención y contención en crisis. Según informa el PANI, en la actualidad, solamente existe en el país una opción de protección para la población adolescente que podría reunir estas características, con el inconveniente de que se encuentra fuera de la capital que es donde se realizan los operativos, lo cual redundaría en un desarraigo para las personas adolescentes. En segundo término, nunca debe ser visto como un fin en sí misma, sino como parte de un proceso integral que permita a las niñas, niños y adolescentes la elaboración de un proyecto de vida alternativo real. En función de lo anterior, urge el diseño de un Plan Nacional que trascienda lo político para convertirse en una política de Estado, con objetivos y metas en el corto, mediano y largo plazo, que potencie todas las fuerzas de la sociedad y finalmente que cuente con recursos suficientes para ponerlo en marcha.

Sobre todo, es preciso comprender que la realidad del fenómeno de la Explotación Sexual no es sólo lo visible y lo que eventualmente detectan las autoridades policiales con la práctica de los "operativos" para recoger a esta población de las calles, sino que se trata de un flagelo perpetrado contra la niñez y adolescencia del país, por lo que ningún sector de la sociedad puede desentenderse de su cuota de responsabilidad.

8. Conclusiones

Desde una perspectiva de derechos humanos, la situación de las personas con VIH y padeciendo sida se torna sumamente compleja y trasciende por mucho el derecho a la salud. Vivir con VIH o con sida implica en nuestra sociedad enfrentar permanentemente todo tipo de manifestaciones de discriminación, ya que es una condición que sigue estando cargada de estigma.

Aunque las personas con VIH cuentan en Costa Rica con un marco jurídico que se puede considerar protector y garantista de derechos¹, la realidad les enfrenta una y otra vez a violaciones a estos derechos producto de políticas públicas, prácticas institucionales, medidas presupuestarias y patrones culturales. El Diálogo Nacional realizado en el 2012 permitió agrupar una buena cantidad de evidencias a este respecto.

Según los niveles de afectación de las citadas violaciones, las aplicaciones del Diálogo dan cuenta de situaciones que van desde el nivel individual hasta el nivel estructural de políticas públicas nacionales, pasando por situaciones que afectan a grupos particulares como trabajadores sexuales, personas privadas de libertad o mujeres con VIH, por ejemplo.

Ante esta complejidad, la Defensoría de los Habitantes debe tener conciencia de sus posibilidades y limitaciones para la transformación de esta realidad, en el marco de sus atribuciones.

A partir del Seguimiento al Diálogo Nacional VIH y sida, a la fecha se puede dar cuenta de resoluciones bastante satisfactorias de algunas de las denuncias presentadas a título personal o individual. Conviene resaltar el valor como precedentes y el potencial de replicación que tienen las resoluciones individuales.

La gestión de las aplicaciones permitió percibir que la falta de información se encuentra en la raíz de muchas problemáticas que sufren las personas con VIH. Trámites complicados y poco claros para los usuarios y usuarias explican en algunos casos dificultades para el ejercicio de algunos derechos para esta población. Por lo tanto, las labores de información y promoción aparecen como acciones estratégicas. La falta de información adecuada, pertinente y oportuna es una violación de derechos que, a su vez, facilita la violación de otros derechos.

La discriminación, el maltrato y la exclusión social producto del irrespeto a las manifestaciones de la diversidad sexual o en función de la condición de vivir con VIH son causa fundamental de violaciones de derechos a las personas con VIH. Muchas de las aplicaciones giran en torno a prácticas discriminatorias e irrespetuosas de funcionarios y funcionarias públicas, e incluso de instituciones completas.

Mientras la mayor parte de las aplicaciones constituyen claramente violaciones según la legislación vigente, en algunos casos la legislación no les protege ante las situaciones denunciadas, como es caso de las personas migrantes en condición irregular, cuyo acceso a la salud y a la seguridad social no es reconocida por la legislación vigente como un derecho.

Es claro, por lo anterior, que la labor de vigilancia activa y fiscalización de la Defensoría de los Habitantes en materia de derechos humanos de las personas con VIH es una labor permanente.

1 Una nueva Ley General de VIH y sida se encuentra actualmente en la Asamblea Legislativa. Aunque contiene algunas debilidades, expertos en el tema han manifestado que el texto de dicha ley puede considerarse "de buena calidad" en términos de los derechos humanos de las personas con VIH o sida.

Se requiere promover procesos de cambio cultural, político, presupuestarios y de gestión institucional que no son alcanzables en el corto plazo.

Las alianzas interinstitucionales e intersectoriales se visualizan como estrategias privilegiadas para la DHR en lo relacionado con este tema.

Aún frente a toda esta complejidad, los últimos meses de trabajo han deparado algunos logros mencionables. Parece claro que en instituciones como la CCSS, el Ministerio de Trabajo, el INS, el Ministerio de Seguridad, entre otras; el tema de las personas con VIH o sida se ha posicionado en un mayor nivel de prioridad producto de las gestiones desarrolladas desde la Defensoría. La certeza de que este ente defensor tiene entre sus temas de interés la situación de la población que vive con VIH parece haber provocado que estas instituciones le presten ahora mayor atención.

A nivel interno, es evidente que el tema de los derechos humanos de las personas que conviven con el VIH o el sida se ha perfilado con mayor claridad dentro de las prioridades de la Defensoría de los Habitantes.

Todas las personas que de una u otra forma conviven con el VIH y el sida pueden contar con una Defensoría sensible a su situación y comprometida en la defensa de sus derechos.



Teléfono gratuito:

800-258-7474

Correo electrónico:

defensoria@dhr.go.cr

Página Web:

www.dhr.go.cr

Central telefónica:

(506) 4000-8500

Apartado: 686-1005

Fax: (506) 4000-8700

Oficinas Regionales

Limón: (506) 2758-0789

San Carlos: (506) 2460-9313

Liberia: (506) 2666-3837

Pérez Zeledón: (506) 2770-6454

Puntarenas: (506) 2661-6107

Ciudad Neily: (506) 2783-2640