

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**VIVIENDO LA PREVENCIÓN: EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA  
PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN (PREP) AL VIH DESDE LA PERSPECTIVA DE  
HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (HSH) PARTICIPANTES DEL  
PROGRAMA PREP EN COSTA RICA DESDE 2021 HASTA 2024**

**Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del  
Programa de Estudios de Posgrado en Salud Pública para optar al grado y título de  
Maestría Profesional en  
Salud Pública con énfasis en Gerencia de la Salud**

**ALFREDO LÓPEZ-BADILLA**

**Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica**

**2025**

## DEDICATORIA

*Para Iván, por el camino que compartimos, por lo que hemos aprendido juntos, por lo que hemos vivido...*

## AGRADECIMIENTOS

*A los participantes de este estudio, por su interés y su colaboración.*

*A quienes me apoyaron durante estos años, un poco de ustedes ha quedado en estas  
páginas.*

*A Sofia, Karina y Denis, por la confianza, el interés, y los consejos.*

# Tabla de contenido

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
HOJA DE APROBACIÓN.....	VI
RESUMEN.....	VII
RESUME.....	VIII
LISTA DE TABLAS.....	IX
LISTA DE FIGURAS.....	X
LISTA DE ABREVIATURAS.....	XI
<b>CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
A.    INTRODUCCIÓN.....	1
B.    ANTECEDENTES.....	6
<i>Evolución de los enfoques de las intervenciones sanitarias de VIH/Sida.....</i>	<i>6</i>
<i>Política sanitaria de VIH/Sida en el siglo XXI.....</i>	<i>12</i>
<i>Implementación de la PrEP en Costa Rica.....</i>	<i>28</i>
C.    JUSTIFICACIÓN.....	38
<i>Pregunta de investigación.....</i>	<i>49</i>
D.    OBJETIVOS.....	50
1. <i>Objetivo General.....</i>	<i>50</i>
2. <i>Objetivos Específicos.....</i>	<i>50</i>
<b>CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>51</b>
<i>Género y Determinantes Sociales de la Salud.....</i>	<i>51</i>
<i>El abordaje de los hombres que tienen sexo con hombres desde salud pública.....</i>	<i>60</i>
<i>Presupuestos teóricos de las intervenciones en VIH/Sida para HSH.....</i>	<i>66</i>
<i>PrEP en el continuum del cuidado de la salud.....</i>	<i>81</i>
<b>CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>98</b>
A.    DISEÑO METODOLÓGICO.....	98
1. <i>Enfoque de investigación.....</i>	<i>98</i>
2. <i>Diseño de investigación.....</i>	<i>100</i>
3. <i>Sujetos participantes del estudio.....</i>	<i>106</i>
4. <i>Selección de los participantes.....</i>	<i>109</i>
5. <i>Conceptualización de las categorías de análisis.....</i>	<i>112</i>
6. <i>Recolección de información.....</i>	<i>112</i>
7. <i>Plan de análisis de datos.....</i>	<i>114</i>
8. <i>Plan de garantía ética.....</i>	<i>120</i>
B.    ALCANCES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	121
C.    CRONOGRAMA.....	123
<b>CAPÍTULO IV RESULTADOS.....</b>	<b>124</b>
<i>Características de los participantes.....</i>	<i>124</i>
<i>Unidades temáticas de los discursos.....</i>	<i>127</i>
<b>CAPÍTULO V ANÁLISIS.....</b>	<b>133</b>
<i>Motivaciones y expectativas relacionadas con la participación en el Programa PrEP.....</i>	<i>133</i>
<i>El sistema de salud como determinante de la participación en el programa PrEP.....</i>	<i>145</i>
<i>Impacto de la participación en el programa PrEP en salud sexual.....</i>	<i>158</i>
<i>Limitaciones del análisis.....</i>	<i>168</i>
<b>CAPÍTULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>171</b>

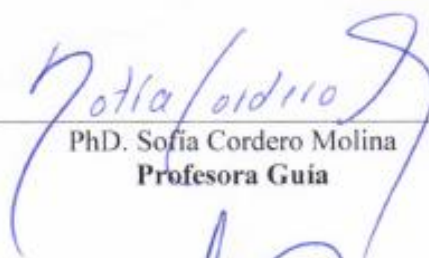
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>179</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>199</b>
<i>Anexo 1. Guía de entrevista semiestructurada .....</i>	<i>199</i>
<i>Anexo 2. Aprobación de la investigación por parte del CEC-UCR.....</i>	<i>200</i>
<i>Anexo 3. Formulario de Consentimiento Informado aprobado por el CEC-UCR .....</i>	<i>201</i>
<i>Anexo 4. Certificado de curso de Buenas Prácticas Clínicas.....</i>	<i>205</i>
<i>Anexo 5. Cronograma de actividades .....</i>	<i>206</i>

Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Salud Pública de la Universidad de Costa Rica como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Salud Pública con énfasis en gerencia de la salud.



---

M.Sc. Eyleen Alfaro Porras  
**Representante del Decano Sistema de Estudios de Posgrado**



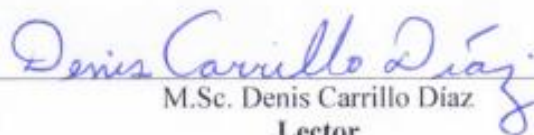
---

PhD. Sofia Cordero Molina  
**Profesora Guía**



---

M.Sc. Karina Warner Cordero  
**Lectora**



---

M.Sc. Denis Carrillo Díaz  
**Lector**



---

PhD. Ingrid Gómez Duarte  
**Representante del Programa de Posgrado de Salud Pública**



---

Alfredo José López Badilla  
**Sustentante**

## Resumen

La profilaxis pre-exposición (PrEP) al VIH ha sido reconocida a nivel global como una estrategia clave dentro del enfoque de Prevención Combinada para reducir la incidencia de nuevas infecciones por VIH en poblaciones clave. En Costa Rica, la implementación de la PrEP inició en 2021 en el marco de un programa piloto sin que hasta la fecha se hayan publicado evaluaciones oficiales de sus resultados. Este estudio busca analizar la experiencia de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) que participaron en el programa PrEP entre 2021 y 2024, a fin de identificar factores que favorecen o dificultan la adherencia y la efectividad del programa dentro del contexto del sistema de salud costarricense.

El estudio se llevó a cabo mediante un enfoque cualitativo con diseño fenomenológico empírico. A través de entrevistas en profundidad con siete usuarios del programa PrEP, se exploraron sus motivaciones, percepciones y experiencias relacionadas con el acceso, uso y adherencia a la PrEP. Se analizó el impacto del programa en sus prácticas de salud sexual, bienestar psicológico y percepción del riesgo. Asimismo, se consideraron los determinantes estructurales y culturales que influyen en la implementación y sostenibilidad del programa dentro del sistema de salud pública.

Los hallazgos de la investigación indican que la principal motivación para participar en el programa PrEP fue la seguridad percibida frente al VIH, lo que se traduce en una mayor confianza en la toma de decisiones sobre la salud sexual. La posibilidad de recibir monitoreo médico periódico y acceso a antirretrovirales gratuitos también fueron factores determinantes para la adherencia. Sin embargo, las barreras estructurales, como la burocracia del sistema de salud, la falta de campañas informativas dirigidas a las poblaciones objetivo y el contexto político y cultural conservador, han limitado el acceso y la expansión del programa. En particular, se identificó una percepción de estigma entre los usuarios, quienes refieren temor al juicio social y a la discriminación en los centros de salud, lo que afecta la continuidad del tratamiento.

Otro hallazgo relevante es la relación entre la PrEP y la percepción del riesgo frente a otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Algunos participantes manifestaron una reducción en el uso de preservativos debido a la confianza en la eficacia de la PrEP contra el VIH. Este fenómeno, conocido como "compensación del riesgo", ha sido documentado en otros estudios internacionales y plantea un desafío adicional para los programas de salud pública, pues podría derivar en un aumento de ITS distintas al VIH, como sífilis y gonorrea.

Desde una perspectiva de salud pública, la implementación de la PrEP en Costa Rica ha representado un avance en la lucha contra el VIH, pero su éxito depende de la superación de barreras estructurales y del fortalecimiento de las estrategias preventivas complementarias. Se requiere una mayor integración de la PrEP en el continuum del cuidado de la salud, garantizando la articulación de intervenciones biomédicas con estrategias conductuales y estructurales. La capacitación del personal de salud en enfoques inclusivos y libres de estigma, la ampliación del acceso a la PrEP en diversas regiones del país y el desarrollo de campañas de sensibilización dirigidas tanto a la población general como a los propios usuarios del programa son acciones prioritarias para consolidar su impacto.

## **Resume**

Pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV has been globally recognized as a key strategy within the Combination Prevention approach to reduce the incidence of new HIV infections in key populations. In Costa Rica, the implementation of PrEP began in 2021 as part of a pilot program, but no official evaluations of its outcomes have been published to date. This study aims to analyze the experience of men who have sex with men (MSM) who participated in the PrEP program between 2021 and 2024, in order to identify factors that facilitate or hinder adherence and program effectiveness within the Costa Rican healthcare system.

The study was conducted using a qualitative approach with an empirical phenomenological design. Through in-depth interviews with seven PrEP program users, their motivations, perceptions, and experiences related to access, use, and adherence to PrEP were explored. The impact of the program on their sexual health practices, psychological well-being, and risk perception was analyzed. Additionally, structural and cultural determinants influencing the implementation and sustainability of the program within the public health system were considered.

The research findings indicate that the primary motivation for participating in the PrEP program was the perceived security against HIV, which translates into greater confidence in sexual health decision-making. The possibility of receiving regular medical monitoring and access to free antiretrovirals were also key factors for adherence. However, structural barriers such as healthcare system bureaucracy, lack of informational campaigns targeting key populations, and a conservative political and cultural context have limited access to and expansion of the program.

Another significant finding is the relationship between PrEP and risk perception regarding other sexually transmitted infections (STIs). Some participants reported a reduction in condom use due to confidence in PrEP's efficacy against HIV. This phenomenon, known as "risk compensation," has been documented in other international studies and presents an additional challenge for public health programs, as it could lead to an increase in STIs other than HIV, such as syphilis and gonorrhea. The lack of educational and health promotion interventions aimed at reinforcing the use of combined protective measures exacerbates this situation and highlights the need to strengthen behavioral strategies within the program.

From a public health perspective, the implementation of PrEP in Costa Rica has represented progress in the fight against HIV, but its success depends on overcoming structural barriers and strengthening complementary preventive strategies. Greater integration of PrEP into the continuum of healthcare is needed, ensuring the articulation of biomedical interventions with behavioral and structural strategies. Training healthcare personnel in inclusive and stigma-free approaches, expanding access to PrEP in various regions of the country, and developing awareness campaigns directed at both the general population and PrEP users are priority actions to consolidate its impact.

## Lista de tablas

TABLA 1. CLASIFICACIÓN DE LAS APROXIMACIONES ORIENTADORAS DEL DISEÑO DE INTERVENCIÓN PARA ABORDAR EL VIH/SIDA .....	6
TABLA 2. LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PEN 2006-2010 .....	16
TABLA 3. ÁREAS ESTRATÉGICAS DE LA RESPUESTA NACIONAL EN EL PEN 2011-2015 .....	20
TABLA 4. ESTIMACIONES DE ONUSIDA SOBRE EL COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DEL VIH EN COSTA RICA .....	22
TABLA 5. SITUACIÓN DE LA PREP EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PARA 2017 .....	27
TABLA 6. INDICADORES DE SEGUIMIENTO DEL LINEAMIENTO DE PREP DEL MINISTERIO DE SALUD .....	33
TABLA 7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DEL PLAN PILOTO DE PREP DE LA CAJA .....	37
TABLA 8. MODELO TEÓRICO DE CONTINUUM DEL CUIDADO DE PREP, FACTORES PARA LA CAPTACIÓN Y ÁREAS DE INTERVENCIÓN. ....	86
TABLA 9. CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS ANALÍTICAS PROPUESTAS A PRIORI .....	113

## Lista de figuras

FIGURA 1. MEDICIÓN DEL AMBIENTE POLÍTICO 2008-2009 EN CENTROAMÉRICA Y COSTA RICA.....	19
FIGURA 2. PORCENTAJE DE USO DE CONDÓN EN AL MENOS 75 % DE LAS RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SEGÚN SEXO Y EDAD REPORTADO EN LA II ENCUESTA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA .....	25
FIGURA 3. DIMENSIONES DE LA PREVENCIÓN COMBINADA PARA VIH/SIDA .....	31
FIGURA 4. MARCO CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD .....	55
FIGURA 5. NIVELES DEL MODELO SOCIO-ECOLÓGICO DE LA SALUD.....	73
FIGURA 6. TEORÍA ECOSOCIAL DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA ENFERMEDAD: NIVELES, VÍAS Y PODER .....	76
FIGURA 7. ESPECTRO DE INVOLUCRAMIENTO EN EL CUIDADO DEL VIH EN ESTADOS UNIDOS DESCRITO POR GARDNER Y COLABORADORES. ....	82
FIGURA 8. ESPECTRO DE INVOLUCRAMIENTO EN EL CUIDADO DEL VIH SEGÚN EL CONTINUUM DE CUIDADO DEL VIH .....	83
FIGURA 9. CONTINUUM DE PREVENCIÓN DEL VIH .....	84
FIGURA 10. PROCESO DE SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES Y RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	111
FIGURA 11. ORGANIZACIÓN DE UNIDADES TEMÁTICAS EN RELACIÓN CON EL CONTINUUM DEL CUIDADO DE LA PREP.....	132
FIGURA 12. MARCO CONCEPTUAL DE ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PREP EN COSTA RICA .....	136

## **Lista de abreviaturas**

**ADC:** Asociación Demográfica Costarricense

**CCSS:** Caja Costarricense del Seguro Social

**CDC:** Centro para el control de enfermedades

**DSS:** Determinantes sociales de la salud

**GAM:** Gran Área Metropolitana

**HSH:** Hombres que tienen sexo con hombres.

**ITS:** Infección de transmisión sexual.

**LGBTIQ+:** Lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersexuales, queer y otros.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**ONG:** Organizaciones no gubernamentales

**OSC:** Organizaciones de la Sociedad Civil

**PEN:** Plan Estratégico Nacional

**PPVS:** Personas que viven con VIH-sida.

**PrEP:** Profilaxis preexposición al VIH

**Sida:** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

**TARV o TAR:** Terapia antirretroviral

**VICITS:** Vigilancia y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual.

**VIH:** Virus de inmunodeficiencia humana.

# Capítulo I Introducción

*El valor que se destruye cuando las vidas son arrebatadas o destruidas, o cuando se deja morir a alguien siendo la muerte evitable, es el valor de la vida, un valor que solo tiene sentido a la luz de la afirmación de que todas las vidas son iguales, o deben ser tratadas por igual (Butler, 2023).*

## A. Introducción

Tras cuatro décadas el VIH/Sida sigue siendo un importante problema de salud pública al que se dedica una enorme cantidad de recursos útiles para el financiamiento de estudios de toda índole, de terapias y tratamientos, de análisis del impacto de las intervenciones, de apoyo y la coordinación interinstitucional para el diseño, ejecución y evaluación de políticas sanitarias.

En Costa Rica, el Ministerio de Salud lidera estas actividades por su rol de entidad rectora del sector salud. CONASIDA es desde 1997 la entidad designada por dicho ministerio para coordinar la respuesta al VIH/Sida. Sus funciones incluyen recomendar las políticas y planes nacionales de respuesta al VIH/Sida, coordinar las instituciones participantes, velar por el respeto de los derechos humanos como eje de las intervenciones de salud pública, fiscalizar y evaluar los resultados de las actividades relacionadas con esta problemática. Por esta razón, ha publicado los Planes Estratégicos Nacionales; documentos que contienen las estrategias, objetivos y acciones que guían las acciones para abordar la epidemia de VIH/Sida durante periodos concretos.

Pese a ello, esta entidad ha documentado un deterioro sostenido de los indicadores epidemiológicos, lo que revela el fracaso de las políticas durante todo el siglo XXI. Los estudios de comportamiento sexual y reproductivo y de ITS advierten los bajos niveles de uso sostenido del condón tanto en encuentros heterosexuales como homosexuales, el incremento de infecciones como la provocada por la sífilis y el VIH en personas jóvenes, la concentración de la epidemia en las zonas costeras, fronteras y la GAM, el débil compromiso con la generación de un ambiente político idóneo para la ejecución de acciones preventivas de carácter estructural y conductual.

Por este motivo, con apoyo de planificación de organismos y financiamiento internacionales, se propuso la adopción de la Estrategia de Prevención Combinada promovida por la Organización Mundial de la Salud desde 2015. Dicho modelo plantea la ejecución de intervenciones contextualizadas a las realidades inmediatas de los grupos a los que se dirigen. Para ello, propone la ejecución conjunta de intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales con miras a impactar de forma contundente en el comportamiento de la epidemia.

Así, con el propósito de cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se han diseñado programas que apoyan las acciones tradicionales como la entrega de condones y la conducción de pruebas diagnósticas, con educación para la salud, reducción del riesgo y consejería en salud sexual; así como la reforma de los marcos jurídicos para proteger los derechos de las PVVS, facilitar el acceso a los servicios de salud, prevenir y castigar las formas de discriminación y estigmatización hacia el VIH/Sida.

Producto de esto, el Ministerio de Salud publicó en 2021 un lineamiento para regular la implementación de la profilaxis pre-exposición al VIH (PrEP) como una intervención biomédica que, estando contemplada en el marco de la Prevención Estratégica Combinada, incluye la consejería psicosocial y la regulación de su uso por parte de las instituciones sanitarias públicas y privadas.

La PrEP ha sido recomendada por organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONUSIDA como una estrategia clave en la lucha contra el VIH (Pinto et al., 2018). Se trata de una intervención biomédica que, a través del uso de medicamentos antirretrovirales, previene la infección por el VIH en personas seronegativas que están en alto riesgo de exposición (Kelley et al., 2015). En Costa Rica, la implementación del Programa PrEP a partir de 2021 marcó un hito en los esfuerzos por combatir la epidemia, insertando el país en un grupo selecto de naciones latinoamericanas que han adoptado esta estrategia.

Sin embargo, la implementación de la PrEP no es solo un asunto técnico o biomédico. La adherencia y efectividad de este tratamiento dependen en gran medida de factores sociales, culturales y económicos que influyen en la aceptación y uso continuo del medicamento (Chakrapani et al., 2022; Eubanks et al., 2022). En este sentido, es esencial entender las experiencias y percepciones de los propios usuarios del programa, especialmente

aquellos que forman parte de la comunidad HSH, quienes históricamente han enfrentado barreras significativas en el acceso a los servicios de salud debido al estigma, la discriminación y la falta de políticas inclusivas.

Este trabajo de investigación tiene como objetivo analizar la experiencia de implementación de la PrEP desde la perspectiva de los HSH en Costa Rica, tomando en cuenta sus motivaciones, expectativas y los factores que intervienen en su decisión de adherirse al tratamiento. Además, se exploran las barreras y facilitadores que presenta el sistema de salud costarricense en relación con el acceso y la continuidad del uso de PrEP. Asimismo, se examina el impacto de la participación en el programa PrEP en la vida cotidiana de los usuarios, con énfasis en las conductas sexuales, el bienestar emocional y las relaciones interpersonales.

En términos de política de salud pública, la introducción de la PrEP representa una evolución hacia un enfoque de prevención combinada, donde las intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales se integran para ofrecer una respuesta más eficaz y completa frente al VIH (ONUSIDA, 2010). Sin embargo, la sostenibilidad y expansión del Programa PrEP dependerán en gran medida de la capacidad del sistema de salud costarricense para superar las barreras existentes y garantizar un acceso equitativo y continuo a esta intervención. Esta investigación busca contribuir a ese esfuerzo, proporcionando información clave que permita a los tomadores de decisiones fortalecer las políticas y programas dirigidos a la prevención del VIH, con un enfoque centrado en las necesidades y experiencias de las personas más afectadas por la epidemia.

En el primer apartado de este informe de investigación se aborda el panorama histórico y político que llevó a la implementación de la PrEP en el país. Al respecto, se advierte que las intervenciones sanitarias estuvieron marcadas por contextos de discriminación y estigmatización que impactaron negativamente en el abordaje de la epidemia. Gracias a la organización de los grupos afectados se logró disminuir prácticas institucionales que amenazaban la integridad de las personas que vivían con el virus; la disponibilidad de la terapia antirretroviral y la aprobación de la Ley de VIH/Sida, así como la refundación de CONASIDA, han permitido a las personas que viven con el virus gozar de más protección y mejor calidad de vida. Con todo, es evidente también que la respuesta institucional ha sido insuficiente debido a su carácter eminentemente biomédico, incapaz de

reconocer y responder a las necesidades culturales y sociales que deben ser abordadas desde un enfoque de prevención primaria.

En el segundo apartado se exponen los marcos teóricos que permiten entender la salud como un fenómeno complejo de producción social. En esta ocasión se hace énfasis en el género como determinante social de la salud bajo la premisa de que las prácticas que construyen al género también construyen a la salud. Así, se entiende que las formas de relacionarse los hombres son producidas históricamente y en ese aspecto el repunte de las tasas de prevalencia e incidencia de VIH en los hombres que tienen sexo con hombres refleja una relación negativa con el autocuidado.

También se discuten los factores relacionados con el éxito de los programas PrEP desde los supuestos del Continuum del Cuidado de la PrEP. Numerosos estudios han demostrado, al respecto, que los programas preventivos de este tipo pueden fracasar por la falta de difusión, por las barreras de acceso, por los prejuicios hacia la prescripción y por el enfoque medicalizado desde el que se plantea la adherencia a los antirretrovirales. Se hace énfasis en los supuestos de las teorías psicologistas y en el modelo eco-social de Nancy Kriger, pues permiten discutir los aspectos conductuales, cognitivos y contextuales que intervienen en la adopción social e individual de las intervenciones en salud pública.

En el tercer apartado se expone el diseño metodológico de esta investigación. A partir de un enfoque cualitativo, este estudio se fundamenta en la recolección de testimonios de los participantes del programa PrEP en Costa Rica desde su implementación en 2021 hasta 2024. El análisis de estos testimonios ofrecerá una comprensión más profunda de cómo los usuarios perciben y viven la prevención del VIH a través de la PrEP, así como las dinámicas que facilitan o dificultan su adherencia. Los resultados de este trabajo tendrán implicaciones significativas para la mejora de las estrategias de prevención y la promoción de un enfoque de salud pública inclusivo y basado en derechos humanos.

En el cuarto apartado se exponen los resultados obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a los participantes. A partir del continuum del cuidado de la PrEP se organizan dichos discursos en relación con las expectativas y motivaciones para participar en el programa PrEP, con las características del sistema de salud que impactan en la adopción y permanencia de los usuarios en el programa, y con el impacto de la participación en las conductas de salud sexual de los usuarios.

En el quinto capítulo se discute en profundidad de los resultados. Se plantea que la principal motivación para participar en el programa PrEP se encuentra en la seguridad percibida frente al riesgo de infectarse de VIH. Así mismo, la posibilidad de mantener una monitorización y seguimiento biomédico ofrece un atractivo decisivo para los potenciales usuarios. Se determinó que la gratuidad de los servicios y la acción de las ONG potencialización la adopción de la PrEP por parte de las poblaciones clave; sin embargo, el contexto reciente de conservadurismo y de exclusión, así como la escasez de estrategias que optimicen el programa, pueden adquirir un peso significativo como barreras para el programa. Finalmente, que la excesiva confianza en la PrEP interactúa con la debilidad de las intervenciones conductuales para potenciar la adopción de conductas de riesgo basadas en el supuesto de que la PrEP previene la más peligrosa de las ITS, mientras que las demás pueden ser tratadas.

## B. Antecedentes

### Evolución de los enfoques de las intervenciones sanitarias de VIH/Sida

La implementación de la profilaxis pre-exposición al VIH (PrEP) a partir de julio de 2021 en Costa Rica no es un hecho que pueda comprenderse al margen del contexto en que se re/produce la epidemia del VIH. Por este motivo es necesario contextualizar cuáles han sido los presupuestos de la intervención sanitaria en VIH/Sida.

A propósito, la historia del VIH/Sida ha sido segmentada en etapas según distintos criterios. Así, por ejemplo, Arrizabalaga (1997, citado por Chaves, 2022) distingue cuatro paradigmas médicos simultáneos o sucesivos que describen las implicaciones sociales de la ejecución de intervenciones basadas en el conocimiento biomédico adquirido sobre el virus; Krieger, por otro lado, identifica tres fases ocurridas en Estados Unidos durante la década de 1980 en torno a las consecuencias sanitarias y sociales de las respuestas al VIH (Krieger y Margo, 2020); mientras que Estrada (2014) describe tres modelos orientadores de las intervenciones sanitarias en América Latina en el periodo 1980-2000 (ver Tabla 1).

**Tabla 1. Clasificación de las aproximaciones orientadoras del diseño de intervención para abordar el VIH/Sida**

Cuatro paradigmas biomédicos de Arrizabalaga	Tres fases de Nancy Krieger	Tres modelos orientadores de intervenciones sanitarias de Estrada
Síndrome	Sida como plaga	Epidemiológico-conductual
Entidad específica	Sida como enfermedad crónica	Antropológico-cultural
Pandemia mundial	Sida como enfermedad infecciosa crónica	Político-económico
Enfermedad crónica		

**Fuente:** Elaboración propia

Estrada (2014) plantea un análisis de los factores sociales que determinan el tránsito de las políticas de prevención desde un enfoque epidemiológico y biologicista a una perspectiva construccionista del género y la sexualidad. Para esto, analiza el abordaje que se ha dado a la prevención a lo largo de la historia del VIH y discute cómo se la ha promovido en la diversidad de contextos sociales y culturales. A continuación, se describen los tres modelos expuestos por Estrada incluyendo las aportaciones de los otros autores antes señalados para enriquecer esta discusión.

### ***Modelo epidemiológico-conductual***

El surgimiento de la epidemia del VIH/Sida es considerado un hecho social y de salud pública con profundas repercusiones negativas sobre las representaciones y valoraciones de la sexualidad y el erotismo que se tradujeron en el establecimiento de ideas esencialistas y normativas sobre los comportamientos sexuales (Estrada, 2004). En este contexto, las poblaciones sexualmente *diversas*, pero en mayor medida los homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres (HSH), se vieron sometidas a políticas de saneamiento que castigaban el ejercicio de una sexualidad tipificada de *anormal*.

Al respecto, Fee y Krieger (1994) señalan que dos nociones sociales se conjugaron en la emergencia de la noción de la *plaga gay*, como inicialmente se trató a los cuadros infecciosos que posteriormente serían relacionados con el VIH. Por un lado, el fortalecimiento de la concepción de la homosexualidad como un problema social, político y médico, con lo que se reavivó la asociación cultural entre homosexualidad y enfermedad. Por otro lado, tras los logros alcanzados con el control de las enfermedades infecciosas, la emergencia de una nueva epidemia representaba un fracaso de la ciencia, la civilización y el desarrollo. De tal manera, la homosexualidad se convirtió en un desestabilizador de la salud pública y el desarrollo social.

En cuanto a la primera noción, conviene recordar que los primeros nombres oficialmente atribuidos al Sida son recordatorios del estigma que produce la enfermedad en los cuerpos hipersexualizados de los homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (Estrada, 2014; Jiménez, 2016). Se lo llamó *cáncer gay*, *Gay-related immunodeficiency*<sup>1</sup> o *Wrath of God Syndrome*<sup>2</sup>. La enfermedad quedó inexorablemente unida a los homosexuales, aunque también a otros grupos estigmatizados, como los hemofílicos y los usuarios de drogas intravenosas, independientemente si era diagnosticada en personas heterosexuales y bisexuales. Desde esta perspectiva, son *víctimas* las mujeres y los hombres heterosexuales que se contagian de enfermedades esparcidas y provocadas por los homosexuales, las prostitutas y los drogadictos (Krieger y Margo, 2020; Llamas, 1994).

De igual manera, Jiménez (2016) advierte de la mano del análisis del tratamiento mediático dado a la epidemia del Sida en los años ochenta en Costa Rica, las diferentes

---

<sup>1</sup> Inmunodeficiencia relacionada con los gays.

<sup>2</sup> Síndrome de la ira de Dios

formas en que operó la estigmatización hacia la *enfermedad del sida*. Para ello expone el caso de dos personas infectadas; por un lado, Henri, un niño hemofílico que se infectó por medio de una transfusión sanguínea; por el otro, un zapatero de 39 años, quien lleva una *vida normal* y también hemofílico que se preocupa por su honor mancillado por tener una enfermedad de homosexuales. Ambos retratados como *víctimas inocentes*. En contraste, advierte el autor, los homosexuales infectados con VIH ni son víctimas ni son inocentes; antes bien, son *pecadores* que pagan por la forma libertina con la que expresan su perversión sexual; son perseguidos como criminales culpables de alterar el orden público, la moral y de *ensuciar* a la sociedad con la enfermedad que han cultivado.

Dicha asociación provocó, según Estrada (2014), que los programas de prevención y las acciones educativas se dirigieran a los homosexuales, definidos ahora como grupos de riesgo. En consecuencia, en lo referente a la segunda noción, la actividad sanitaria se dirigió a la sanitización de la sociedad por medio de la regulación de los espacios de convivencia, la vigilancia policial de los sitios de encuentro de personas homosexuales, la conducción de estudios epidemiológicos basados en los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sexuales de estas personas, la implementación de programas de corte conductivo-conductual dirigidos a educar para prevenir conductas de riesgo de cualquier infección que pudiera contaminar a la sociedad (Estrada, 2014).

Estos estudios permitieron identificar perfiles de *grupos de riesgos* a los que se dirigían campañas educativas desde la premisa de que dichas conductas son ejecutadas racionalmente; por tal motivo, los conocimientos *adquiridos* se reflejarían en la contención de las nuevas infecciones conforme fueran calando en las poblaciones de interés. Así las cosas, se pretendía que por medio de la sanitización de las conductas se pudiera reestablecer el equilibrio entre la naturaleza y la sociedad; es decir, contener cualquier alteración en el entorno que pudiera conllevar al esparcimiento de nuevas enfermedades.

### ***Modelo antropológico-cultural***

Tal como lo señalan Fee y Krieger (1994) y Arrizabalaga (citado por Chaves, 2022), el modelo anterior, consolidó la asociación de grupos sociales – o *de riesgo* – con el VIH; en consecuencia, se propiciaron prácticas de estigmatización y rechazo que impidieron transformar los programas de educación en cambios conductuales debido a la falta de un

cambio profundo en los modelos de atención. Con ello, fue evidente que la prevención no se realiza como un acto eminentemente racional, sino que depende de circunstancias contextuales que facilitan e incentivan los cambios conductuales.

Por otro lado, la introducción de tratamientos antirretrovirales modificaron el comportamiento de la epidemia alejándola del modelo de plaga y caracterizándola como una enfermedad crónica, lo que produjo cambios sobre la percepción de la gravedad del VIH en los miembros de los grupos de riesgo y la redirección de los esfuerzos del sector salud a mantener sana a las personas que vivían con el virus permitiéndoles ser más optimistas sobre su futuro (Fee y Krieger, 1994).

Este escenario preparó la entrada del modelo antropológico cultural hacia 1991 (Estrada, 2014). Según el autor, desde este modelo se tomaron en consideración los contextos ambientales y socioculturales donde viven las personas, por lo que se dio mayor atención a los significados que las personas dan a las prácticas preventivas y de riesgo en relación con sus contextos culturales específicos.

No obstante, según explica Chaves (2022) este cambio paradigmático se gestó por medio de las condiciones de estigmatización que vivían los grupos homosexuales, quienes iniciaron movimientos sociales que se extendieron entre los países. Así, como consecuencia de la discriminación y violencia policial ejercida hacia el colectivo LGBTQ+ empiezan a sucederse las movilizaciones sociales y se conforman las organizaciones civiles que demandaron derechos y canalizaron sus distintas necesidades hacia el escenario público, del cual habían sido excluidos.

Al respecto, la epidemia emergió, por su contestación política, como un problema social y las intervenciones dejaron dirigirse a *grupos de riesgo* para hacerlo hacia *comportamientos de riesgo*; en consecuencia, se

pretendía acabar con los prejuicios y la discriminación social hacia la orientación homosexual. La transmisión de la infección por VIH se convirtió en un acontecimiento que competía a todos los tipos de orientación y prácticas sexuales; de esta manera, se logró orientar las estrategias preventivas hacia la inclusión de las relaciones sociales y eróticas “para llegar a hombres que podrían no responder a los mensajes y programas dirigidos a la comunidad homosexual”. Esto permitió

caracterizar el papel que desempeñan las personas en el control del VIH, toda vez que para lograr el éxito de las campañas se requiere la aceptación de una definición pública de riesgo y peligro y que los individuos consientan en el control de su propio comportamiento. (Estrada, 2014, p. 133)

Como es evidente, el aspecto *positivo* de este enfoque es que contempla las prácticas eróticas y logra separar los encuentros sexuales entre hombres de la homosexualidad, con lo cual, las intervenciones pueden desarrollarse con una mayor participación de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) que llevan vidas heterosexuales y/o se identifican como tales. Hay que tener en cuenta que desde inicios de los años noventa no solo se había avanzado en las técnicas para garantizar la seguridad de la sangre para transfusión, sino que también los datos epidemiológicos venían alertando de crecimiento de casos en hombres bisexuales y mujeres (Chaves, 2022); sobre todo en zonas caribeñas debido a sus factores culturales, lo cual informaba de una realidad más compleja que la simplificada perspectiva de que el VIH era exclusivo de homosexuales, tal como se sostuvo durante los años ochenta (Mata y Valadez, 1988).

Por otro lado, según detalla Chaves (2022) los enfoques de intervención con personas seropositivas cambiaron a partir de la entrada del tratamiento antirretroviral (TARV) que permitió trasladar la atención sociosanitaria de un modelo de preparación para la muerte hacia uno socioeducativo que enfatizaba la adherencia al tratamiento, la adquisición de estilos de vida saludables y la reconstrucción de los proyectos de vida. Previamente no se contaban con herramientas ni conocimientos para ampliar la oferta de servicios de atención a personas seropositivas.

Chaves (2022) se refiere al trabajo de investigación realizado por Gabriela Castro y Adriana Gutiérrez en 1997, quienes analizaron los enfoques de intervención desde trabajo social utilizados para atender a personas con VIH/Sida y sus familias. Las investigadoras determinaron que la falta de capacidades de las y los profesionales para responder a las necesidades de las personas usuarias generaba tensiones y descontento entre las personas que vivían con VIH/Sida; aun así, reconocen que los años noventa implicaron un cambio de mirada que pasó de poner excesiva atención al virus, para centrarse en la persona como sujeto de derecho a quien se le brindaba, junto a su familia, acompañamiento en su proceso de duelo.

Más adelante, fueron Guerrero y Ovares (2000, citadas por Chaves, 2022) quienes señalaron los cambios producidos por el uso del TARV; sean, la inclusión de temas como la adherencia al tratamiento, la adopción de estilos de vida saludables, y el aprendizaje de vivir con una enfermedad crónica, que conlleva nuevas necesidades. No obstante, Estrada (2014) considera que las intervenciones se quedaron cortas por poner un énfasis excesivo en las conductas sexuales sin situarlas en sus contextos inmediatos. Tampoco se aproximaron a los factores estructurales que pesan por sobre las elecciones y prácticas que realizan las personas. En dicho sentido, en las intervenciones basadas en este segundo modelo se carecía de la comprensión del contexto estructural sobre las formas de subjetivación de las experiencias.

Cabe mencionar que es apenas en 1994 cuando empieza a gestarse el modelo ecosocial de Nancy Krieger, autora que se enfocó en analizar de qué manera los contextos sociales y ecológicos se encarnan en las personas y actúan sobre las conductas hacia la salud y la enfermedad que a un nivel macrosocial se convierten en diferenciales de distribución de salud y enfermedad. Esto es de relevancia, porque la autora propone una aproximación histórica y ecológica que se expresa en el cuerpo de las personas, modificando la vulnerabilidad a las enfermedades y las conductas de búsqueda de autocuidado. No obstante, esta aproximación ha ganado terreno solo en las últimas décadas.

### ***Modelo político-económico***

A inicios del siglo XXI se desarrolla el *Modelo político-económico* que parte de la idea de que las desigualdades económicas y sociales están en la base de la epidemia del VIH y que constituyen a la vez obstáculos importantes para los cambios de comportamiento hacia conductas sexuales saludables. A raíz de ello, se diseñan intervenciones preventivas de base comunitaria que procuran defender los derechos de las minorías y las personas más afectadas por la epidemia (2014). Desde esta perspectiva la adopción de estrategias para prevenir el VIH, como el uso del condón en los encuentros sexuales o de tratamientos farmacológicos tanto previo como posterior a la exposición, dependen de una profunda y compleja relación entre la elección y la determinación.

Este modelo, al desplazar la conducta de riesgo hacia la vulnerabilidad social, procura la gestación de cambios sociales que reformen las estructuras sociales que han determinado el mayor riesgo en las mujeres, las personas marginadas y los hombres que tienen sexo con

hombres; a su vez, sitúa las intervenciones para responder al VIH/Sida en el plano de la salud pública, sacándolas de una perspectiva humanitaria, con lo que apunta además a la integralidad de los programas de prevención-atención(Estrada, 2014).

En cuanto a la prevención, Estrada (2014) plantea que, como efecto del traslado del riesgo individual a la vulnerabilidad social, se fomentó la reforma de las estructuras de desigualdad social, con lo cual las intervenciones de salud pública procuraron la integración y participación de las personas que habían sido históricamente marginadas.

El autor expone a la campaña *Los hombres marcan la diferencia* como un ejemplo de intervención desde este modelo, la cual sustituye nociones como la homosexualidad *permanente* y *circunstancial* por el término hombres que tienen sexo con hombres (HSH) para responder al cambio paradigmático que separa la identidad sexual y la identificación de género de las prácticas y orientaciones sexuales. No obstante, advierte Estrada (2014), la categoría HSH requiere que las intervenciones en salud se realicen desde una perspectiva constructorista del género y la sexualidad que supere los discursos esencialistas.

### **Política sanitaria de VIH/Sida en el siglo XXI**

En el marco del modelo político-económico es necesario mencionar que en el año 1999 se dio la refundación de CONASIDA a partir de la Ley 1771 y el Reglamento de la Ley General sobre VIH-sida, esta vez con el nombre de Consejo Nacional de la Atención Integral del VIH sida (CONASIDA), que se configura como la instancia coordinadora de la respuesta nacional al VIH, acción que realiza apoyada de políticas públicas y programas de acción de carácter interinstitucional y multisectorial.

Desde este momento se amplió la representación de los sectores involucrados pues se incluyó a las personas que viven con VIH/Sida (PVVS); lo cual ha ido aparejado con una perspectiva transformada en la que se han querido incluir las necesidades individuales, colectivas, sociales, laborales y políticas vinculadas con el fenómeno del VIH-Sida (Ministerio de Salud, 2011b).

El Reglamento de la Ley General sobre VIH-Sida señala las funciones del Consejo Nacional de Atención Integral al VIH-SIDA, el cual preside a CONASIDA; sean (Ministerio de Salud, 2006):

- Recomendar al Ministerio de Salud las políticas nacionales sobre el VIH-SIDA, y elaborar y actualizar los planes maestros de VIH-SIDA, así como los demás planes nacionales relacionados con este tema.
- Coordinar con las diferentes instituciones, tanto públicas como privadas, los asuntos relacionados con el VIH-SIDA. Se fomentará la cooperación y los acuerdos interinstitucionales.
- Velar, ante las instancias públicas y privadas, por la plena observancia y el respeto de los derechos y las garantías de las personas portadoras del VIH o enfermas de SIDA, sus familiares y allegados.
- Colaborar con el Ministerio de Salud en la fiscalización y evaluación de la ejecución y la eficacia de las medidas, disposiciones, acciones contempladas en las normas relacionadas con el VIH-SIDA, en el plan maestro de VIH-SIDA y en los planes nacionales de VIH-SIDA.

De tal manera CONASIDA se configura como la institución que promueve, tutela y protege la formulación de políticas públicas relacionadas con el VIH de una manera intersectorial e interinstitucional. Como instituciones involucradas, pues el Reglamento exige que el Consejo Nacional tenga representantes de ellas, se designan funciones correspondientes con las dictaminadas por la Ley 7771. Por ejemplo, a la Caja Costarricense del Seguro Social (o Caja) le corresponde la creación de Equipos de Atención Interdisciplinaria de VIH-SIDA dedicados a garantizar que las personas usuarias de los servicios de salud reciban atención integral por parte de personal capacitado, a esta institución también le corresponde elaborar los informes periódicos de uso de medicamentos y crear las condiciones para asegurar la confidencialidad de las personas usuarias. También se asigna una función educativa a cumplir mediante programas de campañas nacionales de prevención y uso del condón (Ministerio de Salud, 2006).

El Reglamento asigna al Ministerio de Educación Pública la tarea de elaborar planes estratégicos anuales en educación y prevención de VIH-sida. Como producto de estos planes deberá también presentar los informes anuales de ejecución e impacto. El Ministerio de Justicia y Gracia también adquiere una función educativa y preventiva. Al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social se le asigna la función de sancionar administrativamente a los

patronos que consientan o fomenten actos discriminatorios y otras disposiciones contrarias a la Ley 7771. Las Organizaciones no Gubernamentales también quedan protegidas por la Ley 7771 y su Reglamento, de manera que también deberán adscribirse a los marcos normativos. Esto incluye su integración con las actividades realizadas por los distintos Ministerios antes señalados.

Es decir; la Ley 7771 identifica una red de actores públicos y responsabilidades estatales relacionadas con la protección de la salud, de la vigilancia y erradicación de las prácticas discriminatorias, con la educación para prevenir el VIH-Sida y con la respuesta intersectorial. No obstante, para Chaves (2022), la emergencia de esta Ley va más allá de las demandas de las personas que vivían con VIH-Sida, sino que constituyen una oportunidad de vinculación entre el Estado y la ciudadanía para abordar una cuestión problemática por el impacto en la calidad de vida de las personas que se había generado con la expansión de los casos diagnosticados en varios sectores de la población. En este sentido, la Ley 7771 es vista como un dispositivo de control social:

Así, el Estado interviene de tal forma que media entre las relaciones individuo-colectivo con el fin, en lo referente a este tema en particular, de contener la incidencia de nuevos casos y prevenir la propagación descontrolada del virus, ya que esto podría generar pérdidas de *capital humano* y económicas por la atención y muerte masiva de personas que lo adquirieran. En otras palabras, esta problemática social es administrada públicamente para evitar comprometer la re/producción de la sociedad misma en términos capitalistas y, por lo tanto, que se transforme en una situación con repercusiones mayores. (Chaves, 2022, p. 9)

Para el autor esta situación se hace evidente por cuanto la Ley no procura una transformación de las condiciones estructurales que incidían en la extensión de las consecuencias del VIH-Sida en la vida de las personas; lo cual contrasta con una regulación de las conductas individuales. Resolver, o al menos subsanar, esta situación tomaría al Estado

una década con la Reforma de la Ley General de VIH-sida del 01 de diciembre de 2019 (Ley 9797), la cual plantea un cambio significativo de su objetivo<sup>3</sup>:

**Artículo 1. Objeto.** La presente ley tiene por objeto regular todas las acciones del Estado costarricense en lo conducente a promover y garantizar una respuesta integral a la epidemia del VIH, en los ámbitos público y privado del país.

La atención integral del VIH será de interés público. Las instituciones públicas y privadas deberán asegurar mecanismos expeditos y accesibles para que todas las personas puedan ejercer sus derechos y deberes en relación con el VIH.

Las acciones relacionadas con la prevención y educación de la salud y la atención integral del VIH deberán garantizar el respeto de los derechos fundamentales de todas las personas, consagrados en la Constitución Política y en los instrumentos internacionales de derechos humanos aplicables en la República. Las normas contenidas en la presente ley serán vinculantes para los ámbitos público y privado.

De igual manera, Fee y Krieger (1994) se refieren de forma similar a las limitaciones del modelo antropológico cultural enfatizando sus implicaciones sobre la institucionalidad erigida en torno al fenómeno de esta pandemia. Así, por ejemplo, señalan que, desde la perspectiva del VIH como una epidemia y más en concreto como una *enfermedad crónica*, las autoridades sanitarias y políticas se preocuparon por los costos que conllevaba a los sistemas de salud la entrega de medicamentos a las PVVS.

También fueron temas relevantes el fomento de la cobertura de la seguridad social y la cobertura frente a las prácticas discriminatorias de las compañías aseguradoras; esto en torno al conflicto entre la privacidad individual y el deber de reportar el estatus serológico. Esto se debía, explican las autoras, a que la epidemia del VIH generaba situaciones sociales y políticas que superaban a las vividas con enfermedades crónicas como la hipertensión puesto que el VIH una condición infecciosa cuyo comportamiento epidemiológico debe

---

<sup>3</sup> En contraste, la Ley 7771, indicaba como objetivo “(...) la educación, promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la vigilancia epidemiológica y la atención e investigación sobre el virus de la inmunodeficiencia humana o VIH y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida o Sida; además, trata de los derechos y deberes de los portadores del VIH, los enfermos de Sida y los demás habitantes de la República”.

entenderse en relación con aspectos culturales, sociales e históricos muy distintos a los de las enfermedades no transmisibles.

**Tabla 2. Líneas de acción del PEN 2006-2010**

<b>Líneas de acción</b>	<b>Comentarios</b>
<b>Organización y gestión</b>	<p>CONASIDA asume las funciones establecidas en el Reglamento de la Ley 7771.</p> <p>Al Ministerio de Salud le compete la función Rectora liderando la formulación de políticas y la acción de las diferentes organizaciones e instituciones dedicadas a las distintas actividades de respuesta al VIH-Sida.</p> <p>Se propone la revisión de la legislación vigente para subsanar los vacíos legales que entorpecen la ejecución de intervenciones de forma expedita.</p>
<b>Promoción de la salud y prevención de nuevas infecciones</b>	<p>Se reconoce que la respuesta se había caracterizado por su enfoque en el tratamiento y la desatención de las medidas preventivas. Se propone una redefinición de las poblaciones meta, expandiendo las intervenciones a los grupos que estaban experimentando un crecimiento en la incidencia (población joven, heterosexuales y mujeres).</p> <p>Se propone coordinar la ejecución de las intervenciones para prevenir la duplicidad de funciones y mejorar la gestión de los recursos.</p>
<b>Vigilancia epidemiológica</b>	<p>Se propone fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica por medio de la notificación obligatoria y la recolección de datos socioeconómicas que permitan comprender el comportamiento de la epidemia en todos los sectores y grupos.</p>
<b>Atención clínica a las personas</b>	<p>Se propone garantizar la atención integral a todas las PVVS, lo cual incluye la oferta de servicios de psicología y asistencia social a la par de los tratamientos médicos y farmacológicos.</p>
<b>Derechos humanos</b>	<p>Se propone salir del paradigma asistencial para generar transformaciones estructurales que garanticen el acceso al trabajo y la vida digna. Se reconoce que existen grupos que ofrecen resistencia a estos cambios.</p>
<b>Educación y gestión académica</b>	<p>Se propone aumentar la investigación para identificar los conocimientos, los retos y las necesidades de la población frente a la epidemia.</p>

**Fuente:** Elaboración propia con datos del PEN 2006-2010.

Por otro lado, a partir de los años 2000, Costa Rica experimentó los mayores avances en cuanto a la formulación de políticas sobre VIH/Sida. Tal como lo caracteriza Estrada (2014), conviene advertir que en este periodo se integran rasgos de los periodos anteriores. Así, se conducen estudios sobre comportamientos, prácticas, creencias en salud sexual y

reproductiva (comunes en el modelo epidemiológico-conductual), se articulan políticas de distinto nivel para prevenir la discriminación y estigmatización, se protege la privacidad del diagnóstico de las PVVS y se amplían las intervenciones preventivas y de promoción de la salud.

Al respecto, se sabía – hasta antes de que se declarara al VIH una infección de registro obligatorio en 2002 – que el comportamiento nacional de la epidemia era el de una epidemia concentrada<sup>4</sup> con un impacto mayor en los hombres jóvenes (25 a 49 años) habitantes del Gran Área Metropolitana, donde se acumulaba en 2008 el 68 % de los casos de VIH y el 61 % de casos de Sida (Ministerio de Salud, 2010).

Al iniciarse el cumplimiento de las funciones asignadas por las Ley 7771 a CONASIDA se presentó en Costa Rica con asesoría de ONUSIDA, el primer Plan Estratégico Nacional (PEN) para abordar la problemática del VIH-Sida. El *PEN para la prevención, atención y asistencia del VIH y Sida 2006 – 2010* (Ministerio de Salud, 2006) pretendió abordar la situación epidemiológica del VIH-Sida, a la cual describió como concentrada y de baja prevalencia, con tendencia a la feminización y ubicada mayoritariamente en el centro socioeconómico del país: el Gran Área Metropolitana; con vía principal de transmisión la sexual y con mayor predominio en grupos vulnerables como HSH y personas trabajadoras comerciales del sexo.

Este plan propuso seis líneas de acción para un abordaje intersectorial (ver tabla 2). En lo respectivo a los temas que predominan para este documento interesan las acciones estratégicas relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de nuevas infecciones pues procuró fomentar el ejercicio de la salud sexual y reproductiva segura y responsable, los cambios conductuales y la gestión del riesgo como un tema de carácter individual y el intercambio de experiencias de las organizaciones para retroalimentarse a partir de la evidencia que estaban generando en torno a la prevención (Ministerio de Salud, 2006).

Pese a las propuestas de dicho plan, el siguiente PEN emitido por CONASIDA, en colaboración con ONUSIDA y USAID/PASCA, el *PEN 2011-2015* parte de una situación epidemiológica que describe un fracaso de la política anteriormente comentada. Al respecto, la Primera Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, realizada en 2010, que

---

<sup>4</sup> Se entiende, para el caso del VIH, como epidemia concentrada a la que presenta una prevalencia mayor al 5% pero por debajo del 1 % de las mujeres embarazadas de las áreas urbanas en una población determinada (Ministerio de Salud, 2010).

documentó prácticas, creencias y actitudes sobre salud sexual y reproductiva e ITS identificó que el uso sistemático del condón en las relaciones sexuales heterosexuales era bajo: 35.3 % en la zona urbana y 27 % en la zona rural; para ambos entornos no se identificaron diferencias con respecto al nivel de escolaridad (Ministerio de Salud, 2012), lo cual llama la atención sobre las medidas preventivas que puedan sumarse ante el uso de otros dispositivos pensados como anticonceptivos.

Por otro lado, si bien el PEN 2011 – 2015 señala un *relativo* descenso en los casos de Sida, explicado por la disponibilidad de los TARV; el VIH experimentó un aumento tanto en los hombres como en las mujeres; por ejemplo, la razón hombre : mujer pasó de 2.3 en 2002 a 3.4 en 2008 (Ministerio de Salud, 2011b); aunque el propio documento indica que este incremento se explica por la obligatoriedad de la declaración de los casos y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, también señala que hay un estimado de subregistro que podría aumentar los números en el VIH principalmente; eso significa que si bien los números crecieron pudieron haber sido mayores a los oficialmente reportados.

En el mismo documento (PEN 2011 - 2015), en ese sentido, se menciona en lo respectivo a las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad que la prevalencia en HSH es *lo suficientemente alta*. Por ejemplo, en un estudio realizado en 2009 con esta población en la GAM determinó que la prevalencia de VIH en HSH era 83.85 mayor que en el *género masculino* (10.9 % a 0.13 %)<sup>5</sup>. De igual manera se concluyó que el 75 % de los entrevistados no había recibido charlas educativas sobre VIH en el último año, aun así, se señaló que el 90 % tenía conocimientos sobre prevención, aunque no los ponía en práctica.

Otro de los elementos de relevancia para el análisis contextual del PEN 2011-2015 es el análisis del ambiente político. Basándose en la aplicación del Índice de Esfuerzo de Programas<sup>6</sup> en VIH en países centroamericanos en un estudio realizado en el país en 2009 se

---

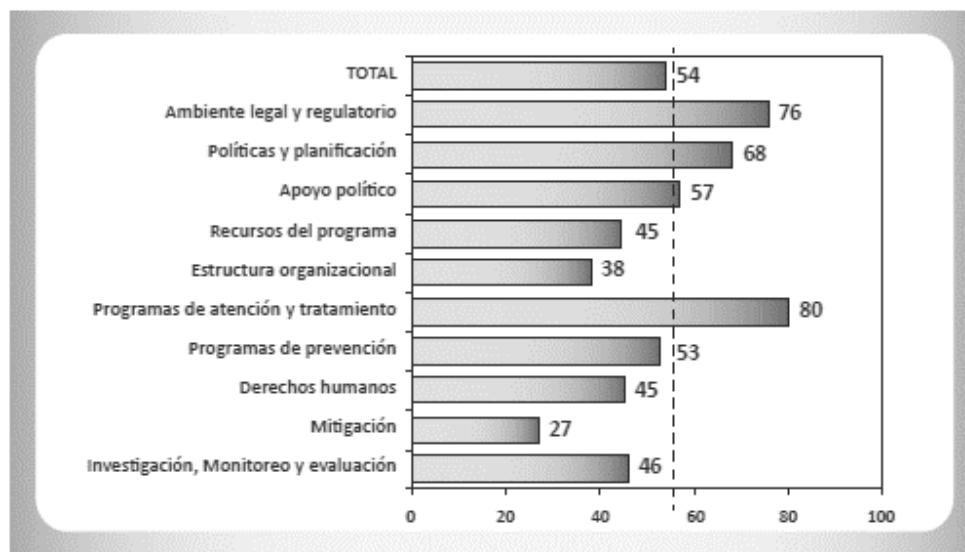
<sup>5</sup> Conviene por ahora mencionar que la categoría de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) ha sido problematizada desde que fuera introducida al ámbito de la salud pública por fomento del Centro para el Control de Enfermedades (CDC) después de 1997 (Núñez, 2012). Por este motivo se pueden ver abordajes en los que los HSH son comparados con el género masculino, como si ambas categorías fueran comparables. Esta es una limitación ampliamente comentada por Núñez y se retomará más adelante. Si bien se suelen realizar afirmaciones sobre la prevalencia e incidencia del VIH en este grupo, los esfuerzos por elaborar una categoría clara y recabar información fidedigna no eran suficientes durante los años posteriores (Trachman et al., 2018).

<sup>6</sup> El IEP es un índice compuesto utilizado para medir el compromiso político y el esfuerzo de los programas para prevenir y atender la epidemia del VIH/Sida. Los 10 elementos principales son medidos a partir de la asignación de puntos realizada por medio de consulta a grupos de expertos (ONUSIDA, 2000).

determinó que Costa Rica se ubicaba por debajo del promedio en la formulación de políticas, programas, proyectos y planes sobre VIH (ver figura 1).

A la luz de los hallazgos se establecieron ocho áreas estratégicas (ver tabla 3). En lo respectivo a la línea de promoción y prevención vale la pena señalar que hay un énfasis en los conocimientos sobre las formas de contagio, de uso de medios de barrera y en la participación en programas de detección y diagnóstico de ITS. Es decir, el énfasis de la promoción y la prevención sigue remitiéndose pese al discurso a la dimensión puramente biomédica.

**Figura 1. Medición del ambiente político 2008-2009 en Centroamérica y Costa Rica**



**Fuente:** Plan Estratégico Nacional (PEN) de VIH-Sida 2011-2015 (Ministerio de Salud, 2011b)

El panorama de partida del PEN 2016 – 2021 expone una situación más apremiante que la encontrada en el PEN anterior. A partir de 2009 los casos de VIH siguieron creciendo; la razón hombre : mujer se elevó hasta 4; con 80.5 % de los nuevos casos detectados en el grupo de 20 a 49 años, y una consolidación de casos en la GAM (Ministerio de Salud, 2016c).

En cuanto a las poblaciones clave, según indica el mismo documento, los estudios recopilados para la elaboración del PEN confirman que los HSH, las mujeres trans, las personas trabajadoras comerciales sexuales y usuarias de drogas endovenosas no solo aportaban los porcentajes más altos de diagnósticos de VIH, sino que sus tasas de prevalencia

e incidencia habían estado en aumento. Se identificó, en este sentido, un deterioro en los indicadores de ejercicio responsable y seguro de las prácticas sexuales, pues se documentó menor uso consistente del condón, más encuentros sexuales casuales y concomitancia de dichos encuentros con el uso de drogas.

**Tabla 3. Áreas estratégicas de la Respuesta Nacional en el PEN 2011-2015**

<b>Líneas de acción</b>	<b>Comentarios</b>
<b>Fortalecimiento de la Respuesta Nacional para la Planificación Estratégica</b>	Fortalecer la acción de CONASIDA como entidad que lidera la respuesta al VIH-Sida. Desde una perspectiva <i>más allá</i> de la salud para enlazar los distintos sectores, organizaciones y actores sociales que pueden incidir en los cambios sociales y culturales necesarios para cambiar la situación en torno a la epidemia. Se procura avanzar en la revisión de la legislación al considerar que limita las actividades de las ONG que ayudan a las PVVS.
<b>Promoción y prevención</b>	Se pretende salir del esquema de la gestión individual del riesgo para abordar las condiciones estructurales que intervienen en cómo las personas convierten sus conocimientos en acciones preventivas. Se propone generar cambios metodológicos enfocados en perspectivas inclusivas que permitan a todas las personas participar en las medidas de prevención.
<b>Vigilancia de la salud, monitoreo y evaluación</b>	Se nota un cambio de visión pues se propone salir de la vigilancia del comportamiento de la epidemia para contemplar el contexto que determina dicho comportamiento. En ese sentido, ya no basta la recolección de datos sobre las personas, sino que es necesario comprender los efectos de los determinantes sociales de la salud sobre la percepción y la vivencia de las situaciones de salud. En este sentido también se pone atención a la cobertura del sistema de seguridad social para su disponibilidad para las personas.
<b>Atención integral</b>	Se basa en una perspectiva ampliada de la salud que integra a la ecología y la espiritualidad. A su vez contempla la sostenibilidad de los recursos y las intervenciones.
<b>Derechos humanos</b>	Propone la orientación de la respuesta desde enfoques de equidad, género, diversidad sexual, integralidad y transdisciplinariedad para eliminar las barreras de equidad e igualdad que limitan el acceso a las intervenciones.
<b>Educación y gestión académica</b>	Se fomenta la promoción de los estilos de vida saludables.
<b>Investigación e información estratégica</b>	Implica la toma de decisiones basada en la evidencia. Para este proceso se propone el fortalecimiento de los procesos de investigación para generar conocimientos que puedan orientar las políticas.
<b>Mitigación de impacto</b>	El VIH develó estereotipos sociales y culturales que se traducen en formas de exclusión y de privación en la vida social. La mitigación contempla más que la reducción del impacto económico de la epidemia en la economía y la productividad, la disminución de las consecuencias de la estigmatización.

**Fuente:** Elaboración propia con datos del Plan Estratégico Nacional (PEN) de VIH-Sida 2011-2015 (Ministerio de Salud, 2011b)

No obstante, el PEN 2016-2021 documentó un incremento en el índice de ambiente político en 2013, con aumento de 4 puntos por efecto en mejoras en atención y tratamiento, políticas y planificación, ambiente legal y regulatorio. Al analizarse los motivos del mínimo avance obtenido con el PEN anterior, se señala que

entre las dificultades encontradas para su implementación se tienen: desinterés hacia el tema de VIH y sida, insuficiencia de recursos, falta de incidencia de CONASIDA y de toma de decisiones a nivel político, insuficiente operacionalización del PEN, poca capacidad de sociedad civil para incidir, pocos puntos de encuentro entre sociedad civil y sector gubernamental y deficiencias en materia de monitoreo y evaluación del PEN. (Ministerio de Salud, 2016c, p. 21)

Es decir, se evidencia un incumplimiento de las funciones asignadas a CONASIDA; la función de integrador de estrategias no fue cumplida, lo que condujo a que se sostuvieran las intervenciones desarticuladas que finalmente resultan ineficaces para responder a un fenómeno tan complejo como el provocado por la epidemia del VIH-Sida. En este PEN se reducen a seis las líneas estratégicas; sean (a) coordinación de la gestión y de la respuesta nacional, (b) atención integral, (c) vigilancia, monitoreo y evaluación, (d) derechos humanos y mitigación del impacto, (e) educación y gestión académica y (f) sostenibilidad de la respuesta; que de alguna manera implican una reorganización de las líneas a modo de síntesis de los dos planes estratégicos anteriores (Ministerio de Salud, 2016c).

Por lo que respecta a este documento, conviene señalar que este es el primero de los PEN en los que se hace referencia a la prevención combinada, propiamente en la *Línea Estratégica 2: Atención integral*, cuyo primer objetivo consiste en aumentar el acceso equitativo y la cobertura de las intervenciones para la prevención combinada del VIH (Ministerio de Salud, 2016c). Sin embargo, al observar los indicadores puede notarse que la noción de prevención combinada no es más que la reiteración de las acciones que había venido fallando años atrás: pruebas diagnósticas masificadas, fomento del uso del condón y tamizaje.

Esto revela que, si bien ya estaba empezando a aparecer en el escenario costarricense la noción de las estrategias de prevención combinada, que necesariamente obedecen a un

cambio paradigmático y de metodologías para las que se requiere una fuerte integración intersectorial, interinstitucional y un rol rector consolidado de las autoridades de salud, todavía no se contaba con el contexto para la promoción del uso de la TAR como profiláctico en la transmisión horizontal. Es decir, no se estaban dando las condiciones necesarias para generar una transformación en el enfoque de abordaje del VIH/Sida. Hay por ello un riesgo de que se concluya el periodo con resultados negativos, tal como había ocurrido en los otros periodos discutidos.

**Tabla 4. Estimaciones de ONUSIDA sobre el comportamiento epidemiológico del VIH en Costa Rica**

Estimados epidemiológicos	2010*	2015*	2019*	2021**	2022***
<b>Nuevas infecciones</b>					
Todas las edades	730 (540 a 940)	870 (630 a 1100)	960 (680 a 1200)	1100	
Mujeres mayores de 15 años	<500 (<200-<500)	<500 (<200-<500)	<500 (<200-<500)	-	<100 (<100 - <100)
Hombres mayores de 15 años	500 (<500-650)	500 (<500-790)	500 (<500-900)	-	<1000 (<500 - <1000)
Incidencia/ 1000 habitantes	0.16 (0.12 a 0.21)	0.18 (0.13 a 0.24)	0.19 (0.14 a 0.25)	-	0.14 (0.11 - 0.17)
<b>Personas viviendo con VIH</b>					
Todas las edades	8300 (6400 a 11000)	11000 (8900 a 14000)	14000 (11000 a 18000)	17000 (15000 a 18000)	17000 (15000 a 19000)
Mujeres mayores de 15 años	2400 (1900 a 3100)	3200 (2500 a 4000)	4000 (3100 a 4900)	-	2500 (2200 a 2700)
Hombres mayores de 15 años	5700 (4400 a 7300)	8000 (6100 a 10000)	10000 (7700 a 13000)	-	14 000 (12 000 a 16 000)
Prevalencia	0.3 (0.2 a 0.3)	0.3 (0.2 a 0.4)	0.3 (0.2 a 0.5)	0.5 (0.4 a 0.5)	0.5 (0.4 a 0.5)

\* Datos del PEN (2021-2026) (Ministerio de Salud, 2021b). \*\* Datos del Informe de medición de gasto de la respuesta al VIH y Sida 2021 (Ministerio de Salud, 2020). La prevalencia corresponde solo al grupo de 15 a 49 años. \*\*\* Datos de ONUSIDA (2022)

**Fuente.** Elaboración propia.

Es importante señalar en este sentido que uno de los temas discutidos en el PEN 2016-2021 es la sostenibilidad de las intervenciones sobre VIH-Sida y el aumento del uso de productos farmacéuticos como en la profilaxis postexposición y la profilaxis preexposición tiene implicaciones en lo respectivo al financiamiento y la gestión de los recursos económicos. Este ha sido un tema problemático para el país desde que se sentenció a la Caja a entregar el TARV como medicamento de la Lista Oficial de Medicamentos; desde la perspectiva de las autoridades uno de los fundamentos para problematizar la sostenibilidad

de la respuesta al VIH-Sida ha sido el impacto económico de la ampliación de ofertas que, no obstante, han resultado más efectivas que la promoción del uso del condón.

El PEN vigente, Plan Estratégico Nacional de VIH (2021-2026), publicado por CONASIDA (Ministerio de Salud, 2021b), revela un entorno de fracaso de las políticas de prevención del VIH. El documento señala que para el periodo entre 2014 y 2018 se diagnosticaron 3895 nuevos casos de VIH en el país, lo cual representa una tasa de 15.9 por cada 100 000 habitantes. El mismo documento informa que la incidencia en este periodo tuvo un incremento del 26.4 % en relación con la registrada en 2014, las cuales fueron de 19.6 y 15.5 por cada 100 000 habitantes respectivamente. Al ampliar el periodo y analizar la tendencia del país en los últimos diez años (2009 al 2019), se determina un aumento de 30 % en las nuevas infecciones, lo cual se acompañó de una reducción del SIDA en un 15 %, tendencia que se ha mantenido por la disponibilidad de la TARV. Al desagregar los datos, puede notarse que el grupo con mayor número de nuevos casos y de personas viviendo con VIH es el de los hombres (ver tabla 4). Lo que revela el impacto negativo que está teniendo el VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), grupo que aporta la mayor proporción de nuevos casos según la afirmación de distintas autoridades nacionales, lo cual coincide con los hallazgos de estudios internacionales.

Estos resultados, si bien son alarmantes, no sorprenden pues los hallazgos de la II Encuesta nacional de salud sexual y salud reproductiva (Ministerio de Salud, 2016a) alertaron en 2016 que, aunque las personas encuestadas conocían los métodos de barrera como el condón masculino, su uso sostenido es bajo y que los conocimientos sobre el VIH son limitados. Por ejemplo, la encuesta concluyó que el condón masculino es el cuarto método anticonceptivo usado por las mujeres entre 15 y 49 años, superado por la esterilización femenina, los anticonceptivos orales y los inyectables.

Mientras tanto, tan solo 10.1 % de los hombres con edades entre 15 y 49 años refirió el uso del condón masculino, mientras que el 0.1 % indicó uso del condón femenino (Ministerio de Salud, 2016a). Según los datos de la encuesta, los hombres suelen optar por los métodos anticonceptivos femeninos (dispositivo intrauterino, tratamientos hormonales); en tal sentido, la doble función del condón por su capacidad de imponer una barrera para la transmisión de infecciones no se aprovecha.

Esto contrasta con el alto porcentaje de participantes que reconoció el uso de condón como método para prevenir infecciones de transmisión sexual, lo cual superó el 70 % al comparar los sexos en relación con edad, región geográfica y nivel educativo. Sin embargo, con respecto a los conocimientos sobre la prevención del VIH el estudio se advierte el desconocimiento sobre esta ITS:

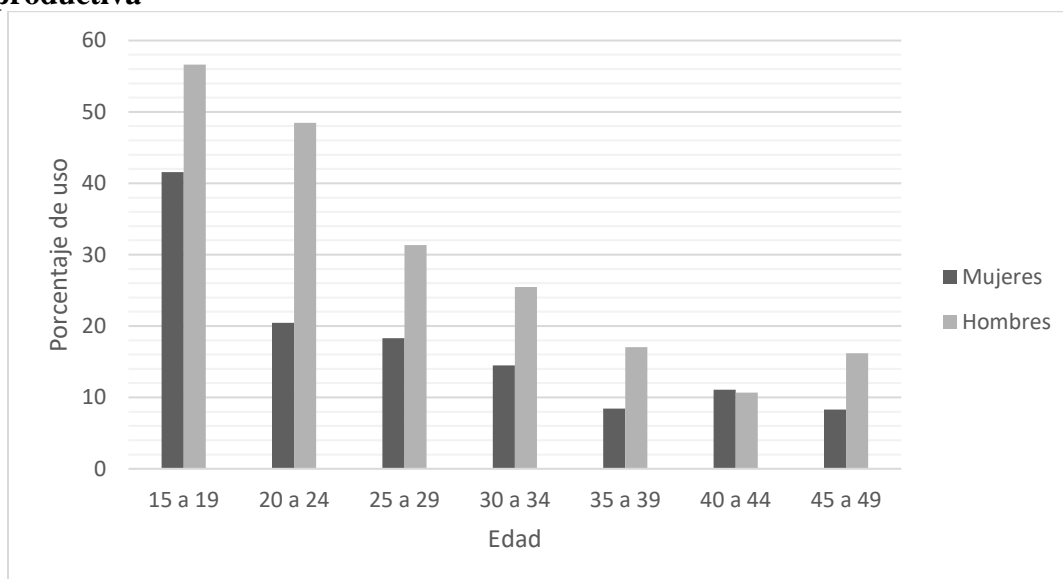
Por ejemplo, pocos conocen su denominación completa y muy pocos señalaron como falsas las afirmaciones sobre formas de transmisión no documentadas (picadura de un mosquito, estornudos, compartir alimentos, sudor o saliva). Menos de la mitad señaló como falsa la afirmación de que una persona con VIH siempre tiene un aspecto enfermizo y un tercio no rechazó la afirmación de que se transmite por el uso del servicio sanitario. En general los resultados muestran que la comprensión no es clara por parte de los entrevistados. Por ejemplo, un 70% dijo correctamente cómo se debe abrir un condón, pero menos de la mitad en qué momento hay que colocarlo. (Ministerio de Salud, 2016a, p. 37)

Uno de los hallazgos a resaltar sobre el uso del condón y su relación con las ITS es que el uso en al menos 75 % de las relaciones sexuales ocurridas en el último año baja conforme aumenta la edad. Al respecto, en el caso de los hombres, pasa del 56.61 % en el grupo de 15 a 19 años a 16.21 % en el grupo de 45 a 49 años (ver figura 2). Este porcentaje se mantiene bajo tanto en quienes viven en el Valle Central, como en el resto del país, con 22.37 % y 23.72 % respectivamente.

Así como documentaron otros estudios (Estrada, 2014), el uso consistente del condón se reduce cuando se tiene una pareja estable, los argumentos más comunes para no usar condón con una pareja masculina fueron la confianza (82.8 %), el rechazo al uso por parte de algún miembro de la pareja (20.2 %), no querer seguir usándolo (18.2 %) y no pensar en usarlo (17.1 %). De igual manera, el uso de condón es inconsistente en la mayoría de los HSH que tienen parejas ocasionales (67.5 % contra 32.5 %). Los motivos son diversos y se puede notar que los argumentos implican una percepción baja del riesgo que se refleja en una actitud despreocupada hacia el uso del condón y la prevención de ITS

Estos datos son llamativos cuando se analizan con respecto a la disponibilidad de condones. Los informantes reconocen los lugares donde se pueden conseguir y señalan tan solo en el 0.8 % de los casos que es difícil obtenerlos, y el 91.9 % reconoce que los usan para prevenir ITS; es decir, conocen el uso y pueden obtenerlos con facilidad, aun así, no los usan, los argumentos que justifican no utilizarlos no se sostienen más que por la elección de no usarlos. La evaluación de los conocimientos relacionados con el VIH reafirma que en términos generales los entrevistados poseen información correcta sobre la infección y las formas de transmisión (Ministerio de Salud, 2018a).

**Figura 2. Porcentaje de uso de condón en al menos 75 % de las relaciones sexuales en los últimos 12 meses según sexo y edad reportado en la II Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva**



**Fuente:** Elaboración propia con datos de Ministerio de Salud (2016a).

Uno de los aspectos relevantes de estas encuestas nacionales es que no indagan con precisión las prácticas sexuales de HSH ni otras prácticas no exclusivamente heterosexuales. Antes bien, hay una inclinada orientación hacia las prácticas sexuales heterosexuales, lo cual no permite conocer las necesidades específicas de la población HSH.

No obstante, en el 2010 el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social lideraron el primer estudio diagnóstico de prevalencia de VIH y sífilis y comportamientos de riesgo de HSH en la GAM. Los hallazgos identificaron una alta prevalencia de las dos infecciones, en el caso de sífilis era de 13.7 % y en el VIH llegó a 10.9

%, que resalta por su enorme magnitud con respecto a la prevalencia de VIH-Sida nacional en hombres para ese momento, que se estimaba en 0.13 %.

Esta situación ya se había demostrado años atrás. El estudio TRaC<sup>7</sup> realizado en la GAM en 2012 abordó la consistencia en el uso de condón en diferentes grupos de HSH e identificó, tal como se ha venido señalando en otros segmentos de la población, un uso inconsistente de este dispositivo; no obstante, bajo la modalidad de seguimiento continuo de los resultados de las intervenciones, se determinó que los HSH que reciben asesoría, educación y atención psicológica centrada en el refuerzo de la autoestima presentan porcentajes de uso sistemático del condón más altos (Popular Services International, 2012).

Aun así, en línea con la perspectiva de la época, las recomendaciones giradas a las entidades vinculadas al VIH/SIDA se orientaron a facilitar los medios diagnósticos y elaborar campañas educativas por medios de comunicación para fomentar la prueba de VIH. Así mismo, para la población joven se proponían estrategias de educación sexual que pudieran traducirse en actitudes y prácticas preventivas. Lo cierto es que hasta entonces ningún país estaba promoviendo el uso sistemático de los tratamientos antirretrovirales como estrategia profiláctica.

En cuanto a las conductas de riesgo, se identificaron prácticas sexuales a temprana edad, mediadas por la violencia, el uso de drogas y la transacción económica. Sobre las prácticas y conocimientos para prevenir el VIH/SIDA se destaca nunca haber recibido charlas educativas en esa línea en el último año (75 %) y uso inconsistente del condón pese a reconocer la fácil disponibilidad del mismo en farmacias y centros de salud (Popular Services International, 2012).

Para dicho año (2012), como parte de los avances piloto en búsqueda de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio relacionado con el VIH, ya habían países en la región de América Latina y el Caribe ejecutando acciones concretas (ver tabla 5); sin embargo, también existían barreras importantes para la implementación, entre ellas, un desconocimiento elevado de la PrEP entre los actores, prejuicios hacia la PrEP y sobre su efecto en los indicadores asociados al VIH, déficits presupuestarios para la compra de TARV para

---

<sup>7</sup> Estudio en modalidad *Tracking Results Continuously*, apoyado por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo (USAID).

indicación como tratamiento crónico que podría magnificarse con la PrEP (ONUSIDA, 2017).

Un antecedente inmediato que se puede identificar en Costa Rica previo a la inclusión de la PrEP como parte de los servicios ofrecidos tanto en el sector público como privado tiene que ver con la actualización y elaboración de normativas integrales para proveer soluciones a esta epidemia. Así, en mayo de 2014 se publicó en el diario oficial La Gaceta el decreto N° 38374-S con el nombre de *Norma para la atención integral de personas con VIH/SIDA*, con el cual se asumió el deber de establecer los criterios para la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de las personas que viven con esta infección.

**Tabla 5. Situación de la PrEP en América Latina y el Caribe para 2017**

<b>País</b>	<b>Ámbito</b>	<b>Financiación</b>	<b>Tipo de intervención, estudio o programa</b>	<b>Situación al 2017</b>
<b>Bahamas</b>	Nacional	Ministerio de salud	Programa de distribución para parejas serodiscordantes y HSH en el sector público	Implementado
<b>Brasil Barbados</b>	Nacional	Ministerio de salud	Programa de distribución de PrEP a población de alto riesgo en el sector público	En planificación
<b>Brasil, Chile Guatemala Haití Jamaica México Paraguay Perú República Dominicana</b>	Localizado	Financiación por UNITAID, donantes internacionales y Ministerio de salud	Proyectos demostrativos	Para ejecutarse entre 2017 y 2018
<b>Ecuador Guatemala Paraguay República Dominicana</b>	Localizado	Financiado por el usuario	Iniciativa de organizaciones de la sociedad civil en centros comunitarios	En planificación en Ecuador Implementado en los otros.
<b>Argentina Barbados Chile Perú</b>	Localizado	Financiado por el usuario	Consulta de médicos privados	Implementado
<b>COSTA RICA Santa Lucía Suriname Granada Guatemala</b>	Nacional	Ministerio de salud	Provisión solo para parejas serodiscordantes	Implementado

**Fuente:** ONUSIDA (2017)

Aunque la norma lista estrategias de prevención, en ninguna ocasión se menciona el uso de los antirretrovirales como una estrategia de prevención primaria; antes bien, se los considera tratamientos de prevención secundaria. La finalidad de los preparados farmacológicos, en ese sentido, es prevenir el avance de la infección y no los nuevos contagios. Este avance es relevante, aunque insuficiente, porque Costa Rica estaba presentando un incremento mayor al 10 % en su tendencia de nuevas infecciones entre 2010 y 2016; esta situación era compartida con otros países como Chile, Cuba, Guatemala, Guayana, Honduras y Surinam (ONUSIDA, 2017).

*La Norma nacional para la atención en salud libre de estigma y discriminación a personas lesbianas, gais, bisexuales, trans, intersex (LGBTI) y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH)* del Ministerio de salud, publicada en 2016, reconocía sobre esto que dicha población, catalogada como *vulnerable*, experimentaba prejuicios por parte de proveedores de servicios de salud, lo cual puede conllevar a una reducción en sus conocimientos o del impacto positivo que pueda tener la información que reciben (Ministerio de Salud, 2016b).

De igual manera, se explica en la norma, antes de 2015 persistían barreras de aseguramiento que estaban afectando en mayor medida a los grupos de poblaciones móviles o en condición migratoria irregular. Dado que Costa Rica es un país receptor de migrantes, la falta de mecanismos para abordar la transmisión de ITS entre los grupos mencionados podría contribuir en mayor o menor medida en el incremento documentado. Los efectos del estigma en las actitudes hacia la búsqueda de asistencia sanitaria, si bien se mencionaron anteriormente, serán retomados oportunamente en este documento.

### **Implementación de la PrEP en Costa Rica**

Como se mencionó anteriormente, la Estrategia de Prevención Combinada fue incluida por primera vez como parte de la política sanitaria de VIH/Sida en el PEN 2016 – 2021. No obstante, en dicha ocasión el instrumento político no reflejaba una noción afín a los objetivos de dicha estrategia. Parecía, más bien, que las autoridades habían asumido que bastaba con aplicar pruebas diagnósticas, tamizar a los grupos de interés y facilitar el acceso a los condones para impactar en los indicadores de VIH. Una comprensión de las

implicaciones de la prevención<sup>8</sup> del VIH permite señalar que las acciones planteadas estaban destinadas a identificar a las personas ya infectadas y en menor medida evitar el contagio.

Al respecto, este instrumento retomó los proyectos de promoción de dicha estrategia por parte de CONASIDA, Instituto Humanista para la Cooperación con los Países en Desarrollo (HIVOS) y el Mecanismo Coordinador de País. Sobre esto, el PEN se refiere al documento *Estrategia de prevención Combinada del VIH entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres trans en el Gran Área Metropolitana y Puntarenas*, publicado en 2018 como síntesis de un proyecto de dos etapas, con periodo de 2015 al 2018 en los que se implementaría el modelo de la estrategia de prevención combinada y, posteriormente, se dirigiría hacia la transición hacia sostenibilidad por medio de financiamiento doméstico entre 2018 y 2021.

De esta manera, entre 2015 y 2018 se implementó en el país la primera etapa del Proyecto VIH-CR con la subvención del Fondo Mundial bajo el título *Costa Rica: un modelo sostenible de prevención combinada y atención a la población de HSH y mujeres trans*, que tenía como objetivo contener la extensión de la epidemia en estos dos grupos, lo cual se planteó mediante tres metas (CONASIDA, 2018):

- Acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y cuidado del VIH por parte de las poblaciones de HSH y mujeres trans.
- Mejoramiento del entorno legal, social, y político para el ejercicio pleno de estas poblaciones y de otras personas LGBTI y PVVS.
- Contar con información estratégica en VIH necesaria para la definición de acciones y toma de decisiones.

---

<sup>8</sup> Según explica Vignolo et al. (2011), la OMS entiende por *prevención* a las medidas destinadas a prevenir la aparición de las enfermedades, reducir los factores de riesgo, detener el avance de la enfermedad y atenuar las consecuencias. Existen tres niveles de prevención: *primaria*, que se orienta a evitar la aparición de la enfermedad o el problema de salud por medio del control de los factores causales y condicionantes; son ejemplos el uso de condones para prevenir las ITS, donación de agujas a los usuarios de drogas intravenosas, la ejecución de programas educativos. La *secundaria*, corresponde a identificar individuos aparentemente sanos para diagnosticar de manera precoz las enfermedades y administrar el tratamiento correspondiente; un ejemplo es la realización de campañas de diagnóstico de ITS. La *terciaria*, que corresponde a la recuperación de la enfermedad clínicamente manifiesta; un ejemplo corresponde a la administración de TAR a los individuos con signos de deterioro secundario a VIH.

Como resultado, detalla CONASIDA (2018), en 2016 se publicaron dos manuales de implementación de acciones de prevención combinada<sup>9</sup> que dotaban a los HSH y las mujeres trans de herramientas para la promoción, educación y consejería para el cambio de comportamientos en relación con la prevención del VIH; por otro lado, se incluyeron acciones de incidencia política para dirigir la transformación de las condiciones estructurales que han repercutido en la afectación del VIH sobre las comunidades LGBTIQ+.

En 2018 se inició la segunda etapa, también financiada por el Fondo Mundial, titulada *Costa Rica: transitando hacia la sostenibilidad de la respuesta al VIH con financiamiento doméstico 2018-2021*. Como lo indica el nombre, el propósito de esta fase consistía en trasladar la responsabilidad económica al país para que de forma paulatina fuera asimilando la prevención combinada como una de las actividades del sistema de salud. En este sentido, señala CONASIDA (2018), se frenó el financiamiento privado para la compra de condones e inversión en campañas de prevención de VIH a partir de 2018 y se fomentó a las Organizaciones de la Sociedad Civil a trabajar en asociación con la Caja y el Ministerio de salud para cubrir los costos y suplir los insumos necesarios para mantener las campañas.

Durante esta fase son seis las áreas de acción para el apoyo en la transición hacia el financiamiento doméstico (Mecanismo Coordinar de País, 2018). Sobre las áreas de *Sociedad civil sostenible y vinculada al Estado e Incremento del financiamiento doméstico para la respuesta sostenible al VIH*, se reconoce que las OSC han tenido una limitada capacidad de vinculación con el Estado, lo que debilita la sostenibilidad de las intervenciones, que quedan a merced de las variaciones políticas de cada periodo presidencial. Así mismo, como lo señala Chaves (2022), se reconoce la ineffectividad de los mecanismos de monitoreo de resultados y de auditoría de las acciones de dichas organizaciones, lo que debilita la capacidad de evaluar la idoneidad y efectividad de las acciones.

En el área de la *Transición de acciones y mecanismos para la sostenibilidad de un mejor entorno legal, social y político*, se señala como reto las barreras estructurales para la implementación de los derechos humanos en las intervenciones sociosanitarias, lo que crea

---

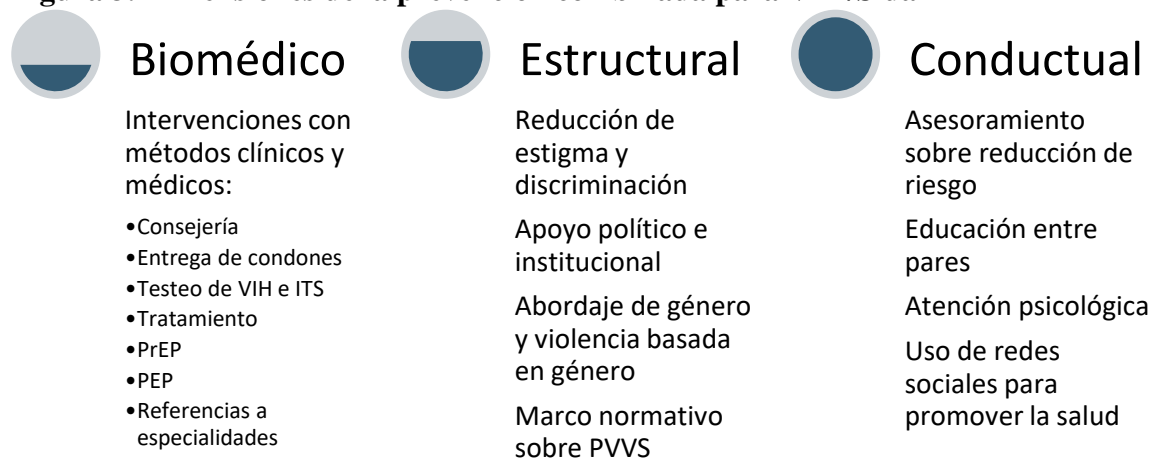
<sup>9</sup> El documento no señala los nombres de dichos manuales. Sin embargo, a partir del documento con que se presentó el plan piloto de la PrEP de la Caja se podría pensar que se trata del Manual de procedimientos para la Atención Integral en salud de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y las transfeminas y el Manual Guía para la orientación y consejería para la promoción de la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana y la prevención del VIH y las ITS.

contextos en los que son posibles distintas formas de violencia y discriminación, sobre todo en materia de género y diversidad sexual. En esta materia, una de las intervenciones propuestas es la sensibilización del personal sanitario de tal manera que se eliminen prácticas que pueden alejar a las poblaciones clave de los centros de atención.

La cuarta área es la *Transición del modelo de prevención combinada como parte de la cascada de VIH para HSH y mujeres Trans*. Al respecto, en esta fase se propone implementar intervenciones conductuales para HSH y apoyar con la gestión de información que permita a instituciones como la Caja contar con datos para la gestión de la oferta de PrEP como medicamento incluido en la lista oficial de medicamentos.

Es en este contexto inmediato que se puso en marcha el Programa PrEP en el marco de la implementación de la estrategia de prevención combinada desde la perspectiva de la misma promovida por ONUSIDA, según la cual se la entiende como aquella basada en tres pilares: derechos humanos, evidencia más actualizada y orientada por la comunidad; además de ejecutarse por medio de la combinación de intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales (CONASIDA, 2018).

**Figura 3. Dimensiones de la prevención combinada para VIH/Sida**



**Fuente:** Lineamientos técnicos para la Profilaxis Preexposición al VIH (PrEP) de El Salvador (Ministerio de Salud, 2021a)

Siguiendo lo anteriormente señalado con respecto al financiamiento de las intervenciones conviene señalar que a diferencia de la asignación de presupuesto a actividades como la promoción del uso de condones, el testeo diagnóstico, la educación en

salud sexual y reproductiva, la PrEP no tiene asignación de fondos en el periodo de 2021 a 2026 (Ministerio de Salud, 2021b).

En lo referente a la implementación del programa PrEP, el Ministerio de salud (2018) señala que para el caso del país la Estrategia de Prevención Combinada tiene como público meta a los HSH, las mujeres trans y las parejas serodiscordantes, a la vez que acelera los esfuerzos para reducir las brechas en el primer pilar de la cascada de atención del VIH (90 % de las PVVS conocen su estatus serológico). De tal manera, se desarrolló el *Lineamiento General para la profilaxis pre-exposición al VIH en Costa Rica* con el objetivo de incluir en dicha estrategia el uso de fármacos profilácticos.

Según dicho lineamiento, se entiende prevención combinada

al conjunto de programas comunitarios fundamentados en los derechos y la evidencia que promueve una combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales, diseñadas con el propósito de satisfacer las necesidades de prevención de la infección por el VIH de personas y comunidades específicas. (Ministerio de Salud, 2018b, p. 7)

El cumplimiento de los tres tipos de intervenciones corresponde a un enfoque de salud pública que reconoce la salud como un fenómeno biopsicosocial complejo que posee una determinación social (ver figura 3). Esto permite distinguir a la PrEP de la preparación farmacológica administrada como parte de la estrategia, y las condiciones biológicas, culturales y estructurales que afectan las conductas, percepciones, creencias y prácticas de las personas de interés, que para Costa Rica siguen las recomendaciones de la OMS (ONUSIDA, 2010):

- Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)
- Mujeres trans
- Parejas serodiscordantes
- Población con incidencia de VIH mayor a 3/100 personas-año.

**Tabla 6. Indicadores de seguimiento del Lineamiento de PrEP del Ministerio de Salud**

<b>Indicador</b>	<b>Definición</b>	<b>Fórmula</b>
<b>Aceptabilidad en grupos HSH y mujeres trans</b>	Porcentaje de personas que recibieron PrEP en los últimos 12 meses en grupos HSH y Mujeres trans	Número de personas con PrEP en los últimos 12 meses / Total de personas elegibles según HSH y Mujeres trans en los últimos 12 meses.
<b>Continuidad</b>	Porcentaje de usuarios de la PrEP que continuaron tomando la PrEP oral durante tres meses consecutivos después de iniciada la PrEP oral, en los últimos 12 meses de estudio	Número de personas que continuaron tomando la PrEP durante tres meses consecutivos después de iniciada la PrEP oral, en los últimos 12 meses / Número de personas que iniciaron la PrEP oral en los últimos 12 meses
<b>Efectos adversos asociados con la TAR</b>	Porcentaje de personas que recibieron la PrEP oral y la descontinuaron o la interrumpieron debido a efectos adversos asociados a los ARV en los últimos 12 meses <sup>10</sup>	Número de personas que recibieron la PrEP oral y la descontinuaron o la interrumpieron debido a efectos adversos asociados a los ARV en los últimos 12 meses / Número de personas que recibieron la PrEP oral en los últimos 12 meses.
<b>Seroconversión</b>	Porcentaje de personas que recibieron PrEP oral y que presentaron un resultado positivo por VIH durante los últimos 12 meses	Número de personas que recibieron PrEP oral y que presentaron un resultado positivo en la prueba de VIH en los últimos 12 meses / Número de personas que recibieron la PrEP oral por lo menos una vez en los últimos 12 meses
<b>Discontinuidad de PrEP por comorbilidad</b>	Porcentaje de personas que recibieron la PrEP oral y la descontinuaron o la interrumpieron debido a comorbilidad, tal como fallo renal o HB, en los últimos 12 meses	Número de personas que recibieron la PrEP oral y la descontinuaron o la interrumpieron debido a comorbilidad en los últimos 12 meses / Número de personas que recibieron la PrEP oral en los últimos 12 meses.
<b>Discontinuidad de la PrEP por ausentismo</b>	Porcentaje de personas que recibieron la PrEP oral y la descontinuaron por ausentismo, en los últimos 12 meses	Número de personas que recibieron la PrEP oral y la descontinuaron por ausentismo en los últimos 12 meses / Número de personas que recibieron la PrEP oral en los últimos 12 meses

**Fuente:** Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud (2018b).

El lineamiento está dirigido a establecimientos públicos y privados y es de acatamiento obligatorio para ofrecer PrEP. El documento lista las condiciones mínimas para ofrecer este servicio (Ministerio de Salud, 2018b):

<sup>10</sup> El Lineamiento indica que se toman en cuenta solamente los efectos adversos reportados al Ministerio de Salud.

- Personal médico entrenado en manejo de VIH/ITS y prevención.
- Otro personal de salud que pueda ofrecer conserjería, cubriendo temas como la adherencia a PrEP, efectos adversos y la reducción de riesgo para VIH e ITS.
- Acceso a laboratorio con capacidad instaladas para toma de muestras, procesamiento y emisión de resultados de pruebas rápidas de VIH, diagnóstico de otras ITS y medición de creatinina sérica.
- Acceso a farmacia que garantice la existencia de medicamentos PrEP para la adecuada y oportuna dispensación de la receta.
- Proveedores de salud, en general, con entrenamiento y experiencia para trabajar con población clave y otras poblaciones en riesgo de infección por VIH.

Según recoge el lineamiento, la PrEP es un uso sistematizado de medicamentos para el tratamiento del VIH utilizado como medida preventiva. Es notable el enfoque biomédico del lineamiento y esto es evidente al distinguir la diferencia entre la prevención combinada y la PrEP. De tal manera, es necesario contextualizar el proceso que debe realizarse antes de prescribir la PrEP.

La oferta de PrEP sigue un proceso de valoración interdisciplinario que inicia con un proceso de captación con dos citas médicas de valoración en las que se identifica a un posible beneficiario a quien se le brinda educación e información sobre la PrEP y se le realizan exámenes de laboratorio que son interpretados en la segunda visita. En esta segunda cita se define si la persona usuaria es elegible para la terapia. Posteriormente hay procesos de seguimiento protocolizados que requieren el aval del Ministerio de salud. Se realiza un seguimiento trimestral en el que se evalúa y analiza la experiencia de la persona usuaria según el esquema que utiliza, se realizan prueba de VIH, creatinina e ITS, se abordan efectos secundarios, se evalúa la adherencia al tratamiento y se identifican los factores determinantes de esta, y se evalúa la continuación de la PrEP (Ministerio de Salud, 2018b).

El Lineamiento identifica los indicadores de seguimiento con el fin de evaluar la aceptación, continuidad y seguridad (ver tabla 6). Dichos indicadores son los que considera el Plan Piloto implementado en el sistema nacional de salud.

A partir de este lineamiento, la Caja Costarricense del Seguro Social publicó en 2021 el manual de instrucción de trabajo titulado *Atención integral para la prescripción de profilaxis pre-exposición por VIH en la población expuesta a mayor riesgo por la infección del VIH*, que contiene los aspectos relacionados con la implementación de la prescripción de profilaxis para VIH. Al respecto, en cuanto a la responsabilidad de la ejecución se identifican los siguientes roles:

- **Conducción y asesoría:** Le corresponde al Nivel Central por parte de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud (DDSS) y la Dirección de Farmacoepidemiología.
- **Supervisión:** A nivel regional por los profesionales enlace VIH de las Direcciones Integradas de Prestación de Servicios de Salud respectivas.
- **Operacionalización:** A nivel local mediante los Equipos locales de las Áreas de Salud donde se implementa el plan piloto.
- **Asesoría:** Especialistas de la Comisión clínica intrahospitalaria del VIH y la Dirección de Farmacoepidemiología.

En cuanto a las consideraciones de elegibilidad, se definieron criterios de inclusión y exclusión para la población beneficiaria, los cuales estaban relacionados con los aspectos administrativos y sanitarios (ver tabla 7); los primeros se refieren al cumplimiento de los requisitos del sistema de seguridad social costarricense; mientras que los segundos tiene que ver con las contraindicaciones para la toma del medicamento (CCSS, 2021).

En el plan de trabajo la descripción de actividades muestra que los dos equipos con mayor participación son el personal médico y farmacéutico, seguido del personal de registros médicos (lo cual tiene que ver con la verificación de requisitos, la gestión de las citas y el registro de asistencias) y laboratorio. Quedan notoriamente simplificadas las actividades de enfermería y trabajo social, las cuales están dedicadas a la consejería en atención psicosocial, la reducción de riesgos y el refuerzo de la adherencia al tratamiento.

A diferencia de lo que ocurre con esas profesiones, la actividad médica es explicada en detalle representando las actividades correspondientes. Al respecto, el plan de trabajo indica (CCSS, 2021):

- **Primera visita:** Incluye el agendamiento de laboratorios, la entrega de recetas para condones, la entrega de información y material educativo sobre la PrEP. En este primer acercamiento se firma un consentimiento informado aceptando los procedimientos normativos y las indicaciones clínicas para recibir la PrEP.
- **Segunda visita:** Debe ocurrir entre 1 y 2 semanas después de la primera visita; en esta ocasión se evalúan los resultados de los laboratorios y en caso necesario se prescribe tratamiento para las ITS detectadas. Se evalúa la elegibilidad y se prescribe la PrEP para un mes. Se indica la prueba de VIH de seguimiento. En caso de que la persona no sea elegible para el profiláctico, se le mantiene seguimiento con VICITS.
- **Tercera visita:** Ocurre un mes después de la segunda visita; en esta ocasión se prescribe PrEP y se da consejería sobre la adherencia. También se entrega material educativo y recetas para preservativos. Se refiere a la persona a los servicios de trabajo social y psicología en caso necesario. La PrEP puede suspenderse en caso de que se presenten efectos adversos o no se retiren los ARV.
- **Cita subsecuente:** Se programan citas de seguimiento cada tres meses; para ellas se programan laboratorios de VIH y de prueba de función renal. En caso de alteraciones o seroconversión se suspende el tratamiento.

En cuanto a las actividades del personal de farmacia se indica:

- **Gestionar el suministro de medicamentos:** Coordinar el suministro de la PrEP según la prescripción.
- **Prestación de servicios farmacéuticos clínicos:** Cuando se prescribe la PrEP por primera vez (segunda o tercera visita) se refiere a la persona al Programa de Atención Farmacéutica, el cual se encarga de dispensar el tratamiento, educar en salud (consejería farmacéutica), y dar seguimiento sobre adherencia por medio de la Consulta de Atención Farmacéutica; esto con la finalidad de determinar el correcto uso de los medicamentos.
- **Asesorar sobre la PrEP**

- **Contribuir al uso regular del tratamiento.**

**Tabla 7. Criterios de inclusión y exclusión del Plan Piloto de PrEP de la Caja**

<b>Criterio</b>	<b>Inclusión</b>	<b>Exclusión</b>
<b>Administrativo</b>	Asegurado de la Caja Al día con las obligaciones de asegurado Tener 18 años cumplidos o más Contar con documento de identidad vigente y en buen estado.	No asegurados No aplica la DM-037-S <sup>11</sup> Persona extranjera en condición no regularizada Moroso con la Caja Sin documentos de identidad Antecedentes de pérdida de citas sin cancelación previa a REDES
<b>Sanitarios</b>	Pertenecer al grupo de población clave y expuesta a mayor riesgo con edad de 18 años o más No presentar antecedentes de morbilidad contraindicada para la PrEP.	Conocido con VIH Antecedentes de prueba rápida reactiva Antecedentes de riesgo o daño renal. Historial de fracturas patológicas Estar en control por hepatitis B o C Haber consultado por signos y síntomas vinculados a fase aguda de VIH

**Fuente:** Modificado de CCSS (2021).

En cuanto a la estructura organizativa, el plan reconoce dos instancias participantes en la captación de usuarios: la Caja y las ONG. Sobre la primera, se plantea que los beneficiarios son captados tanto por medio de las referencias hechas por las ONG, como por demanda espontánea, por referencia hecha por otro establecimiento o por las clínicas de VIH (idealmente para captación del miembro seronegativo de la pareja serodiscordante). Las ONG, por otro lado, captan a los potenciales usuarios a través de las actividades sociales y comunitarias, donde se espera que la información genere interés en solicitar referencias para usar los servicios de la Caja.

Así, la Caja inició el plan piloto para la entrega de medicamentos profilácticos para VIH el 12 de julio de 2021. Entre julio y setiembre ya estaban usando la PrEP 383 personas, 338 se habían acogido al esquema de uso diario, mientras 45 personas usaban el esquema de

<sup>11</sup> Directriz emitida por el Ministerio de Salud en 2015 en la que se instruye a las instituciones centralizadas y descentralizadas a mantener la atención sanitaria a las personas con ITS que han sido cesadas de su trabajo y no tienen capacidad contributiva para seguir cotizando al Seguro de Salud.

PrEP por evento (más conocido como 2-1-1). Dos Áreas de Salud próximas dentro de la GAM fueron elegidas proveedoras de PrEP<sup>12</sup>: Mata Redonda-Hospital y Carmen-Montes de Oca; las clínicas Moreno Cañas y Central fueron, respectivamente, los sitios adonde podían acudir personas interesadas, aunque estuvieran adscritas a otras áreas de salud, que pertenecían al *grupo de riesgo* determinado por la institución, sean HSH, mujeres trans y miembros seronegativos de parejas serodiscordantes (Condega, 2022). En la propuesta inicial se contempló incluir las áreas de salud de Heredia-Cubujuquí, Alajuela Norte, entre otras, en caso de ser necesario.

La Caja se planteó, según explica Condega (2022), analizar los datos recopilados para elaborar la normativa de estandarización de los procedimientos técnicos y operativos para la puesta en marcha de la PrEP a escala nacional y de forma ininterrumpida. Para inicios de 2024, se estima que alrededor de dos mil personas son usuarias de PrEP mientras la disponibilidad del medicamento está asegurada hasta agosto de 2024, pese a haberse extendido a otras áreas de salud como Marcial Rodríguez, Heredia-Cubujuquí y Heredia-Virilla (Condega, 2022; Cordero, 2022).

### **C. Justificación**

Según datos del Ministerio de Salud (2010) la epidemia del VIH en Costa Rica se ha caracterizado por ser concentrada, con la mayor proporción de PVVS en el grupo de hombres con edades entre 25 y 49 años, habitantes del Gran Área Metropolitana. Estos rasgos epidemiológicos, lejos de modificarse, se han sostenido en el tiempo pese a la implementación de múltiples intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales ejecutadas en la última década.

Así lo señalan instituciones como ONUSIDA (2022) y el Ministerio de Salud (2020), cuyos reportes dan cuenta de la tendencia histórica de desproporción en la prevalencia de VIH en hombres en comparación con la estimada en mujeres. Para 2022, según datos de ONUSIDA, se estimó que en el país habían entre 12 000 y 16 000 hombres mayores de 15 años viviendo con el virus, esto es aproximadamente 2.45 veces más que el promedio

---

<sup>12</sup> De acuerdo con la Estrategia de Prevención de la Infección por VIH y sífilis en el Marco del Plan Estratégico Institucional de la Caja de 2021, San José es el cantón nacional con mayor incidencia de VIH, por ende las medidas de prevención preexposición contribuirían a reducir este indicador.

reportado en 2010, lo cual contrasta con el crecimiento de *apenas* 1.04 veces estimado en el grupo de mujeres de la misma edad en el mismo periodo (Ministerio de Salud, 2010).

La carga que ha tenido el VIH/Sida en el grupo de los hombres ha sido ampliamente documentado a escala global desde inicios de la epidemia en los años ochenta, lo cual ha permitido que desde diversos enfoques – biomédicos, sociales, de salud pública – se establezcan relaciones entre los comportamientos sexuales y de género de los hombres y el patrón de distribución del VIH (Estrada, 2014; Krieger y Margo, 2020; Solar, 2010). Al respecto, se ha señalado que los aspectos contextuales que intervienen en la construcción identitaria de la masculinidad promueven conductas que aumentan el riesgo a infectarse del virus, entre ellas, la práctica del sexo sin condón (ya sea oral, anal o vaginal) o el sexo casual o con personas desconocidas, el uso de drogas y alcohol durante los encuentros sexuales.

Al respecto, según señala Brubaker (2007), el patrón tradicional de masculinidad, al que Connell llama *masculinidad hegemónica* (Connell, 2005), promueve que los varones interactúen con los otros a partir de la rudeza, la fuerza, la propiciación de encuentros sexuales, la toma de riesgos, la orientación a la aventura y el desprecio de los riesgos físicos y mentales que esto pueda generar. En este sentido, continúa Brubaker, el ideal de la masculinidad tradicional conlleva en mayor o menor medida la alteración sobre la percepción del riesgo de las conductas y creencias potencialmente dañinas.

No obstante, este tipo de creencias y prácticas también están presente en los hombres homosexuales y quienes tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH). Según los estudios, en comparación con los varones heterosexuales, estos dos grupos presentan tasas de prevalencia e incidencia de VIH mayores (COMISCA, 2021; Montess, 2021; Morell et al., 2014). Sobre esto, Llamas (1994) señala que el rechazo hacia las relaciones entre homosexuales favoreció la circulación del virus debido a que la sanción del homoerotismo condicionó los encuentros sexuales entre varones para que se dieran en la clandestinidad, el riesgo y la sanción. Núñez (2012) señala que esta situación afectó a los hombres que tienen sexo con hombres, quienes temiendo ser descubiertos, cuestionados o tratados como homosexuales, han tendido a que sus encuentros sexuales sean fugaces, mediados por drogas para suprimir la culpa y las inseguridades psicológicas, lo cual reduce la capacidad de gestionar el riesgo y tener una percepción realista de la exposición al virus.

En este sentido, Núñez (2012) se refiere a que la intersección entre HSH y VIH fue pobremente comprendida e intervenida por la salud pública en años tan tempranos en el desarrollo de la epidemia como la década de los noventa. Al respecto, señala, se tomó al sexo entre hombres como una *mera* práctica sexual, por tanto, la utilidad de esta categoría fue la de ofrecer una variable para la presentación de datos estadísticos, lo cual impidió analizar de qué manera la construcción de la identidad y los contextos social, cultural e histórico afectan las vivencias de la sexualidad entre los hombres.

Este abordaje, si bien obedece a la intención de diseñar intervenciones específicas a las necesidades de los distintos grupos tipificados como *de riesgo*, llevan implícita una categorización social: los hombres heterosexuales no tienen relación alguna con otras identidades masculinas; se tratarían de expresiones, identidades, grupos sociales separados con factores distintos actuando sobre su salud. Para Núñez (2012) todos los hombres son potenciales HSH; por tanto, las intervenciones de salud públicas diseñadas para enfrentar el problema del VIH/Sida deben escapar a categorías inútiles o poco comprendidas. Antes bien, señala, las prácticas relacionadas con el homoerotismo constituyen elementos intrínsecos de la construcción de la masculinidad; así las cosas, la prevención del VIH debe considerar un abordaje que evite perpetuar una visión patriarcal de la masculinidad y la homosexualidad.

Costa Rica no ha estado exenta a esta realidad. En el año 2017 el Ministerio de salud publicó un estudio cuyo nombre llevaba implícito el propósito de conocer la cantidad de HSH; el estudio, llamado “*Encuesta de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS y estimación del tamaño de poblaciones clave*” determinó que en la GAM habitaban entre 8400 y 12750 HSH; mientras que Estrada (2014) señaló que para América Latina se calculaban porcentajes de HSH que iban de 6 % a 20 % en cada país.

Al respecto, señala Estrada (2014, p. 48), aunque no existe un método exacto y estandarizado que guíe el proceso de estimación de poblaciones vulnerables al VIH (...) la estimación de tamaños poblaciones tiene como fin último alertar a los diseñadores de políticas públicas acerca de la existencia y la magnitud de los grupos. Es evidente un error en las palabras del autor; pues en principio todas las personas – todos los grupos poblacionales – son vulnerables al VIH. Por tanto, la toma de decisiones, si bien contempla una orientación de recursos hacia las necesidades más prioritarias, no puede descuidar a ningún grupo bajo el pretexto de que *no es vulnerable*, o su vulnerabilidad es muy baja. Cabe

recordar que al menos hasta ahora la infección con el VIH no tiene cura y, por tanto, la prevención no puede excluir a las mujeres heterosexuales o a las personas menores de edad.

Conviene recordar, en este sentido, los hallazgos de las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva realizadas entre 2010 y 2020, que detectaron uso inconsistente del condón entre matrimonios heterosexuales con base en la confianza y el supuesto de fidelidad (Ministerio de Salud, 2016a). En esta línea, autores como Núñez (2012) y Connell y Pearse (2018) se refieren a que en determinados contextos los hombres heterosexuales mantienen algún tipo de práctica sexual con otros hombres de forma esporádica o continua sin que por ello se identifiquen como homosexuales o procuren pertenecer a los colectivos LGBTIQ+.

Reconocer esto como un hecho es fundamental para diseñar intervenciones preventivas de VIH que puedan beneficiar a todos los grupos sociales directa o indirectamente. Núñez (2012, p. 675) afirma en este orden que si, por otro lado, las campañas de prevención del Sida partieran de que “todos podríamos ser HSH”, y sean dirigidas a todos los hombres, entonces podríamos superar la afirmación patriarcal de que los comportamientos homoeróticos están limitados solo a los “grupos minoritarios”.

El recorrido histórico hecho anteriormente sobre el desarrollo y la implementación de políticas de VIH/Sida en el país revela la importancia de recurrir a enfoques novedosos para abordar las necesidades de la población en general con tal de prevenir el VIH y otras ITS, y detener el deterioro de los indicadores cuantitativos de la epidemia (prevalencia e incidencia, por mencionar algunos). Ha quedado ampliamente detallado el fracaso de las estrategias y los objetivos de los diferentes Planes Estratégicos Nacionales liderados por CONASIDA y el Ministerio de Salud.

Aun así, siguen presentándose informes y documentos que permiten cuestionar la capacidad de las instituciones para generar ese cambio. Oportunamente se señaló que el informe de gastos en VIH y Sida de 2020 no contemplaba una partida presupuestaria para la prescripción de PrEP (Ministerio de Salud, 2020), la cual no solo ha sido promovida por ONUSIDA durante los últimos 15 años (ONUSIDA, 2010), sino que ha demostrado una significativa efectividad para prevenir la seroconversión en diferentes poblaciones en todo el mundo (Doyle et al., 2021; Kelley et al., 2015; Konda et al., 2022, 2022; Pinto et al., 2018).

El informe de gastos en VIH y Sida de 2022 no expone un panorama más alentador. Según dicho documento, la mayor inversión sigue siendo destinada a diagnóstico para

mujeres embarazadas y detección en bancos de sangre, con 54.3 % y 39.8 % de los costos por pruebas de detección de VIH (CONASIDA, 2022), lo cual debe llamar la atención sobre los factores que determinan la desatención de las necesidades en prevención de los hombres, ya sean homosexuales, heterosexuales o HSH.

En lo respectivo a las intervenciones preventivas el documento presenta el siguiente desglose: 74.39 % en *cinco pilares de la prevención* y 25.61 % en *otras actividades preventivas*. Algunos de estos pilares corresponden a venta de preservativos (75.4 %), actividades programáticas para grupos clave (11.7 %), comunicación para el cambio de comportamiento en HSH (4.73 %). El documento reconoce que solo el 7.51 % del gasto en ese año se destinó a la prevención, lo cual demuestra que la política sanitaria del VIH/Sida está orientada al tratamiento y la atención de las personas que ya viven con el virus; es decir, a la prevención secundaria y terciaria; en detrimento de la prevención primaria.

Así las cosas, el abordaje dado a la epidemia en el país, aun en tiempos recientes, en los que se ha apostado al menos en lo discursivo a adoptar la Estrategia de Prevención Combinada, es eminentemente biomédico, lo que significa que se han dejado de lado las intervenciones conductuales y estructurales que son fundamentales para alcanzar resultados satisfactorios en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Al respecto, la Estrategia de Prevención Combinada se refiere a la combinación de programas preventivos basados en evidencia, culturalmente aceptables y de apropiación colectiva que mezclan intervenciones *biomédicas* como la prescripción de la PrEP, la entrega de condones y la oferta de servicios sanitarios para ITS; *conductuales* como la consejería, educación sexual y afectiva; y *estructurales*, que pueden ser socio-culturales (como los programas de reducción de la estigmatización transmitidos por medios de comunicación o llevados a escuelas, lugares de trabajo entre otros), políticos, económicos y jurídicos (como formulación de alianzas público-privadas, capacitación a policías y otras autoridades), o de intervención del entorno físico (como la formulación de políticas de vivienda y desarrollo de infraestructura).

En este aspecto, según afirman López et al. (2023), sin la articulación de dichos frentes será imposible contener la epidemia del VIH/Sida y reducir la carga que está generando sobre los sistemas de salud; motivo por el cual, analizar la implementación de la PrEP como una intervención preventiva de salud pública necesariamente aporta información

sobre la sostenibilidad de la respuesta a este problema sanitario. Esto no ha sido ignorado por los analistas y es una preocupación emergente pues se cree que la distribución del fármaco conlleva una carga económica importante (López et al., 2023).

Costa Rica no es ajena a esta situación, el aspecto económico emergió reiteradamente como una preocupación de los usuarios de PrEP durante los años de prueba piloto del programa. En tales ocasiones las autoridades del Ministerio de Salud se vieron obligadas a aclarar las dudas de la población sobre este tema. Esto es relevante por cuanto la OMS propone que la Prevención Combinada sea asumida como un gasto del Estado durante la etapa de escalamiento a nivel nacional (Ministerio de Salud, 2020). En este aspecto, es necesario mencionar que el Lineamiento presentado por el Ministerio de Salud no incluye como indicadores del éxito del programa las experiencias de los participantes. Antes bien, se incluyen datos cuantitativos sobre la aceptabilidad, la continuidad, los efectos adversos, la seroconversión, la discontinuidad por comorbilidad y el ausentismo (Ministerio de Salud, 2021a).

Por otro lado, la implementación de un programa de esta naturaleza requiere también dar voz a los participantes y no solamente recurrir a los indicadores que de forma objetiva se han fijado para medir la efectividad del programa PrEP. Los aspectos cualitativos de la implementación de la PrEP están siendo analizados cada vez con mayor frecuencia en el mundo (Chakrapani et al., 2015). Se ha determinado que detrás de los indicadores cuantificables y objetivos hay percepciones, creencias y experiencias que intervienen en cómo se da el acercamiento de los grupos de interés a las intervenciones preventivas de VIH/Sida diseñadas y ofrecidas.

Por ejemplo, se ha determinado que la falta de difusión mediática reduce los conocimientos de los posibles beneficiarios (Kelley et al., 2015), que las experiencias de estigmatización y discriminación en los centros de salud inhiben a las personas LGBTIQ+ a acudir a los centros de salud (Krieger y Margo, 2020), que la adherencia es un fenómeno complejo que va más allá de la ingesta de medicamentos e involucra una gestión del autocuidado de carácter situada en la que intervienen las trayectorias históricas personales y colectivas (Eubanks et al., 2022), que las intervenciones como la PrEP son estigmatizantes y pueden generar rechazo por parte de la familia, la pareja y la persona usuaria (Calabrese et al., 2019).

Algunos autores han reconocido la necesidad de repensar el continuum de salud enfermedad en el marco de la prevención del VIH y la oferta de la PrEP y la implementación de la Estrategia de Prevención Combinada. Así, con la emergencia del cuidado de la PrEP se ha querido dar sitio al análisis de los factores que afectan positiva y negativamente a los indicadores objetivos que pretenden medir las organizaciones estatales y supranacionales (Kelley et al., 2015). A la fecha, estas aproximaciones no han sido abordadas en Costa Rica y por tanto se corre el riesgo de simplificar los resultados de la implementación del programa PrEP en el país.

Una aproximación a la prevención de VIH en HSH a través de las experiencias de los usuarios de PrEP en el país ofrece la oportunidad de generar conocimientos de relevancia para la salud pública que permitan orientar la toma de decisiones para transformar la tendencia histórica de esta epidemia. Pero se requiere un análisis centrado en la persona, que permita reconocer de qué manera se pueden mejorar las intervenciones para evitar los errores del pasado. Es decir, debe dirigirse a comprender qué factores están interviniendo en cada etapa del cuidado de la PrEP y, volviendo sobre los fundamentos de la Estrategia de Prevención Combinada, debe permitir que todas las poblaciones sean y se sientan parte de la prevención.

La investigación en el uso de las terapias antirretrovirales como regímenes de profilaxis pre-exposición ha dado paso un nuevo ámbito de estudio para la salud pública, sea el continuum del cuidado de la PrEP, que consiste en un análisis comprensivo de los factores que intervienen en la adopción de esta intervención biomédica y su integración con intervenciones conductuales y estructurales (Kelley et al., 2015). Al respecto, Blashill et al. (2020) señalan que si bien estudios ampliamente reconocidos han concluido que la PrEP puede reducir el riesgo de infectarse de VIH con una adecuada adherencia al régimen adoptado, múltiples factores contribuyen a limitar el acceso a estos medicamentos, tales como las barreras idiomáticas, el estigma social hacia las relaciones homosexuales, el estatus migratorio, el estrato socioeconómico de pertenencia, entre otros.

El uso de los antirretrovirales como terapias post y preexposición ha sido comprendido como un *enfoque preventivo estatus neutral* que procura el involucramiento de las personas vulnerables independientemente de su condición serológica, lo que hace que las personas que viven con y sin el VIH puedan ser abordadas efectivamente en la cascada

del cuidado, ya sea para su tratamiento como para la prevención; esto resulta particularmente importante en el contexto de la noción I-I (indetectable-intransmisible) y la *era del tratamiento como prevención* (Doyle et al., 2021; Myers et al., 2018).

Myers et al. (2018) desarrollan un modelo adaptado del *Modelo del Continuum del cuidado en PrEP* de Gardner et al. (2011) elaborado desde un enfoque estatus neutral que inicia con el testeo por VIH y que según los resultados sigue caminos divergentes destinados a la prevención primaria y al tratamiento; ambas vías contribuyen a reducir el riesgo de infección al VIH. En dicho modelo se procura que el involucramiento se mantenga; para el caso de las personas VIH negativas se mantienen la PrEP y se acompaña con testeo diagnóstico para valorar la necesidad de ofrecer los cuidados del tratamiento de la infección en caso de obtener un diagnóstico positivo en los seguimientos. en el caso de las personas seropositivas se sigue al pie de la letra del modelo de Garner et al. (2011) procurando una adherencia completa a la oferta de tratamientos para alcanzar el estatus de no detectable.

Tomando esto en consideración, Kelley et al. (2015) propusieron un modelo teórico para analizar el continuum del cuidado de la PrEP que distingue cuatro etapas hacia la adopción de la PrEP; sean el conocimiento y la voluntad por utilizarla, el acceso al cuidado, la oportunidad de recibir el tratamiento, y la adherencia y eficacia. Dichas etapas son afectadas por factores limitantes que merecen intervenciones para promover el paso hacia la siguiente etapa.

La propuesta de Kelley et al. (2015) ha permitido organizar algunos conocimientos diseminados del estudio de la implementación de la PrEP. Por ejemplo, los estudios de voluntad para usar el tratamiento (Chakrapani et al., 2022), los relacionados con las barreras de acceso a los sistemas de salud (Pinto et al., 2018), los que exploran los conocimientos y prejuicios de los equipos profesionales de la salud sobre las nuevas alternativas para prevenir el VIH y las personas LGBIQ+ (Konda et al., 2022), y los que analizan la adherencia como un fenómeno complejo más allá de la noción simplificada de esta como la mera toma de medicamentos y problematizan las dimensiones éticas del uso del uso de la TAR (Eubanks et al., 2022; Montess, 2021).

De igual manera, este paradigma ha permitido revisar marcos teóricos de aplicación frecuente en la salud pública para explicar la adopción de distintos comportamientos de salud. A partir de esto, ha sido posible replantear explicaciones sobre la adopción de prácticas de

prevención de VIH en un contexto en el que nuevos fenómenos como el *barebacking*, el *bugchasing* y el *giftgiving*<sup>13</sup>, divulgados ampliamente por medio de los sitios y aplicaciones de citas, la práctica del *cruising*, entre otros, están demandando intervenciones desde una perspectiva comprensiva y moderna que evite caer en discursos esencialistas y simplistas.

En este escenario, ha tomado fuerza el modelo ecosocial de Nancy Krieger, quien desarrolla una propuesta en el marco de la epidemiología social en la que procura integrar las condiciones biológicas y sociales desde el aporte de la ecología, a la cual considera necesaria para comprender la producción de la salud y distribución de la enfermedad en relación con el tiempo, el espacio, las estructuras de relaciones históricas y la interacción entre los organismos vivos y entre estos y el contexto (Krieger, 2021).

Para Krieger (2008) las experiencias de salud y enfermedad están profundamente arraigadas en el cuerpo y la interacción con el mundo; es decir, están *encarnadas*, de tal modo, ningún aspecto de nuestra biología puede ser entendida al margen de la historia y los modos individuales y sociales de vida. Así las cosas, la autora reflexiona sobre el peso de los procesos de producción, intercambio, consumo y reproducción que afectan la distribución de enfermedades, sin olvidar al VIH/Sida, al cual aborda en su libro *AIDS: The political of survivor* (Krieger y Margo, 2020). A partir de dichos presupuestos ha sido posible situar las prácticas, conductas y creencias sobre la salud como fenómenos traspasados por la historia individual y social, por los modelos de desarrollo social y por las demandas de los sistemas económicos en que se produce la salud-enfermedad.

Este fructífero campo de estudio para la salud pública ha dado sus frutos en la región latinoamericana, donde se ha aplicado el modelo ecosocial para analizar la adopción de la PrEP en países como Brasil y Perú (Konda et al., 2022). Sin embargo, permanecen sin ser aplicados en Costa Rica, lo cual implica un evidente rezago en la generación de nuevos conocimientos que permitan no solo orientar la toma de decisiones basadas en la mejor evidencia para una implementación adecuada de la Estrategia de Prevención Combinada, sino también la oportunidad de proponer nuevas preguntas que orienten futuras investigaciones en las que se dé voz a los colectivos que, si bien son de interés, pueden ser marginados en los procesos de diseño de intervenciones.

---

<sup>13</sup> Se refieren, respectivamente, al sexo anal sin condón, a la búsqueda de infectarse con el virus y la de infectar a otras personas.

Esta investigación propone reflexionar sobre los elementos abordados por los autores antes citados para explorar desde la voz de los usuarios HSH de PrEP cuáles han sido las experiencias vividas durante su participación en los programas. Esto permitirá indagar los conocimientos, las expectativas, las limitaciones, barreras y oportunidades de acceso, las características de las interacciones con los sistemas de salud y la gestión de su autocuidado como usuarios de PrEP.

Los resultados de esta investigación podrán ser adoptados por tomadores de decisiones. En este sentido, es importante señalar que el estudio se plantea formular propuestas para el diseño de intervenciones que aborden los factores que hayan afectado negativamente las experiencias de participación de los programas PrEP de los HSH.

El informe de investigación podrá ser utilizado para reflexionar en la formulación del Próximo Plan Estratégico Nacional y a modo de insumo para el análisis del plan piloto del programa desarrollado por la Caja entre 2021 y 2023. Esto por cuanto su enfoque cualitativo, centrado en los usuarios, podrá fortalecer el análisis de los indicadores objetivos incluidos en el Lineamiento del Ministerio de Salud.

Con todo, una de las utilidades más significativas del estudio es la de introducir al país una reflexión basada en la adopción de enfoques que han ganado terreno en el mundo y permanecen sin ser abordadas en el país; sean el Continuum del cuidado de la PrEP y el modelo ecosocial de Nancy Krieger para comprender cómo se re-produce la epidemia del VIH en un contexto en que las intervenciones parecen haber fracasado en abordar las relaciones entre los factores que determinan el comportamiento de las personas frente al VIH y los indicadores epidemiológicos de esta epidemia.

Ya en el país se cuenta con otros estudios académicos realizados sobre la PrEP, como es el de Rivera (2022), quien se interesó por el rol del médico de familia en la implementación de la PrEP en el país. Sin embargo, a diferencia de dicha ocasión, en la que se puso atención a las funciones profesionales de un miembro de los equipos de abordaje, en esta ocasión se quiere dar voz y protagonismo a los usuarios, a aquellas personas que experimentan situaciones de rechazo, de angustias, de incertidumbres y esperanzas frente a la posibilidad de usar un medicamento que podría prevenirles una infección incurable.

Esta investigación realiza un abordaje fenomenológico, el cual no suele estar presente en las investigaciones en salud, y tampoco en los estudios de salud pública, donde

predominan las preguntas predictivas que miden indicadores y aplican fórmulas complejas para describir una realidad objetiva. Antes bien, se presenta un estudio centrado en la reflexión subjetiva de las experiencias individuales. Judith Butler (2023), en su ensayo recientemente publicado con el título *¿Qué mundo es este? Fenomenología y pandemia* reflexionó sobre el efecto de la covid-19 sobre las interacciones humanas, sobre la vivencia del mundo, sobre las formas de estar en el mundo en contextos de riesgo, de sanitización, de regulación de la vida social y expuso preguntas de suma relevancia para la salud pública. Entre ellas, ¿qué clase de mundo es este en el que vivimos? ¿qué vidas valen la pena de ser vividas?, ¿por qué unas vidas pueden sacrificarse?...

Estas preguntas tienen la misma validez para la epidemia del VIH, la cual ha producido pérdidas incalculables en calidad y esperanza de vida. La introducción de la TAR significó hacia los noventa la posibilidad de vivir vidas vivibles, como lo advirtió Chaves (2022). En los últimos años la PrEP ha significado la posibilidad de gestionar la vida y el autocuidado, el riesgo y resignificar las relaciones interpersonales y afectivas. En este sentido, esta investigación pretende enriquecer la comprensión del significado de usar PrEP en la sociedad costarricense para comprender, desde las personas que han avanzado en el continuum del cuidado de la PrEP, qué factores positivos y negativos los han llevado a avanzar o las han forzado a retirarse y qué ha implicado para ellas la PrEP.

Así, se procura beneficiar a todas las personas que son vistas como grupos de interés, como posibles usuarios de PrEP. En un sentido más amplio, es una contribución hacia la población en general si se parte, con la afirmación de Núñez (2012), de que todos los hombres son potencialmente HSH. Así mismo, el beneficio no es exclusivo de los HSH, ni siquiera solamente de los varones; sino de toda la población, pues el estudio ofrece una oportunidad para implementar mejoras en la oferta de servicios de salud.

Finalmente, según lo que se ha señalado, esta investigación parte de que la implementación de la PrEP a una escala nacional requiere analizar las experiencias de las personas usuarias participantes del programa ya en las primeras etapas de este para implementar las mejoras necesarias. En este sentido, el estudio plantea un análisis de las experiencias situado en las percepciones sobre los factores que afectan negativa y positivamente a los HSH que usan PrEP en el país. A continuación, se expresa la pregunta de investigación y los objetivos del estudio.

**Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las experiencias de la implementación de la PrEP desde la perspectiva de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) participantes del programa PrEP en Costa Rica desde 2021 hasta 2024?

## **D. Objetivos**

### **1. Objetivo General**

Analizar la experiencia de implementación de la PrEP desde la perspectiva de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) participantes del programa PrEP en Costa Rica entre 2021 y 2024

### **2. Objetivos Específicos**

- Explorar las motivaciones y expectativas de los HSH que intervienen en la decisión de participar en el programa PrEP y la adherencia al tratamiento.
- Identificar las barreras y facilitadores del sistema de salud costarricense que intervienen en la participación de los HSH en el programa PrEP implementado en Costa Rica desde 2021.
- Discutir el impacto de la participación en el programa PrEP en las conductas sexuales, el bienestar emocional y las relaciones interpersonales.

## Capítulo II Marco teórico

*Centrado en las experiencias corporales de enfermedad y muerte, el significado de la historia del Sida toca íntimamente nuestras ideas sobre la sexualidad y las divisiones sociales, la responsabilidad social y la privacidad individual, el orden y la inestabilidad, y sobre todo, la salud y la perspectiva sobre la felicidad.*  
(Fee y Krieger, 1994)

### **Género y Determinantes Sociales de la Salud**

En 1948 la Organización Mundial de la Salud publicó la definición más ampliamente difundida y aceptada de salud, la cual se entiende como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Herrero, 2016).

Pese a su aceptación, se han realizado múltiples críticas a este concepto y su uso en documentos emitidos por organismos internacionales e instituciones dedicadas a la provisión de servicios de atención sanitaria a diferentes niveles (local, regional, o global). Al respecto, Cardona (1988) señaló hace tres décadas, tanto la pobreza técnica con la que se elaboró dicha definición, como su incapacidad para reconocer la forma en que los modos de producción inciden en cómo se define histórica y contextualmente qué es estar sano y qué es la enfermedad.

Para el autor, esta limitación tiene profundas implicaciones para la conceptualización y función de la salud pública; por lo tanto, reconoce la relevancia de situar ambas definiciones en sus momentos históricos. Esta tarea también ha sido abordada por la OMS, sobre todo a partir de la introducción del Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, que supuso un replanteamiento de la complejidad de factores que intervienen en la producción social de la salud.

El enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud se halla construido a partir de tres enfoques desarrollados de la mano de la epidemiología social; sean, los psicosociales, el de la producción social de la enfermedad/política económica de la salud, y la teoría eco-social (Solar, 2010). Si bien su propósito, explica el autor, es discernir los principios capaces de explicar las inequidades sociales en salud, tienen un posicionamiento distinto en cuanto a la forma en que las condiciones sociales y biológicas moldean la producción de la salud.

Los enfoques psicosociales, por un lado, que ponen énfasis en los factores psicosociales, plantean que la percepción y las experiencias derivadas del estatus social en sociedades desiguales generan estrés y mala salud (Solar, 2010). El principal exponente de esta escuela, agrega, es Cassel, quien consideró que el estrés del entorno social altera la susceptibilidad a las enfermedades a través del debilitamiento de las funciones neuroendocrinas.

Sobre esto, en Cassel (1976) analizó el efecto de las condiciones de hacinamiento en que vivían animales y humanos y señaló que, aun cuando se mantiene inalterada la dieta y el entorno físico, conduce a una alteración en la homeostasis endocrina, lo que impide a los individuos adaptarse a las nuevas condiciones. De tal manera, la acumulación del estrés frente a la incapacidad para adaptarse a él lleva a la enfermedad, así como la modificación de conductas, entre ellas el aumento de la agresividad y la desorganización social.

En este mismo sentido, algunos autores han planteado que la percepción de desventaja social de los grupos que viven condiciones de privación de bienes y servicios genera sentimientos de minusvalía que, posteriormente, se expresan físicamente como consecuencia acumulativa de estrés, la cual deteriora la función inmunitaria y el bienestar físico.

El enfoque de producción social de la enfermedad/ economía de la salud, reconoce particularmente a los determinantes económicos y políticos de la salud y enfermedad. Según explica Solar (2010), aunque los partidarios de este enfoque no niegan las consecuencias psicosociales negativas de la inequidad, argumentan que la interpretación debe partir de la revisión de las causas estructurales de la inequidad. Así, la acumulación de enfermedad en determinados grupos sociales resulta tanto de la carencia de recursos como del déficit de inversión para eliminar tales limitaciones.

Más recientemente se han desarrollado enfoques ecosociales como el de Nancy Krieger. Estos enfoques procuran integrar los factores sociales y biológicos en una perspectiva dinámica, histórica y ecológica que tome en cuenta los procesos multinivel que dan cuenta de los múltiples aspectos que interactúan en la producción social de la salud (Solar, 2010).

Al respecto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la producción de la salud como la activación de los procesos y acciones sociales que conducen al desarrollo de la salud individual y colectiva, sobre la base del esfuerzo positivo de toda la sociedad

(García et al., 2015, p. 661). En este sentido, el Ministerio de Salud (2011a) enfatiza en que a diferencia de lo que se creía anteriormente, los indicadores sanitarios son el resultado armónico o desarmónico de la sociedad en su conjunto, y no solo de las acciones ejecutadas por las instancias directamente relacionadas con la atención sanitaria.

En 1970, Mar Lalonde promovió un modelo explicativo de la producción social de la salud que ha sido ampliamente promovido desde entonces por la OMS, sea el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud. El modelo de DSS diferencia entre las *causas sociales de la salud* y los *factores sociales que determinan la distribución de tales causas*. Según explica Solar (2010), esta distinción se ve reflejada en el marco conceptual de los DSS (ver figura 4), en el cual se distinguen factores estructurales e intermedios en interacción que impactan en la equidad de la salud y el bienestar. En la parte izquierda del diagrama pueden verse los determinantes estructurales de las inequidades de salud que, son

todos aquellos mecanismos que generan la estratificación y la división social de clases y que definen la posición socioeconómica dentro de las jerarquías de poder, el prestigio y el acceso a los recursos. Estos determinantes estructurales tienen su base en las instituciones y los procesos clave de los contextos socioeconómicos y políticos. (Solar, 2010, p. 5)

Como se nota en el esquema, los determinantes estructurales son predominantemente políticos u obedecen a elementos culturales. En el primero de los aspectos tienen que ver con el ejercicio formal e institucionalizado del poder mediante normas, leyes, políticas, planes, proyectos; es decir, del conjunto de instrumentos con que cuentan los gobiernos y Estados para incidir en la vida de las personas. En el segundo de los casos son creencias, prácticas tradicionales no formalizadas que dictaminan la posición de las personas y los grupos en el entramado social.

El vínculo entre las creencias culturales y la formulación de políticas quedó ampliamente detallado en el primer apartado de este documento. En esa ocasión se expuso que la formulación de política pública para contener al VIH y el Sida permitió el avance de una agenda que criminalizó y sancionó moralmente a las personas portadoras del virus a tal

punto que en algunas ocasiones la propia política exacerbó las consecuencias de la infección convirtiéndola en una carga sobre el cuerpo, tanto biológico como social.

Los determinantes estructurales tienen efecto sobre los determinantes intermedios. Las categorías principales de estos determinantes son (Solar, 2010):

- **Circunstancias materiales:** incluye factores como la calidad de la vivienda y el vecindario, el potencial de consumo (la disposición de medios para adquirir insumos como alimentación, servicios, vestimenta, entre otros) y el entorno físico del lugar de trabajo.
- **Circunstancias psicosociales:** incluye las fuentes de estrés psicosocial, las circunstancias estresantes cotidianas, las relaciones interpersonales y sociales, el apoyo social y los mecanismos de afrontamiento.
- **Factores biológicos y conductuales:** incluye la nutrición, la actividad física, el consumo de tabaco, alcohol; los factores biológicos y genéticos. Tienen predominancia individual.

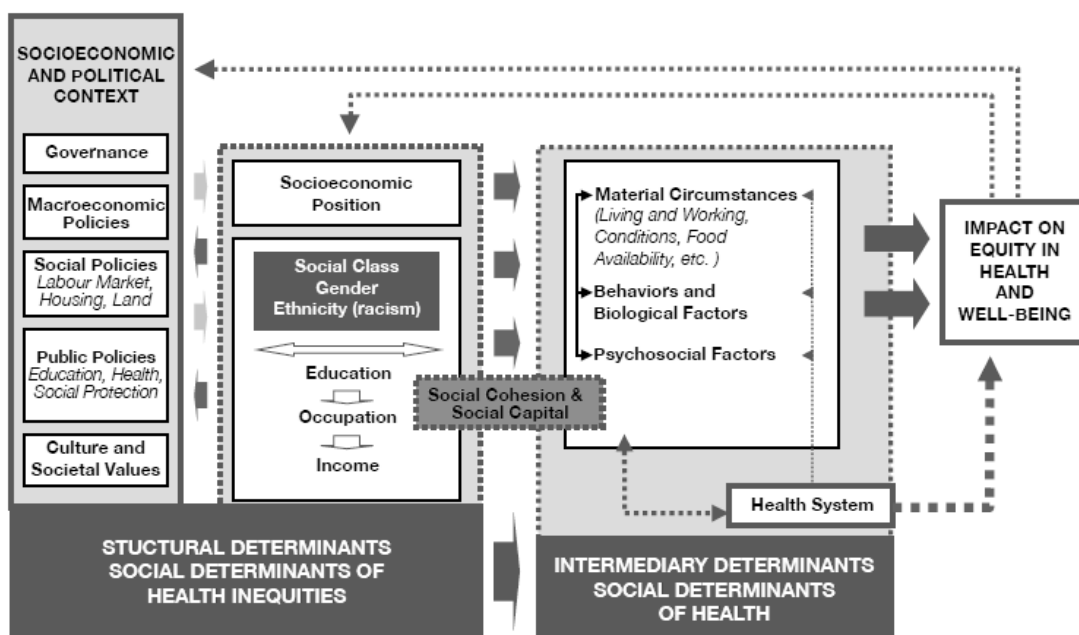
Desde la perspectiva de la OMS, el sistema de salud es en sí mismo un determinante intermedio relevante para comprender las inequidades pues debido a la oferta de servicios y las barreras de acceso varían los niveles de exposición y la vulnerabilidad a la exposición. La cohesión y el capital social, explica Solar (2010), ocupa una posición compartida entre las dos categorías de determinantes, lo cual depende de la perspectiva política desde la que se asume la función del Estado como formular de políticas sanitarias.

Según explica Solar (2010) el enfoque de Determinantes de la Salud (DSS) se distingue de otras aproximaciones teórico-analíticas por su énfasis en los factores estructurantes de las inequidades de la salud. En el modelo presentado se pueden distinguir dos clasificaciones de estos factores; por un lado, está el *contexto socioeconómico y político*; por otro lado, está la *posición socioeconómica*, tema que interesa en este apartado por incluir el concepto de género.

Al respecto, según explica Paniagua (2022), si bien se suele atribuir a Stoller la *creación* del concepto del género, ya Money y Ehrhardt habían abordado en los años cincuenta lo que consideraron una incongruencia entre los rasgos biológicos y la

autoidentificación como hombre o mujer en personas que en ese momento se conocían como hermafroditas. A partir de entonces, las reflexiones teóricas han convertido al género un concepto de compleja comprensión, pero de relevancia incuestionable al referirse a la producción social de la salud.

**Figura 4. Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud**



**Fuente.** Solar (2010)

A mediados de los años ochenta, Connell (1985) argumentó que la división social del trabajo, la subordinación de la mujer, el rechazo a la homosexualidad, la organización de la reproducción y la producción, entre otros, forman parte de una red a la que llamó *relaciones de género*, y que dichas relaciones no está limitada a estructurar lo roles sexuales definidos socialmente, ni tampoco se justifica como una expresión natural de cualidades intrínsecas de naturaleza biopsíquica poseídas diferencialmente por los hombres y las mujeres.

No obstante, señalan Connell y Pearse (2018), si los hombres están involucrados desproporcionadamente en conductas violentas es porque han sido preparados para ellas. De tal manera, el ejercicio de violencia se convierte en un recurso social utilizado para demostrar tanto los roles sociales como las cualidades psíquicas que se les atribuyen. Por otro lado, las mujeres son reclutadas en las actividades que palían las consecuencias de dicha violencia:

cuidado, apoyo emocional y social. A esta estructuración de las relaciones sociales entre masculinidad y feminidad las autoras la llaman *orden de género*.

El poder de este orden, según explica, es el de hacer pasar por natural configuraciones de pensamiento y conducta contingentes, socialmente construidas y dependientes de que sean perpetuadas a pesar de la transformación social. Para Connell y Pearse (2018), al reflexionar en dicho orden saltan a la luz problemas surgidos de la comprensión excesivamente biológica de lo masculino y femenino. De esta manera, proponen una definición relacional capaz de anular la concepción dicotómica sustentada en la diferencia de los cuerpos (biológico y social), pero que reconoce al mismo tiempo la centralidad que tiene el cuerpo en la noción del género. Al respecto presenta la siguiente definición:

El género es la estructura de relaciones sociales que pivota en la arena reproductiva, así como el conjunto de prácticas que consiguen situar las distinciones reproductivas entre los cuerpos en los procesos sociales [de tal modo que] el género se preocupa por la forma en que las sociedades humanas tratan los cuerpos humanos y su continuidad, así como por las múltiples consecuencias de ese “trato” en nuestras vidas personales y en nuestro destino colectivo. (Connell y Pearse, 2018, p. 60 comillas en la fuente)

Según explican las autoras, el uso de la palabra *reproductivo* puede ser engañoso, pues de inicio hace pensar en el mecanismo de reproducción sexual de los humanos. Sin embargo, advierten, la reproducción sexual no es la *causa* del género, tampoco provee un patrón para su realización; aun así, las capacidades corporales son centrales en las relaciones que se construyen entre las personas. El género, en múltiples ocasiones, está destinado a ordenar las funciones biológicas y sociales en relación con la diferencia corporal.

Desde una perspectiva construccionista del género, los hombres y las mujeres no se comportan como lo hacen debido a sus roles sociales o rasgos psicológicos, sino con base a los conceptos de masculinidad y feminidad que adoptan de su cultura (Pleck et al. 1994, citados por Courtenay, 2000). Al respecto, las construcciones sociales y culturales sobre género y masculinidad repercuten en la salud, no solo porque la constitución biológica predispone a enfermedades que se reflejan en los indicadores epidemiológicos; antes bien, el género es un determinante social de la salud puesto que interviene en la percepción propia

del cuerpo, en exposición al riesgo, en la solicitud y aceptación y oferta de servicios sanitarios (Connell, 2005).

Sobre esto, según explica Courtenay (2000), los hombres experimentan, en comparación con las mujeres, mayores presiones para adoptar y satisfacer las expectativas sociales de género; entre ellas se ubican las creencias relacionadas con la salud sobre la independencia, la autosuficiencia, la fuerza, virilidad y rudeza de la masculinidad. Por eso, agrega, no sorprende que tengan prácticas y creencias de salud más estereotipadas que las vistas en las mujeres.

No obstante, agrega el autor, desde la perspectiva construccionista del género se afirma que los varones no son *víctimas* pasivas de este sistema; antes bien, participan activamente como agentes re/constructores de las normas dominantes de masculinidad; lo cual se explica por medio del concepto de agencia; es decir, la parte que cada individuo ejecuta al ejercer poder e incidir en el curso de su vida.

De acuerdo con Courtenay (2000) para comprender el contexto en que los hombres adoptan conductas no saludables y minan los intentos para que adopten hábitos saludables es necesario discutir los efectos del poder y las inequidades sociales. En primer lugar, el poder tiene un efecto directo en las interacciones diarias; la demostración de poder por medio de prácticas riesgosas y dominación sobre las mujeres y las masculinidades subordinadas son medios por los cuales se construye la masculinidad hegemónica, la cual requiere de demostraciones de violencia y desprecio por la debilidad y el temor que lleva a los varones a arriesgar su integridad física y emocional – y la de los otros – en la búsqueda de satisfacer su ideal de masculinidad hegemónica.

La masculinidad hegemónica puede conducir a creencias relacionadas con el cuidado de la salud y comportamientos que niegan la debilidad y la vulnerabilidad, por tanto, transmite un sentido de fortaleza y control y niega cualquier necesidad de ayuda o asistencia; de tal manera, negar la necesidad de asistencia sanitaria puede darse como una expresión de lo que significa ser hombre (Connell, 2005; Galvan et al., 2014).

La relación entre los comportamientos relacionados con la salud y el género ha sido abordada desde la noción de que hacer salud es una forma de hacer género; expresión acuñada por Saltonstall (1993, citado por Courtenay, 2000, p. 1388) al analizar cómo gestionan las personas adolescentes su autocuidado siendo diabéticas y asmáticas. Al respecto, Saltonstall

(1993, citado por Williams, 2000, p. 388) señala que los patrones diferenciales de salud de mujeres y hombres

(...) no se deben a que hay una diferencia entre la salud de los cuerpos de los hombres y las mujeres, sino a la diferencia en las interpretaciones culturales y sociales del yo masculino y femenino – yoes que están atados a los cuerpos de hombres y mujeres. Las actividades de salud pueden ser vistas como formas de prácticas de construcción del sujeto (la persona) tal como lo son otras actividades sociales y culturales.

Es decir, diversas prácticas de salud, como el ejercicio, el deporte de aventura, el cuidado de la piel, la alimentación sana, el consumo de alcohol, tabaco y drogas, entre otros; que constituyen comportamientos relacionados con la salud, son parte fundamental de las prácticas por las cuales una persona construye su propia identidad de género y participa en relaciones interpersonales generizadas.

Brubaker (2007), partiendo de que el cuerpo y los comportamientos relacionados con la salud son sitios de reificación, desafío y transgresión del género, se preguntó si las personas que adoptan la masculinidad hegemónica se involucran en el comportamientos más sanos que quienes cuestionan el régimen de género dominante. Además, cuestionó también de qué manera las demandas del trabajo y la familia afectan estos comportamientos en relación con la posición asumida frente al régimen de género, y de qué manera la interacción individuo-institución intensifica o debilita los comportamientos saludables.

La autora concluyó que si bien los comportamientos saludables no mostraron diferencias entre hombres y mujeres en relación con su posición con respecto al régimen de género; se determinó que los comportamientos de riesgo son más altos en las personas contestarias del parámetro normalizado de masculinidad y feminidad, lo cual se explicó por el efecto del estrés por no cumplir las expectativas sociales. Los comportamientos saludables fueron incentivados en hombres con masculinidades no hegemónicas que trabajaban en puestos tradicionalmente femeninos; estos hombres se cuidaban más la piel, se alimentaban mejor y hacían más ejercicio que los hombres con masculinidades hegemónicas en puestos similares.

Según explica la autora, aunque las conductas saludables reciban menos atención al ser comparadas entre los géneros y se haya argumentado con frecuencia que las mujeres se cuidan más que los hombres, en su estudio no se logró llegar a dicha conclusión. Caso contrario ocurrió en cuanto a los comportamientos de riesgo, en los que pudo identificarse mayor consumo de cigarro, sedentarismo y estrés cuando se incumplen las expectativas sociales relacionadas con el género.

En este sentido, Williams (2000) advierte que si bien se tiende a pensar que la enfermedad amenaza los elementos centrales de la masculinidad hegemónica – autocontrol, autosuficiencia e independencia – en algunos casos se recurre a ellos para superarla; a modo de ejemplo, se refiere a la práctica intensiva del ejercicio para superar o evitar las limitaciones producidas por algunas patologías (en su estudio se centra en varones jóvenes con fibrosis quística), lo cual se combina con la intensión de excluirlas en la construcción de la identidad.

Lo contradictorio de la construcción de la masculinidad es expuesto por Galvan et al. (2014). Los autores condujeron un estudio para analizar la construcción de masculinidad de hombres latinos diagnosticados con VIH y su relación con la adherencia a la TAR. En su estudio se enfocaron en dos expresiones de masculinidad: machismo y caballerismo. Se determinó que el machismo estaba asociado con una menor predisposición a adherirse al tratamiento. Para los autores la sensación que implica la toma diaria del TAR revive la existencia de la infección y conlleva una amenaza constante a la masculinidad autopercebida. Al no tomar el medicamento se está negando la condición y la vulnerabilidad asociada al VIH. Por otro lado, el caballerismo, que asocia la masculinidad con la capacidad de proveer, proteger y planificar, está asociado con mayor adherencia al TAR, al mismo tiempo que con menor uso de sustancias ilícitas, alcohol y participación en actividades riesgosas.

Sobre esto, Arcienaga et al. (2008) caracterizaron la masculinidad machista entre hombres latinos como la reunión de dos factores principales. Por un lado, el machismo tradicional, que consiste en características como el poder, la agresión y la hipermasculinidad; por el otro el caballerismo, que consiste en características como la conectividad emocional con los otros, el honor y la crianza. Ambas construcciones presentan rasgos *opuestos*, en el primero hay mayor exposición a riesgos y demostraciones de superioridad, mientras que en el segundo se ha asociado con mayor uso de mecanismos de afrontamiento y capacidad de planificar soluciones a problemas.

## **El abordaje de los hombres que tienen sexo con hombres desde salud pública**

Según Estrada-Montoya (2014) la categoría *Hombres que tienen sexo con hombres* (HSH) se extendió en el ámbito de la salud durante la década de los años noventa por iniciativa del Centro de Control de Enfermedades (CDC) con la intención de no *insultar* la identidad de las poblaciones vulnerables para las que se destinaban recursos en el contexto de la respuesta a la epidemia del VIH/Sida.

Al respecto, explica Núñez (2012), la categoría HSH implica ciertas presunciones sobre identidades sexo/genéricas y relaciones sexuales entre hombres que son, en la mayoría de las ocasiones, ambiguas y requieren un análisis detallado para evitar confusiones que limitan el alcance de las intervenciones en salud pública.

Como explica Frasca (2002), este concepto comenzó a utilizarse en los reportes epidemiológicos en la década de 1980 debido a que fue evidente que no todos los hombres diagnosticados con VIH que reportaban mantener encuentros sexuales con otros hombres se consideraban a sí mismos *gay* ni asociaban estas prácticas a una identidad homosexual. En este sentido, agrega Núñez (2012), HSH hacía referencia a una conducta, y no a un grupo social, cultural o una identidad personal.

Sin embargo, este uso no fue homogéneo. Caso contrario, algunos expertos la convirtieron en una categoría de una clase de personas. Al respecto, explica Núñez (2012), Manzelli y Pecheny consideraban que este concepto reunía a un *tipo de personas* que compartían conductas sexuales; así, tomando como base estudios en los que se describía una amplia variedad de prácticas en las que ocurrían encuentros sexuales entre hombres, perfilaron un grupo social multiidentitario que englobaba a hombres de clase media, que escondían sus preferencias homosexuales, bisexuales casado o solteros, travestis, gigolós, y un largo etcétera.

Así, paulatinamente el término HSH se utilizó en los documentos oficiales y los discursos de activistas y epidemiólogos, como un *término sombrilla*, utilizado para englobar a todos los hombres que mantenían encuentros sexuales con hombres. Núñez (2012) llama la atención, en este sentido, que asesores de ONUSIDA, como Pedro Chequer, esta conducta sexual podría ser considerada como HSH siempre y cuando fuera constante en el tiempo; lo

que ha sido desmentido por estudios en los que se ha determinado que solo en algunos contextos, como en espacios carcelarios o laborales en los que no se permite la presencia de mujeres, los hombres elaboran sistemas de relaciones erótico-afectivos de utilidad transitoria (Connell, 2005).

Al respecto, ONUSIDA (2011) se refiere al concepto HSH como un término para describir a los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, independientemente de si tienen o no relaciones sexuales con mujeres o si tienen una identidad gay o bisexual, por lo que puede incluir a los hombres que se identifican como heterosexuales.

Por otro lado, Núñez (2012) también se refiere al intento de los académicos por cuantificar la proporción de HSH en la población en general. El autor cuestiona la afirmación de Cáceres y Pecheny, de que los HSH representan, en teoría, una pequeña fracción de la población adulta, preguntando por el tipo de teoría con la que se llegaría a tal enunciado. Incluso afirma que, en el mismo texto citado, Cáceres y Pecheny relevan su confusión entre lo que es una conducta sexual y una identidad sexual, lo cual se debe al uso frecuente de HSH y homosexual como categorías intercambiables.

La idea de que los HSH son un segmento minoritario de la población también está presente en los argumentos de Estrada-Montoya (2014), quien afirma que dado que el tamaño de la población de hombres heterosexuales es mayor al de HSH y homosexuales, las nuevas infecciones con VIH tendrían un impacto mayor en los dos últimos grupos.

Por último, indica Núñez (2012), no es coincidencia que las pocas iniciativas de salud pública dirigidas a HSH, estén enfocadas en hombres gay que se reúnen en sitios de interacción *para* gays. Al respecto, denuncia que los expertos en temas de VIH suelen referirse a los mismos sitios para contactar a HSH, para implementar sus intervenciones y para realizar estudios; sean, clubes nocturnos, bares, calles o *zonas*, saunas, librerías, parques, entre otros.

Así, por ejemplo, indica Estrada-Montoya (2014), los estudios conducidos durante los años noventa e inicios del siglo XXI, se han conducido con metodologías que pretenden ser aleatorias, aunque terminan convirtiéndose en intencionales, no probabilísticas o de conveniencia; de tal manera, los sesgos con los que se define a la población meta terminan

generando sobrerrepresentaciones que aumentan la relación entre HSH y altas prevalencias de VIH.

Por este motivo, la propuesta de Núñez (2012), en relación con la implementación de estrategias preventivas de VIH, es abandonar el uso del término HSH como concepto sombrilla y considerarlo por su capacidad para designar una experiencia que podría ocurrirle potencialmente a cualquier persona. Este posicionamiento, explica, parte del supuesto de que, bajo distintas circunstancias, cualquier hombre podría tener encuentros sexuales con otro hombre.

En tal aspecto, no podría hablarse de *tipos de personas* – poblaciones clave, grupos de riesgo, o cualquier otra expresión que se refiera a una categorización social – al diseñar y ejecutar estrategias preventivas de VIH, sino de prácticas o conductas sexuales que pueden ser mejoradas para evitar que lleven a una seroconversión. Tampoco se justificaría el uso de HSH para enfocarse en espacios de interacción, puesto que en todo lugar donde haya hombres existe la posibilidad de que ocurran encuentros sexuales entre ellos.

En el ámbito jurídico costarricense la definición de HSH aparecen en la *Norma nacional para la atención en salud libre de estigma y discriminación a personas lesbianas, gais, bisexuales, trans, intersex (LGBTI) y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH)* del Ministerio de Salud (2016b, p. 21), en la que se entiende que

este es un concepto que no corresponde a identidades sexuales, ni a identidades de género, ni a orientaciones sexuales. Este concepto se construye en la base de las prácticas o comportamientos sexuales. Su surgimiento se da en el contexto de la epidemia del VIH y sida, en la cual históricamente se había hablado de hombres homosexuales y hombres bisexuales; sin embargo, se identificó que dichas categorías dejaban por fuera a un grupo de hombres que no se consideran ni homosexuales ni bisexuales pero que sí mantienen relaciones sexuales (sea sistemática o esporádicamente) con otros hombres. Por lo tanto, este concepto pretende agrupar a cualquier hombre que, independientemente de su orientación sexual, ha mantenido o mantiene prácticas sexuales con otros hombres.

En la misma normativa se definen vagamente las prácticas o comportamientos sexuales como los actos de las personas, los cuales pueden ser muy diversos, y son independientes de su identidad sexual, su identidad de género e incluso su orientación sexual (Ministerio de Salud, 2016b, p. 22).

Por otro lado, Estrada-Montoya (2014) se refiere a las vulnerabilidades de los HSH frente al VIH y otras ITS y señala que, según los estudios en esta población, se han detectado complejas relaciones entre experiencias sexuales, autoestima, apoyo social y soledad emocional, así como la necesidad de conectar íntimamente con otros, sentir enamoramiento y asociar el placer y el deseo con situaciones de riesgo. En este sentido, señala, aun cuando en la actualidad se cuenta con abundante información sobre la prevención de infecciones, es necesario tomar en cuenta que

la sexualidad debe ser considerada una construcción social, una actividad dependiente de circunstancias sociales y culturales, un fenómeno que expresa una dimensión subjetiva, intersubjetiva y sociocultural (...) A pesar del grado de conocimiento de condiciones de vulnerabilidad y la información acerca del VIH que maneja la población HSH, las relaciones sexuales de alto riesgo se explican en la medida en que satisfacen ciertas necesidades no sexuales o psicológicas, como por ejemplo de tipo afectivo y socioemocional (Estrada-Montoya, 2014, p. 52).

Así, son múltiples los aspectos que intervienen en la adopción de conductas preventivas de ITS. Por ejemplo, las encuestas de conductas sexuales suelen documentar un uso sistemático del condón bajo en la población en general. Las razones que los hombres suelen dar para esta práctica incluyen la pérdida de la erección, el optimismo sobre la efectividad de los antirretrovirales y antibióticos, la evasión del posible rechazo, la necesidad de tener un contacto físico-emocional piel con piel, la confianza en la pareja, e incluso la necesidad de propiciar esa confianza (Estrada-Montoya, 2014).

Al respecto, una de las prácticas sexuales que ha sido analizada con detalle recientemente es el sexo anal sin condón<sup>14</sup>. Según explica Berg (2009), las primeras

---

<sup>14</sup> Según Berg (2009), el término *barebacking*, es un concepto atribuido a Scott O'Hara (1997) quien lo introdujo en el libro *Autopornografía*, para referirse al sexo anal sin condón entre hombres seropositivos.

investigaciones en este tema partían del presupuesto de que en la mayoría de los casos los HSH no mantenían este tipo de relaciones sexuales de manera intencional por falta de capacidad para planear los encuentros sexuales, por verse en situaciones de sexo casual o por acuerdo mutuo; sin embargo, hacia inicios del siglo XXI, cada vez fue más evidente un cambio; el sexo sin condón se convirtió en una práctica intencional.

Más recientemente, algunos autores se han advertido que el sexo *a pelo*, como también se lo llama, simultáneamente significa un comportamiento y una identidad. Así, el sexo anal sin condón se ha adquirido un valor cultural único. En palabras de Shernoff (2006, citado por Berg, 2009) es un comportamiento hombre a hombre distintivo que incluye dimensiones de conciencia, de celebración y de desafío ausentes en el sexo *a pelo* heterosexual. Lo cual coincide con la complejidad con que se debe analizar la sexualidad en HSH, según lo explicado por Estrada-Montoya (2014).

Desde una perspectiva ecológica del comportamiento relacionado con la salud, Berg (2009) analiza los significados atribuidos al sexo a pelo por personas que o bien se identifican como *barebackers* o que realizan estas prácticas. El autor organiza los factores en cuatro niveles: macro, meso, interpersonal e intrapersonal.

Los factores macrosociales, explica, tales como la ideología heteronormativa conducen al rechazo social de las prácticas no heterosexuales. En el nivel macrosocial se ubican los efectos de las terapias antirretrovirales, que han conducido a la idea de que el VIH no es una sentencia de muerte y que su uso puede evitar la infección; así como la internet, que se ha convertido en un catalizador de encuentros sexuales con personas afines al bareback. Al respecto, se menciona la cibercartografía de Carballo-Diéquez et al en la que se concluye que el uso de estos sitios se posiciona como promotor de expresiones de masculinidad estereotipada, coraje, libertad e intimidad.

A nivel intermedio, o meso, Berg (2009) ubica a la promoción en el plano local del sexo a pelo. De tal manera, se ha normalizado esta práctica, al mismo tiempo, las campañas de promoción de uso del condón no son atractivas ni generan el impacto suficiente en la colectividad para modificar las preferencias de las personas.

A nivel interpersonal, el sexo sin condón conlleva una cercanía por el contacto de la piel y el intercambio de fluidos. El efecto del internet es retomado, puesto que el estatus serológico se ha convertido en un elemento de discusión en los sitios de citas, y las

aplicaciones usadas para establecer encuentros sexuales incluyen la opción de revelar dicho estatus. Lo cual permite negociar el uso del condón bajo la premisa de que no existe el riesgo si ya se vive con el virus.

En el nivel intrapersonal, las razones para no usar condón están predominantemente dirigidas a las sensaciones físicas, al placer; por tal motivo, se considera al condón como una barrera para obtener las sensaciones deseadas. No obstante, también se ha asociado a la percepción de que el riesgo de infección es bajo. En el plano de lo psicológico, algunos autores han señalado que quienes practican el sexo sin condón comparten rasgos de personalidad como la obsesión romántica, la falta de autoeficacia, la tendencia a buscar riesgos, y la necesidad de transgredir los límites impuestos por la sociedad.

Tal es el caso del trabajo realizado por el psicólogo Michael Shernoff (2006), quien analiza los motivos por los cuales algunos HSH practican sexo anal sin condón. Según explica, algunos expertos han señalado que la adopción de conductas de riesgo al VIH está relacionada con traumas sexuales, baja autoestima y trastornos psicológicos no resueltos. No obstante, también hay quienes creen que se debe a la excesiva confianza en las terapias antirretrovirales, que tiene su epítome en la expresión  $I = I$ , o indetectable es igual a intransmisible; pero también al cansancio de las campañas mediáticas, al temor al VIH, y a la necesidad de experimentar una sensación de riesgo que permita escapar a la vida monótona (esto lo identificó en algunos de los usuarios que acuden a su terapia, quienes llevan rutinas rígidas en sus vidas y buscan encuentros sexuales de riesgo para experimentar libertad y riesgo).

Ávila y Montenegro (2011) estudiaron esta práctica desde la perspectiva de quienes la realizan. A partir de un análisis foucaultiano, argumentan que el sexo sin condón puede ser visto como una práctica de resistencia y de reacción al poder que se ejerce desde la salud; más propiamente, contra el discurso sanitario de la salud pública. Para los participantes de su estudio, las organizaciones que trabajan en la prevención del VIH se han enfocado en vigilar y controlar las prácticas sexuales de las personas HSH por considerarlas riesgosas y desestabilizadoras de los logros de las políticas sanitarias.

Esta observación fue señalada por Núñez (2012), quien indicó que una de las creencias ampliamente aceptadas aun en la actualidad es que los HSH son *per se*, grupos vulnerables al VIH. Esta idea implica que la presunción de que sus prácticas sexuales ocurren siempre, o

casi siempre, sin la utilización de métodos preventivos de VIH y otras ITS y que mientras ocurran sin control impedirán la reducción de las tasas de prevalencia e incidencia.

Para Ávila y Montenegro (2011) los discursos preventivos de VIH no pueden seguir ensañados con la población HSH, mucho menos con la idea de este grupo es equivalente al de los homosexuales. En este sentido, las políticas sanitarias deben dirigirse a la población en general, puesto que el virus también se transmite en poblaciones que han quedado fuera de la atención de las campañas preventivas, como las parejas heterosexuales.

### **Presupuestos teóricos de las intervenciones en VIH/Sida para HSH**

De acuerdo con ONUSIDA (2010), la implementación de estrategias combinadas para el abordaje del VIH/Sida no es un idea nueva; sin embargo, el enfoque promovido a partir de 2009 por esta organización proponía superar las tres limitaciones persistentes en los esfuerzos previos; a saber:

- La atención excesivamente *centrada de la reducción del riesgo individual*, con pocos esfuerzos en abordar los factores que aumentan la vulnerabilidad de ciertos grupos poblacionales.
- Formulación *desarticulada* de programas, proyectos y servicios que no aprovechan sinergias que pueden fortalecer la sostenibilidad en el tiempo de los beneficios obtenidos.
- Escasa y *débil inversión* en programas de monitorización y sistemas de evaluación que produce una reducción de la confianza tanto de la sociedad como de las organizaciones en los esfuerzos preventivos.

A raíz de estas tres condiciones, ONUSIDA vio la necesidad de generar un cambio de perspectiva que permitiera no solo conocer la dinámica de la epidemia del VIH/Sida en los contextos particulares, sino que también se tradujera en intervenciones concretas que respondieran a las características de los contextos de implementación y que fueran adecuadas desde una perspectiva de gestión de los sistemas sanitarios, puesto que procuraban entre otros un uso racional y eficiente de los recursos disponibles. Lo cual contempla el avance hacia la

independencia del financiamiento externo para depender solamente de los recursos propios de cada país.

Así, ONUSIDA tomó la definición de prevención combinada del Grupo de Referencia de Prevención de 2009, la cual la señala como el conjunto de

programas basados en derechos, informados por evidencia y propiedad de la comunidad que utilizan una combinación de intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales, priorizadas para satisfacer las necesidades actuales de prevención del VIH de individuos y comunidades particulares, a fin de tener el mayor beneficio sostenido sobre el impacto en la reducción de nuevas infecciones. Los programas de prevención combinados bien diseñados se adaptan cuidadosamente a las necesidades y condiciones nacionales y locales; concentran los recursos en la combinación de acciones programáticas y políticas necesarias para abordar tanto los riesgos inmediatos como la vulnerabilidad subyacente; y se planifican y administran cuidadosamente para operar de manera sinérgica y consistente en múltiples niveles (por ejemplo, individuo, relación, comunidad, sociedad) y durante un período de tiempo adecuado. Movilizan recursos comunitarios, del sector privado, gubernamentales y globales en una empresa colectiva; requieren y se benefician de una asociación y coordinación mejoradas; e incorporan mecanismos de aprendizaje, desarrollo de capacidades y flexibilidad para permitir la mejora continua y la adaptación al entorno cambiante. (ONUSIDA, 2010, p. 8 traducción propia)

Como queda explícitamente señalado en la definición, este enfoque reconoce tres componentes de aproximación preventiva en el VIH; sean el biomédico, el conductual y el estructural.

En relación con la *dimensión biológica*, el desarrollo de terapias farmacológicas más *nobles* para el control de la carga viral de las personas viviendo con VIH supuso no solo una mejora sustancial de la calidad y las expectativas de vida de estas personas, sino que también ofreció una nueva alternativa para el fortalecimiento de las intervenciones preventivas mediante el uso de la TAR de forma profiláctica. El primer estudio realizado en esta línea – el estudio iPrEx – permitió concluir tan tempranamente como 2010 que el uso profiláctico

de la TAR reduce significativamente (44 % en HSH y mujeres trans según los resultados de dicha investigación) los nuevos contagios (Pham, 2020).

Las investigaciones que se desarrollaron a continuación aumentaron los porcentajes de éxito a valores del 100 % de eficacia preventiva siempre y cuando se cumpla estrictamente la adherencia al medicamento; pues la concentración óptima de los antirretrovirales en los órganos se alcanza en diferentes momentos y depende de una adecuada adherencia al régimen de toma de los fármacos. Por otro lado, los conocimientos generados con la experiencia han permitido diseñar regímenes terapéuticos con pocos efectos secundarios y de baja intensidad que pueden ser gestionados por la persona usuaria del medicamento a partir de una eficaz evaluación de su riesgo a entrar en contacto con el virus.

Después de la demostrada seguridad y eficacia en estudios ampliamente citados, la PrEP se convirtió en uno de los cinco pilares<sup>15</sup> de la prevención de VIH promovidos por ONUSIDA para acabar con esta problemática de salud pública en 2030 (Pham, 2020). Sin embargo, agrega el autor, los modelos matemáticos han mostrado que el cumplimiento de esta meta no ocurrirá con la sola oferta de la TAR profiláctica; antes bien, se requiere que la PrEP complemente los programas preventivos que se han venido ejecutando desde antes. Así, este tipo de *bio-intervención* es un complemento de las intervenciones conductuales y estructurales destinadas a generar las condiciones para una lucha real contra el VIH.

En cuanto a la *dimensión conductual* es necesario abordar la implementación de modelos de intervención sanitaria basados en la promoción de cambios conductuales destinados a permitir que los beneficiarios de PrEP tomen decisiones conscientes para modificar sus conductas y prácticas de riesgo. En este sentido, la ejecución de estrategias de modificación de conductas pretende generar un cambio en la percepción del riesgo y en la noción de la vulnerabilidad que generan distintas prácticas que, sin embargo, se ven afectadas por múltiples factores.

Por ejemplo, el estigma relacionado con el PrEP y la vergüenza son barreras potenciales para la implementación prolongada de los programas destinados a facilitar el acceso al PrEP (Chautrakarn et al., 2022). El estigma es definido como un atributo que conlleva pérdida del valor social de un grupo o una persona (Goffman, 2006). El estigma

---

<sup>15</sup> Los cinco pilares del éxito terapéutico son el inicio rápido del TARV, la seguridad de la farmacoterapia, la calidad de vida de las PVVS, la simplicidad de los regímenes terapéuticos, y la eficacia del tratamiento para prevenir el deterioro del sistema inmune (Pham, 2020).

relacionado con la PrEP se asocia al hecho de que el tratamiento que previene la infección es el mismo utilizado para controlarla; por lo tanto, el uso de la TAR – ya sea como PrEP o como tratamiento crónico – genera la sospecha de que quien la utiliza ha estado expuesto al virus o que tiene prácticas sexuales que consideradas inmorales o inaceptables.

Así, en relación con la percepción del riesgo, los estudios que aplican la teoría racional han mostrado que los beneficios percibidos (uso discreto del TAR con el advenimiento de las nuevas preparaciones de 1 sola píldora, la toma controlada por el usuario, y la cobertura por parte de los sistemas de salud) y los costos percibidos (necesidad de realizarse prueba de VIH, efectos secundarios de las preparaciones farmacológicas, estigma anticipado relacionado con el PrEP) influyen la voluntad para tomar PrEP (Chakrapani et al., 2022). Bajo este presupuesto, los autores condujeron un estudio para identificar los factores que contribuyen en la voluntad para usar PrEP (*WTUP*, por sus siglas en inglés) entre HSH de Mumbai, India.

Los autores partieron de que los criterios de elegibilidad definidos por organismos internacionales, la percepción del riesgo al VIH (comprendida desde un modelo de creencias en salud) y los beneficios percibidos de la PrEP influirían positivamente en la voluntad para usarla; mientras que los costos percibidos tendrían un efecto negativo. El estudio determinó que los participantes que presentaban criterios de elegibilidad para toma de PrEP tenían un riesgo percibido al VIH mayor, lo que significa que conocían las conductas y prácticas que potenciaban su riesgo de infectarse. Por otro lado, los participantes que menos voluntad expresaron para tomar PrEP lo hacían con base en una percepción baja del riesgo y alta de las barreras; es decir, desde su perspectiva el balance de costo beneficio inclinaba la decisión hacia no tomar la TAR.

Con todo, los autores reconocen que la evaluación precisa del propio riesgo puede no ser suficiente para aumentar el uso y la adherencia a la PrEP. Señalan en este sentido que son necesarios modelos de proceso dual que incorporen elementos cognitivos y emocionales capaces de sanar las experiencias y percepciones previas en torno a los servicios de salud, profesionales sanitarios y otras situaciones culturales y sociales que pueden generar renuencia a participar en las intervenciones sanitarias. Estos elementos también han sido considerados como estímulos imprescindibles que intervienen en la toma de decisiones en salud. De acuerdo con Janz y Becker (1984) y Rosenstock (1974), citados por Moreno y Gil

(2003), existen *claves para la acción* que potencian la adopción de conductas y creencias de salud positivas, entre ellas se encuentran las recomendaciones de los medios de comunicación, las experiencias positivas de atención en salud, los consejos de personas cercanas importantes, entre otros.

También existen variables demográficas, sociopsicológicas y estructurales que se ponen en marcha en estos procesos. Al respecto, en el estudio realizado por Sönmez et al. (2023), que analizó los factores asociados al conocimiento sobre PrEP y la intención de usarla entre mujeres trans y hombres trabajadoras y trabajadores sexuales, se determinó que existen barreras estructurales como la prioridad de la atención a los hombres en relación con las mujeres trans, lo cual se agrava por la falta de investigación sobre la interacción de la TAR y las terapias hormonales; también se concluyó que la identidad y las expresiones de género no tradicionales pueden generar fobia y estigmatización con lo que se convierten en barreras hacia el uso de la PrEP. Finalmente, se determinó que el nivel de escolaridad se asocia con la voluntad de usar PrEP, pues afecta la comprensión de la información provista por los equipos de salud.

Es en este sentido que se rescata la necesidad de incluir elementos emocionales y estructurales que permitan abarcar la complejidad de la percepción del riesgo, pues los modelos de la psicología de la salud ponen énfasis en los factores cognitivos convirtiendo al autocuidado y la adopción de conductas saludables en decisiones conscientes basadas en una racionalización del riesgo. Esta misma crítica se le ha realizado a la teoría del comportamiento planeado, con la que se pretende explicar la adherencia al PrEP en personas usuarias, y el efecto que pueden producir los usuarios sobre la divulgación del uso de TAR en personas cercanas.

Al respecto, la teoría del comportamiento planeado es una extensión de la teoría de la acción razonada y apunta a que la conducta es voluntaria y está determinada por la intención conductual, la cual depende a su vez de tres procesos (Ajzen, 1991). En primer lugar, las *actitudes* hacia ejecutar un comportamiento determinado. Las actitudes influyen en los esfuerzos que realizaría una persona por ejecutar un comportamiento, de tal modo que la motivación sería la razón para usar la PrEP para prevenir la infección del VIH. En segundo lugar se tiene a la *norma subjetiva*, que se refiere a la presión social percibida hacia realizar o no una conducta; en dicho sentido, si una persona se ve forzada o estimulada a usar PrEP

por influencia de sus amigos o compañeros, mayor será la posibilidad de que también la use; es decir, su uso obedece a la presión de grupo. En último proceso es el *control conductual percibido*, que se refiere a la facilidad o dificultad percibida sobre la ejecución de las nuevas conductas, lo cual incluye las barreras y facilidades para adoptar cambios.

Para tener una mejor comprensión de la aplicación de esta teoría se puede mencionar el estudio realizado por Gillespie et al. (2022) que abordó las variaciones entre e intra HSH usuarios de PrEP en Gales. Los autores distinguieron el uso de PrEP de la adherencia, la cual consiste en un uso vinculado a las conductas de riesgo, lo que implica la ejecución de una conducta racionalizada en relación con eventos de exposición. Esto significa que los usuarios de PrEP deciden si toman la TAR según los encuentros sexuales que tienen.

Para los autores la intención de usar la PrEP activa mecanismos de planificación y autorregulación que predicen la adherencia a la PrEP y ya no solamente el uso. A raíz de su estudio determinaron que los participantes de mayor edad planifican a mayor detalle su uso de la PrEP pues consideran la frecuencia de sus encuentros sexuales, el lugar donde ocurren, aseguran la disponibilidad del fármaco y asumen estrategias para responder a las dosis perdidas, con lo que hacen un uso más efectivo del tratamiento.

Otros estudios han encontrado diferencias similares en cuanto a la efectividad con que los usuarios de PrEP jóvenes y mayores administran su régimen terapéutico. Si bien se puede señalar mayor madurez emocional y atribuir este uso *pensado* a una capacidad cognitiva de la edad, también es necesario poner en la ecuación factores sociales y de estilos de vida de las personas jóvenes, quienes pueden tener una vida social y sexual más activa y participar en encuentros sexuales no planeados, lo que les impide planificar de forma precisa su toma de la PrEP.

El tercer elemento de la estrategia de prevención combinada, *el estructural*, procura generar un vínculo que cohesione los dos elementos antes descritos (biológico y conductual) por medio de la comprensión de la influencia del entorno en la producción de la salud, por tanto, de la expresión de los genes y de la ejecución de conductas de riesgo y de autocuidado.

De acuerdo con Pham (2020) la aplicación del modelo socio-ecológico de la salud (ver figura 5) tiene como propósito ayudar a superar las limitaciones del modelo de la creencia de salud, al cual se caracterizó por su énfasis en la modificación de conductas individuales. De esta manera, los desafíos y facilitadores de los programas PrEP se clasifican

en los niveles individual, institucional y social. El autor explica que en el nivel institucional se sitúan los factores de los servicios de salud que pueden limitar el acceso de las personas al cuidado, lo cual incluye a la infraestructura (ubicación, modelo de implementación del programa PrEP) y los proveedores de servicios (estigmas, conocimientos, habilidades para trabajar con personas de los colectivos LGBTIQ+, confidencialidad).

Por su parte, los factores sociales o estructurales reúnen a los elementos del entorno, tales como las políticas regulatorias de implementación de la PrEP, los stigmas de la sociedad y de las redes sociales alrededor de los usuarios, grupos de apoyo y organizaciones que intervienen positiva y negativamente para que se mantengan los programas de PrEP.

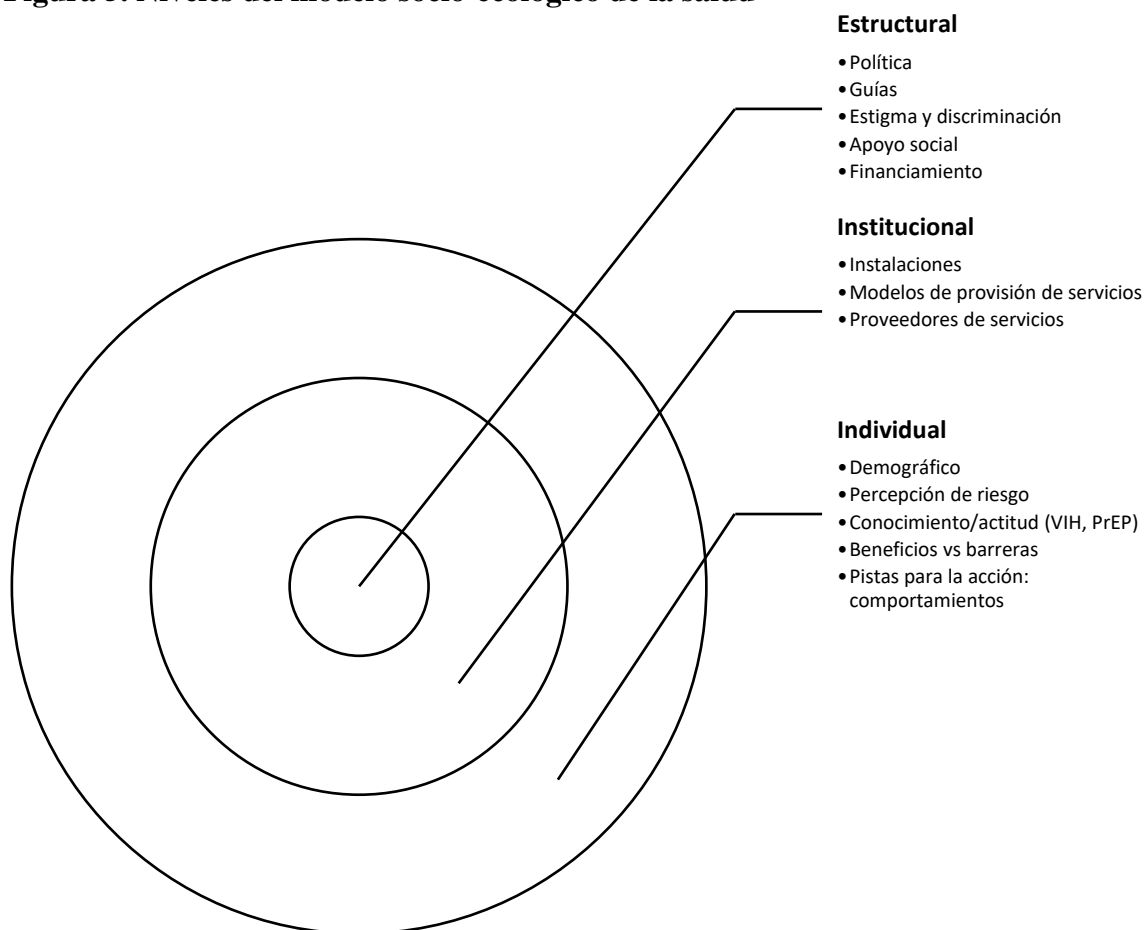
El modelo ecológico tiene como principal exponente a Nancy Krieger, quien ha trabajado desde 1994 en la elaboración de un marco teórico que permita comprender cómo se materializan las condiciones ecológicas, sociales y políticas en los cuerpos y se expresen en patrones individuales y colectivos de salud-enfermedad.

Desde la perspectiva de la autora, la salud pública de finales del siglo XX quedó atrapada en el debate entre quienes creían que la salud es una expresión de la naturaleza biológica de los individuos y quienes, por otro lado, sostienen que esta es un producto del sistema social en que viven las personas (Krieger, 2021). Para los primeros, explica la autora, los genes no solo configuran la predisposición a ser vulnerable a ciertos agentes nocivos sino también a resistirlos, de igual manera, predisponen la afiliación a determinados grupos y la ejecución de actividades que exponen a un riesgo; lo cual puede expresarse, a modo de ejemplo, como el decir de que la testosterona provoca comportamientos violentos en los hombres y que por *causa* de esta hormona sus tasas de mortalidad en circunstancias violentas son mayores a las observadas en mujeres.

En contraposición, dice Krieger (2021), los grupos de poder subyugan a los grupos dominados; de tal manera que los exponen a condiciones de carencia de recursos; así, las personas pobres que no pueden alimentarse adecuadamente desarrollan enfermedades asociadas a dietas limitadas; las secuelas a largo plazo (como la desnutrición, el retraso en el crecimiento y el desarrollo neurológico) serían consecuencias de condiciones sociales externas. En este sentido, la salud es socialmente contingente, de tal manera que el cambio de la configuración social modifica la forma en que se distribuye la enfermedad.

Para la autora, si bien ambas aproximaciones parecen irreconciliables, en el fondo comparten elementos similares pues explican la producción de la salud y la enfermedad desde una perspectiva causalista en la que factores distales y proximales ejercen un efecto mayor o menor sobre la salud de los individuos y la sociedad (Krieger, 1994). Según explica, la OMS y las distintas organizaciones globales han adoptado la idea de que la enfermedad tiene múltiples causas, que pueden ser sociales (externas o distales) y biológicas (internas o proximales) que se ordenan bajo la noción de determinantes (estructurales e intermedios) cuya interacción explica la producción de la salud-enfermedad (Krieger, 2008).

**Figura 5. Niveles del modelo socio-ecológico de la salud**



**Fuente.** Modificado de Pham (2020)

A partir de sus reflexiones, Krieger desarrolla una propuesta en el marco de la epidemiología social en la que procura integrar las condiciones biológicas y sociales (entre las cuales se incluirían las teorías psicologistas incluidas al abordar la dimensión conductual

en este apartado) desde el aporte de la ecología, a la cual considera necesaria para comprender la producción de la salud y distribución de la enfermedad en relación con el tiempo, el espacio, las estructuras de relaciones históricas y la interacción entre los organismos vivos y entre estos y el contexto.

Antes de entrar en los detalles de su posicionamiento es necesario citar las tres premisas de su propuesta, las cuales refieren al concepto medular de la *encarnación*, que será central para una comprensión fenomenológica del VIH/Sida.

Estas tres premisas son las siguientes (Krieger, 2021, pp. 3-4):

- Ningún individuo, de ninguna especie, vive, padece o muere separado del mundo. Antes bien, (1) habita un planeta en el cual es simultáneamente un individuo o parte de una sociedad modelada por su historia, y (2) se involucra dinámicamente con individuos de su especie y de otras especies en un contexto ecológico más amplio.
- El cuerpo de todos los seres vivos cuenta las historias de sus experiencias – lo que puede llamarse *verdades encarnadas* – las cuales reflejan y modelan sus interacciones con otros organismos y el resto del mundo biofísico. El corolario es que *las verdades encarnadas de las vidas de los individuos son inseparables de las verdades encarnadas reveladas por el análisis de la distribución y las causas de las tasas de salud, enfermedad y bienestar.*
- La razón para analizar las inequidades en salud no es probar que la injusticia está mal, sino revelar cómo la injusticia y la equidad pueden dar forma a nuestra salud y la del planeta y, a la vez, guiar la acción y dirección de recursos para la prevención, la agencia y el cambio.

Aunque la tercera premisa merece mayor discusión al otorgar una utilidad social a la salud pública y subrayar el componente gerencial de la salud pública que está implícito en la guía de las acciones y en la gestión de los recursos, conviene por ahora profundizar en los aspectos en los que se sitúa la noción de *encarnación* en el marco de una teoría ecosocial de la distribución de la enfermedad.

Al respecto, Krieger (2021) puntualiza que el uso del concepto *ecosocial* defendiendo que lo ecológico modifica a lo social, y no viceversa. Según detalla la autora, esta afirmación permite situar a los seres humanos como una especie entre otras tantas que cohabitan, se desarrollan e interactúan a diferente escala temporal y de nivel (Krieger, 2001). Bajo esta perspectiva, según explica, se entiende que los organismos se transforman biológicamente, modifican su entorno y se adaptan a las modificaciones que ese entorno presenta; en dicho sentido, hay una complejización de la triada agente-huésped-entorno, en la que cada uno de los elementos aparece, aunque en interacción, de forma independiente.

En lo referente a lo *social*, la autora plantea que la forma en que la sociedad se estructura, celebra, controla, denigra y se reorganiza impactan el ecosistema inmediato, y esto produce una transformación en las formas de relacionarse los individuos. Al respecto, en el ensayo *¿Qué mundo es este? Fenomenología y pandemia*, Judith Butler (Butler, 2023, p. 28) aborda la relación entre la pandemia de la covid-19 y la transformación de las formas de interacción social y, finalmente, en la reorganización de los mundos. Sobre ello escribe:

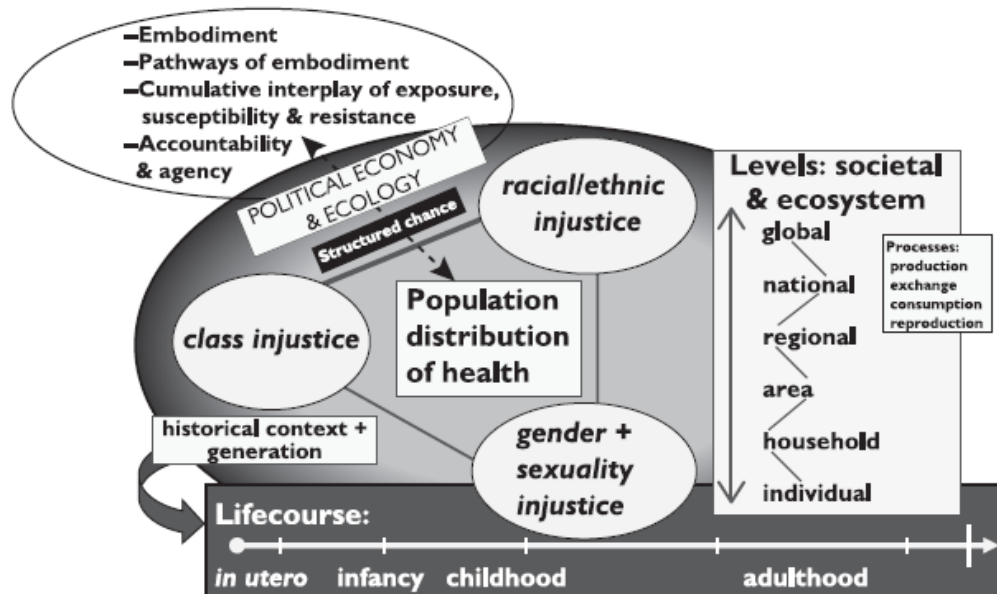
(...) hay algo en la pandemia que hace que hace que reconsideremos el mundo como un objeto de escrutinio, que registremos el mundo como un motivo de alarma, que señalemos el hecho de que esta versión actual del mundo no fue anticipada y que registremos el mundo como si de repente fuera portador de un nuevo tipo de opacidad y nos impusiera un nuevo conjunto de límites.

Tales límites, como lo vivió la humanidad en los últimos años, impuso distanciamientos, barreras, nuevas formas de presencia; conllevó, por otro lado, una reflexión sobre el impacto de las actividades humanas sobre la calidad del aire y la contaminación ambiental, pero también desató frustración, enojo, incertidumbre, ansiedad...

Este fenómeno reciente evoca las situaciones planteadas en los años ochenta y noventa con la emergencia de la pandemia del VIH. Numerosos autores documentan no solo el rechazo vivido por las primeras poblaciones afectadas por el virus, sino también la discriminación hacia poblaciones africanas y haitianas por considerárselas agentes patógenos desestabilizadores de un equilibrio entre naturaleza y sociedad, la ejecución de políticas de

*saneamiento* de los espacios de convivencia, la resignificación del erotismo entre personas del mismo sexo y la relegación de dichas prácticas a espacios confinados y marginados.

**Figura 6. Teoría ecosocial de la distribución de la enfermedad: niveles, vías y poder**



**Fuente.** Krieger (2021)

Krieger elabora cuatro constructos centrales de su teoría ecosocial de la producción de la enfermedad. De acuerdo con Krieger (2021), para la ecología social, los seres vivos, incluyendo a los humanos, son sistemas abiertos que constantemente interactúan con los otros seres vivos y con los objetos inanimados. El cuerpo, señala la autora, cuenta la historia de todas sus experiencias de interacción, lo cual se revela como encarnación, proceso que da forma y refleja los vínculos establecidos con el entorno. De tal manera, el análisis de la distribución y las causas de las distintas tasas que *miden* la salud, la enfermedad y el bienestar informan de las experiencias que se han encarnado en los individuos y las poblaciones; es decir, que no son meras expresiones biológicas ni sociales; sino reflejos de un sistema ecológico interconectado y dinámico.

La teoría ecosocial de la distribución de la enfermedad ha enfatizado la importancia de la vinculación con los procesos espacio-temporales multinivel de encarnación de la (in)justicia a lo largo del curso de la vida, tal cual es moldeada por la economía y la ecología políticas de las sociedades a las que pertenecen las personas (Krieger, 2021).

En este sentido, por *vías de encarnación* Krieger (2021) se refiere a los procesos y mecanismos biofísicos y sociales concretos y concurrentes que, desde una escala *micro* a una *macro*<sup>16</sup>, están involucrados con la encarnación (*embodying*) de los contextos sociales y ecológicos, y por lo tanto producen la distribución de la salud, la enfermedad y la muerte. De acuerdo con la autora, las vías de encarnación están estructuradas simultáneamente por (a) acuerdos sociales sobre la distribución del poder, la propiedad, y patrones contingentes de producción, consumo, intercambio y reproducción; a la vez que de (b) limitaciones y posibilidades biológicas determinadas por la historia evolutiva, el contexto ecológico y las trayectorias particulares de desarrollo biológico y social (Krieger, 2005).

Al respecto, los procesos de encarnación descritos por Krieger (2021) son los siguientes:

- **Producción:** Se refiere a la forma en que se crean y distribuyen los bienes y servicios en la sociedad, lo cual incluye la organización del trabajo, las condiciones laborales, la tecnología utilizada, las relaciones de poder en los espacios laborales
- **Intercambio:** Se refiere a las formas en que se distribuyen los bienes y servicios entre los individuos y los grupos sociales. Esto incluye el comercio, la distribución y redistribución de beneficios sociales y recursos económicos.
- **Consumo:** se refiere a cómo las personas y las comunidades utilizan los bienes y servicios disponibles para satisfacer sus necesidades y deseos. Incluye el acceso a los alimentos, vivienda, atención sanitaria, educación y otros recursos necesarios para el bienestar.
- **Reproducción:** se refiere a la forma en que se mantienen y se transmiten las estructuras sociales, económicas y políticas a través del tiempo. Incluye la reproducción de relaciones sociales, patrones culturales, desigualdades, relaciones de género, entre otras.

---

<sup>16</sup> Según explica la autora, las experiencias vividas generan reacciones químicas y biológicas, lo mismo que aprendizajes y transformaciones sociales. Es en este sentido que debe entenderse la referencia a las escalas micro y macro. Nótese en este sentido que la autora alude con el concepto de *niveles* a una comprensión ecológica del contexto.

La autora distingue seis vías multinivel de la encarnación (Krieger, 2001) que, para fines de una mejor explicación, se sintetizarán por su relación con las experiencias frecuentemente vividas por los colectivos LGBTIQ+ frente al VIH-Sida. Conviene advertir, que este listado es coherente con los cuatro procesos anteriores; sin embargo, se haya vinculado al concepto de niveles para exponer la interacción y complejidad con que dichas vías operan en los contextos históricos.

En primer lugar, se menciona la *deprivación social y económica*. Desde la perspectiva de la teoría ecosocial se otorga al contexto un peso significativo en la distribución de la salud-enfermedad. Al respecto, el entorno tiene un fuerte poder diferenciador, pues se puede utilizar para segregar y marcar diferencias de acceso, beneficios y recursos. Los colectivos socialmente marginados, como las mujeres trans, las personas trabajadoras sexuales, las minorías étnicas, frecuentemente viven atrapadas en ciclos que perpetúan carencias alimentarias, de servicios y bienes, de trabajo, que afectan su salud física y la salud del entorno que habitan. Por lo que es común que experimenten mayor exposición a patógenos que les provocan enfermedades, y carecen de vínculos sociales fuertes que permitan formar redes de apoyo social. Retomando las perspectivas psicosociales abordadas por Solar (2010) tales condiciones sociales se abrirían paso hacia los cuerpos logrando expresarse en enfermedades frecuentes, como el estrés crónico, la desnutrición, la diarrea, entre otras.

Como segunda vía de encarnación Krieger (2011) se refiere a los *traumas socialmente infligidos*. Al respecto, señala, percibir, recordar o prever formas de discriminación desencadena respuestas conductuales que pueden iniciar circuitos bilógicos que activan la expresión de genes productores de enfermedades. Para el caso de los HSH, la experiencia constante de la discriminación y la estigmatización puede desencadenar conductas autodestructivas y de mayor exposición al riesgo. Al respecto, Goffman (2006) se refiere al efecto anticipado de la estigmatización. Esta anticipación hacia el desprecio que puede desencadenar una identidad de género, preferencia sexual, o clase social, es anticipada y puede prevenir conductas de autocuidado toda vez que la exposición al trauma implica sufrimiento que se revive. Los grupos LGBTIQ+, que han estado históricamente discriminados por las y los profesionales de la salud, pueden abstenerse de acudir a los servicios de salud por miedo y por trauma y experimentan mayor prevalencia de

enfermedades mentales relacionadas con ambientes traumáticos, violentos y restrictivos (Chaves, 2022).

La tercera vía de encarnación es la *mercantilización dirigida a bienes*. Al respecto, explica la autora, las estrategias de mercado han identificado públicos metas a los que van dirigidos sus productos; por ejemplo, señala, en los Estados Unidos, se ha documentado un énfasis de la promoción de bebidas alcohólicas hacia las personas afroamericanas (Krieger, 2001); lo que predispone a conductas de riesgo y problemas sociales vinculados al abuso de sustancias psicoactivas. En lo referente a las comunidades LGBTIQ+, es notable que la promoción mediática del uso del condón no suele dirigirse a los HSH o los homosexuales.

La cuarta vía de encarnación es *el inadecuado cuidado de la salud*; el cual se puede explicar por otras vías de encarnación, pero también es un reflejo de las concepciones sociales de construcción de la identidad. Por ejemplo, la masculinidad está construida en torno a prácticas de riesgo y evasión de lo que implique vulnerabilidad, lo cual puede explicar en parte por qué los hombres no acuden a los centros de salud (Connell y Pearse, 2018). Uno de los elementos más claros en torno a esto es la renuencia de los hombres a realizarse estudios de diagnóstico temprano de hiperplasia prostática por considerar que un examen (el tacto rectal) vulnera la masculinidad.

Por otro lado, el estudio realizado por Davis et al. (2006) sobre el uso de internet para mantener encuentros sexuales entre HSH autoidentificados como gay exploró aspectos como la revelación del estatus serológico en la negociación de citas *offline* para mantener sexo sin condón. Desde la perspectiva de los participantes de dicho estudio, la conformación de parejas sexuales seroconcordantes era percibida como una medida preventiva pues impedía a las PVVS contagiar a personas seronegativas. Sin embargo, al abordar la posibilidad de adquirir otra ITS o dudar del estatus serológico de la pareja, privilegiaron la libre elección.

La última vía de encarnación discutida por Krieger es *la resistencia a la opresión*. Al respecto, señala que los recursos individuales y comunitarios, así como los movimientos sociales de lucha contra distintas formas de discriminación y segregación se han convertido en medios para transformar y formulación de políticas que permitan un mayor acceso a bienes y servicios públicos que de otro modo quedarían fuera del alcance de los grupos marginados. Los movimientos sociales de protesta de los grupos LGBTIQ+ durante los años 90 en Costa

Rica son un ejemplo del efecto que pueden tener las formas de resistencia y lucha social al garantizar, en lo que respecta al VIH-Sida, el acceso a la TARV y la asistencia sanitaria.

Esta última vía expone la modificación de las experiencias que viven las personas por medio de la transformación gestionada desde la movilización social. Si bien las condiciones sociales, económicas y políticas de desigualdad parecen ser rígidas e insuperables, de hecho son contingentes dado que existen posibilidades para la acción y el cambio que permiten mejorar la salud por medio de políticas públicas, movimientos sociales y cambios en los sistemas estructurales; un ejemplo de esto puede verse en el efecto que produjeron los movimientos sociales de inicios de la década de 1990 que denunciaban las políticas discriminatorias formuladas hacia las PPVS y que permitieron en el caso de Costa Rica el acceso a los tratamientos antirretrovirales, entre otros logros.

Krieger (2021) aborda estas transformaciones por medio del concepto de oportunidad estructurada, o *structured chance*, por sus siglas en inglés (ver figura 6). Según explica la autora, la posibilidad de acción individual y colectiva frente a las condiciones sociales y biológicas es una evidente refutación del esencialismo biológico y el determinismo social que *obliga* a aceptar las condiciones de desigualdad tal cual están dadas. Antes bien, explica, la salud y la enfermedad no son producto del azar individual, sino que están influenciadas por la distribución desigual de los recursos y las oportunidades de forma que una población tiene más o menos oportunidad de mejorar o mantener su salud en la medida en que pueda transformar dichas condiciones.

El tercer concepto central del modelo ecológico es la *interacción acumulativa de exposición, susceptibilidad y resistencia a través del curso de la vida*; el cual se refiere a la importancia del tiempo y la acumulación de la exposición, lo que incluye la expresión genética, no simplemente la frecuencia de los genes. Este concepto aborda el efecto a largo plazo de la permanencia de las condiciones desfavorables que redundan en la producción de enfermedad. Este concepto se puede concretar con la exclusión que viven las zonas periféricas a todos aquellos bienes y servicios disponibles en los núcleos de desarrollo. Este es el caso que ocurre con la implementación de la PrEP en Costa Rica, que excluye a las zonas costeras y fronterizas donde la vulnerabilidad al VIH se agrava por las carencias económicas y la falta de oportunidades de cambio, perpetuadas pese a la implementación de políticas que no logran extenderse con intervenciones concretas a estos territorios.

Finalmente, están los conceptos de *responsabilidad y agencia*. De acuerdo con Krieger, (2001), estos constructos se relacionan con los conocimientos sobre las vías y los procesos de encarnamiento; por tanto, se vincula con la generación y difusión de conocimientos por parte de las instituciones y autoridades. Este fenómeno ha sido profundamente detallado en el análisis que realiza la autora sobre los paradigmas con que se abordó el VIH-Sida durante los años de 1980 y 1990 (Krieger y Margo, 2020). Con esto, la autora quiere dar énfasis a cómo los conocimientos y las agendas de investigación permiten a los miembros de cada nivel (individuos, familias, grupos locales, instituciones nacionales, entre otras) ser transformados en intervenciones que permitan modificar las conductas de los individuos, abordar los problemas de salud biológica, y movilizar los esfuerzos interinstitucionales para atender problemáticas de salud pública.

El valor del modelo socio-ecológico es, por tanto, tal como lo describe Solar (2010), generar puntos de encuentro entre los modelos excesivamente girados hacia las condiciones estructurales, como podrían ser los enfoques de corte crítico (Breihl, 2013) y los excesivamente centrados en la vivencia individual de la salud. Este parece ser el objetivo del enfoque de prevención combinada pues, como se pudo ver en el primer apartado, ha ido aparejado de una revisión de los marcos jurídicos, del análisis de las oportunidades y limitaciones de las instituciones y organizaciones involucradas con la respuesta al VIH-Sida, sin perder su atención en la transformación que tiene esto sobre la percepción de las ITS y las prácticas preventivas individuales, aunque pensándolas como parte de un contexto histórico profundamente prejuicioso y estigmatizante de la pandemia y de las PVVS.

### **PrEP en el continuum del cuidado de la salud**

El desarrollo de fármacos antirretrovirales ha permitido pasar de una preparación para la muerte, cuando no existían y/o no estaba garantizado su acceso para las PVVS, hacia una gestión del cuidado (Chaves, 2022). Más recientemente, a raíz de la evidencia científica, se han convertido en parte de un marco estratégico combinado en el que la TAR de uso profiláctico permite a los grupos más vulnerables prevenir el contagio.

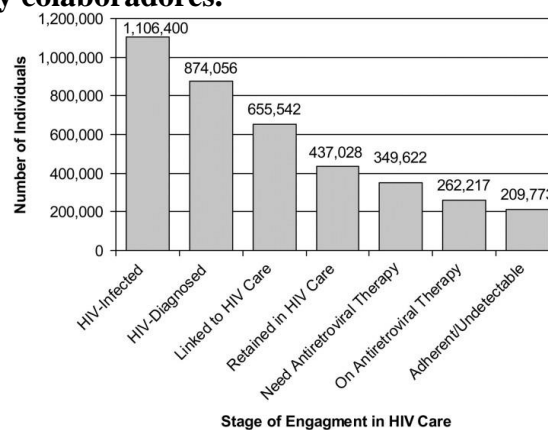
Este frente de acción traslada las estrategias de intervención hacia las personas que no viven con el virus pero que, por razones tanto conductuales como estructurales, tienen mayor riesgo de infectarse. Para comprender de qué manera lo conductual, lo biológico y lo

estructural repercuten en el éxito y fracaso de la PrEP como estrategia de salud pública se han formulado distintos modelos que van desde la mitigación de los efectos del virus en quienes conviven con él hasta los que procuran prevenir los contagios.

Al respecto, la formulación de políticas públicas durante los años noventa permitió que los tratamientos antirretrovirales estuvieran a disposición de la población que los requería; no obstante, las organizaciones e investigadores han documentado a lo largo de los años que las PVVS pueden tener una adherencia pobre a los antirretrovirales y que, con frecuencia, los grupos de riesgo viven condiciones que los obligan a romper su vínculo con los servicios de atención en salud.

Esta situación llamó la atención a Gardner et al. (2011), quienes la percibieron como un obstáculo para la implementación de estrategias exitosas para la identificación y el tratamiento tempranos, lo cual tendría como consecuencia un fracaso en la contención de la epidemia del VIH/Sida. A la luz de sus reflexiones determinaron que existe una diferencia entre lo que llamaron *cascada* y *continuum* de cuidado que permite explicar el comportamiento de las personas ante los servicios ofrecidos.

**Figura 7. Espectro de involucramiento en el cuidado del VIH en Estados Unidos descrito por Gardner y colaboradores.**



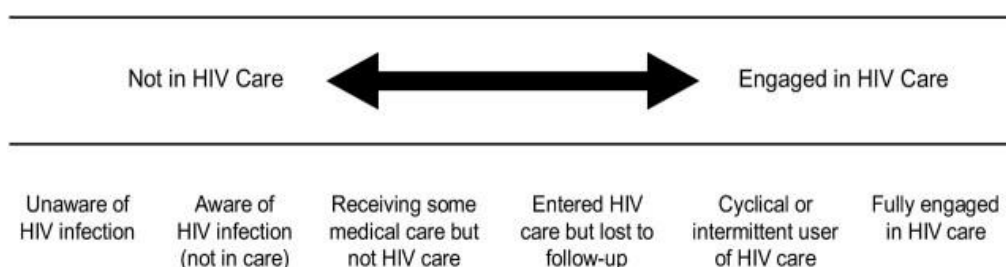
**Fuente:** Gardner et al. (2011)

Según explican Kay et al (2016) retomando las palabras de Gardner, la cascada de cuidado se refiere a la secuencia de pasos perseguidos con la adherencia a la TARV; es decir, la carga indetectable; mientras que el continuum permite explorar los fenómenos y situaciones sociales, culturales y políticas que intervienen en que la cascada llegue a la meta mencionada. Al respecto, Gardner et al. (2011) habían identificado que del total de personas

infectadas por VIH, un cantidad decreciente logra continuar los pasos hacia el estatus de no detectable (ver figura 7).

Producto de estos hallazgos desarrolló la noción del Continuum del cuidado del VIH, que ganó posicionamiento en Estados Unidos a partir del 2013. Con esta aproximación, los autores pretendían ir más allá de la aplicación de pruebas diagnósticas para centrar la atención en la supresión de la carga viral por medio de la adherencia a las terapias antirretrovirales (Kay et al., 2016). El énfasis de este enfoque, según explican los autores, es mantener al individuo vinculado a los programas y servicios ofrecidos para las PVVS, para lo cual consideraron necesario identificar los factores que afectan positivamente a cada etapa de la cascada, pues consideraban que el alcance de la meta final requería abordar cada uno de los pasos por separado.

**Figura 8. Espectro de involucramiento en el cuidado del VIH según el continuum de cuidado del VIH**



**Fuente:** Gardner et al. (2011)

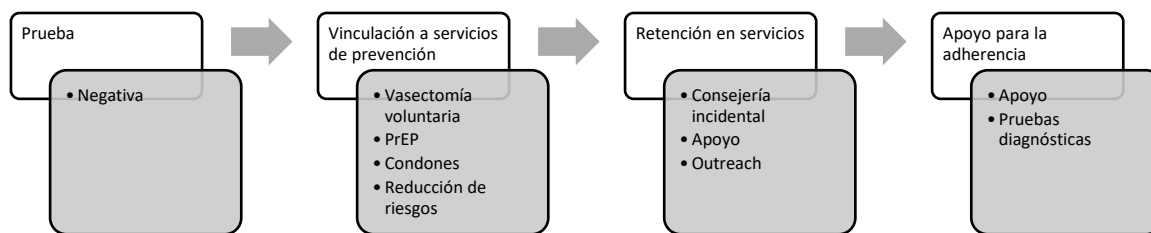
Desde la perspectiva de estas intervenciones, al alcanzar una carga viral indetectable, la persona usuaria de TARV reduce significativamente, no solo la probabilidad de presentar una reducción de la calidad de su vida o morir, sino también su capacidad de transmitir el virus a otras personas. De tal manera, se espera que por la reducción de la carga viral se produzca una reducción de la incidencia de VIH; es decir, una disminución de los nuevos diagnósticos. Pese a dicho efecto, el continuum de cuidado de VIH no se dirige *directamente* a la prevención del VIH, sino a la gestión individual del cuidado por parte de quien vive con el virus (ver figuras 8).

Esto ha cambiado desde una estrategia en la que se procura captar a las personas en riesgo para prevenir que adquieran el virus; esto se conoce como el Continuum de prevención del VIH (ver figura 9), que si bien se basa en el continuum del cuidado del VIH se extiende

a las personas que viven sin el virus con el objetivo de vincularlas a los servicios de prevención, retenerlas y mantenerlas como usuarias de intervenciones para prevenir la seroconversión y la transmisión. Mientras que el continuum de cuidado del VIH tiene como meta que la PPVS se mantenga *indelectable*, con el continuum de prevención de VIH se procura evitar la *seroconversión* (McNairy y El-Sadr, 2014).

Esta perspectiva inicia con la implementación de pruebas diagnósticas, continua con la oferta y vinculación a herramientas de prevención (como la entrega de condones, la prescripción de PrEP, la asesoría para la reducción de riesgo y la entrega de kits aumentar la seguridad durante las prácticas sexuales de riesgo, entre otros), avanza hacia la retención en programas, lo cual puede incluir los *outreach*, una metodología que se basa en llevar los servicios a los lugares donde están las personas de interés, y sigue hacia el apoyo a la adherencia, que puede darse con repetición de pruebas diagnósticas.

**Figura 9. Continuum de prevención del VIH**



**Fuente:** Modificado de McNairy y El-Sadr (2014)

Para las autoras, el continuum de prevención de VIH ha permitido al implementación de las estrategias de prevención combinada, logrando que se gesten intervenciones biomédicas (como la entrega de condones y la prescripción de PrEP), conductuales (como el asesoramiento y la consejería) y estructurales (como la oferta de servicios de financiamiento para la compra de tratamientos) (McNairy y El-Sadr, 2014).

En lo respectivo a la prevención, numerosos autores coinciden en que la adherencia a la PrEP contribuye significativamente a reducir el riesgo de contagio del VIH en personas altamente vulnerables (Konda et al., 2022). Sin embargo, la implementación de los programas PrEP ha llevado a la necesidad de distinguir los elementos que intervienen en que las personas expuestas al VIH sean captadas por los sistemas de atención, retenidas y acompañadas para que alcancen la capacidad para gestionar las acciones de autocuidado para

prevenir la seroconversión; lo cual implica que sea capaz de usar correctamente el régimen de PrEP<sup>17</sup> que mejor se ajuste a sus prácticas y contextos.

Esta reflexión promovió el desarrollo de un modelo llamado Continuum del cuidado de la PrEP. Para su comprensión, las intervenciones basadas en el uso de PrEP se han dividido en un número variable de etapas (Kelley et al., 2015; Nunn et al., 2017; Sánchez, 2008), no obstante, coinciden en cuatro elementos fundamentales; sean (a) la captar a las personas con mayores factores de riesgo hacia el virus y concientizarlas sobre la existencia de la PrEP, (b) garantizar la accesibilidad al tratamiento, (c) prescribir la PrEP junto con intervenciones conductuales y estructurales que permitan (d) garantizar la adherencia y la retención de las personas en los programas.

Kelley et al. (2015) proponen un modelo teórico para el continuum del cuidado del PrEP cuyo propósito es facilitar la categorización de las intervenciones y elaborar una conceptualización de enfoques basados en sistemas para promover el uso de la PrEP. Según explican, siguiendo las ideas de Gardner y McNairy y El Sadr, distinguen los *factores*, por la limitación que produce en la efectividad de los programas de PrEP, y las *intervenciones*, que contribuyen al éxito de cada una de las etapas del continuum de cuidado (ver tabla 8).

En comparación con los continuums anteriormente descritos, en los que se inicia con la realización de pruebas diagnósticas, el continuum del cuidado de PrEP inicia con la conciencia sobre la existencia de la PrEP y la voluntad por utilizarla. Según explican, *la conciencia sobre la PrEP y la subsecuente voluntad por utilizarla*, se han visto favorecidas por los resultados de los reportes de investigación publicados en los últimos años. Según lo explican Blashill et al. (2020), para que una persona se pueda beneficiar de la eficacia de la PrEP, primero debe estar al tanto de su existencia, desear usarla, ser capaz de acceder a ella, y finalmente adherirse al régimen prescrito.

Por su parte, Nunn et al. (2017), incluyen en esta etapa, los procesos de identificar los individuos de mayor riesgo al VIH, fomentar el riesgo percibido e incrementar los conocimientos sobre la PrEP. Como es notorio, ambos argumentos parten de la disponibilidad de información que sea atractiva y que genere una motivación para indagar por el funcionamiento del tratamiento y su disponibilidad local.

---

<sup>17</sup> Se distinguen dos regímenes de uso de PrEP. 1-2-1 y uso diario. El lineamiento para la implementación de la PrEP en Costa Rica contempla la posibilidad de que las personas usuarias adopten un régimen de uso de los fármacos en relación con la valoración del riesgo y las prácticas sexuales.

No obstante, explican Kelley et al. (2015), los conocimientos sobre la PrEP entre HSH son variados y limitados; particularmente en los grupos sociales marginados y socialmente excluido. De igual manera, aun cuando se conoce la oferta de dichos programas, la voluntad por participar de ellos puede ser baja. Este tema ha sido ampliamente abordado en investigaciones sobre los factores que inciden en la participación de los grupos de interés en los programas ofrecidos por las organizaciones.

**Tabla 8. Modelo teórico de continuum del cuidado de PrEP, factores para la captación y áreas de intervención.**

	<b>Factores relevantes para la captación de PrEP</b>	<b>Intervenciones para estimular la captación de PrEP</b>
<b>Consciencia/ Voluntad</b>	Conocimiento sobre la PrEP. Percepción del riesgo/beneficio Barreras para buscar PrEP <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costo</li> <li>- Efectos secundarios</li> <li>- Estigma percibido sobre el PrEP</li> </ul>	Campañas en medios de información Movilización comunitaria Formulaciones de PrEP alternativas Esfuerzos basados en la comunidad para desestigmatizar la PrEP
<b>Acceso a servicios de salud</b>	Individual <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguro de salud</li> <li>- Regularidad de visita a atención primaria</li> <li>- Capacidad de conseguir el medicamento</li> <li>- Transporte</li> </ul>	Opciones de financiamiento Provisión gratuita Aumentar el acceso: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Provisión centralizada.</li> <li>- Mejora de los sistemas de referencia.</li> </ul>
<b>Probabilidad de recibir tratamiento</b>	Proveedor <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimiento sobre la existencia del PrEP.</li> <li>- Voluntad de prescribirlo</li> <li>- Cribado de posibles beneficiarios</li> </ul> Usuario <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reporte adecuado de conductas</li> <li>- No poseer contraindicaciones</li> </ul>	Educación y entrenamiento al proveedor Medios electrónicos para evaluar el riesgo e indicar PrEP Oferta de servicios automatizados
<b>Adherencia y tratamiento</b>	Efectos adversos/ tolerancia Compensación del riesgo Dosificación agendada Adherencia a largo plazo	Consejería <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adherencia</li> <li>- Reducción del riesgo sexual</li> </ul> Sistemas de apoyo a domicilio Sistemas de recordatorio por medios electrónicos.

**Fuente:** Modificado de Kelley et al. (2015)

Al respecto, uno de los elementos de análisis sobre el uso de la PrEP está relacionado con la voluntad expresada por las personas para tomar la TARV de forma profiláctica. De acuerdo con Chakrapani et al. (2022), la OMS la ha recomendado con base en el efecto

positivo que ha demostrado la accesibilidad de la información en la intensidad de la voluntad para tomar PrEP, pues no bastan el riesgo percibido ni calculado cuando la información y la educación no están al alcance de los posibles beneficiarios.

Al respecto, agregan los autores, la percepción del riesgo al VIH, constructo de los modelos de cambio conductual como el Modelo de Creencias de Salud, puede ser un factor relevante para la toma de PrEP. Una de las primeras preocupaciones en torno al VIH/Sida de las y los educadores en salud fue la de cómo diseñar intervenciones con adecuado componente cognitivo para modificar las conductas de los grupos que se habían visto más afectados durante los años siguientes a la aparición del VIH. Según explican Soto et al. (1997), la salud pública echó mano a las teorías cognitivo-sociales y del comportamiento para explicar por qué tales grupos tenían la mayor prevalencia de infecciones y cómo desarrollar intervenciones para modificar sus conductas para reducir el riesgo de quienes aún no se habían infectado.

Fue así que a partir de teorías del aprendizaje y modelos conductistas se desarrolló el Modelo de Creencias de Salud, que es actualmente el modelo teórico de la psicología de la salud que mayor número de investigaciones e interés ha suscitado<sup>18</sup> para diseñar intervenciones preventivas en VIH (Moreno y Gil, 2003). Según explican los autores, estos marcos teóricos parten de que la conducta de las personas en cuanto a la salud descansa en (a) el *valor* que se le otorga a cierta meta y (b) la *estimación* que se tiene de la probabilidad de que una acción lleve a la consecución de esta.

Partiendo de esta teoría, Rosenstock (1974), agregan los autores, identificó cuatro dimensiones principales que intervienen en la adopción de conductas saludables y el cese de conductas de riesgo.

En primera instancia se cuenta con la *susceptibilidad percibida*, que consiste en el riesgo percibido de enfermarse o resultar lesionado como consecuencia de realizar o no una conducta. Una persona, explica el autor, puede negar la existencia del riesgo, aceptarlo posible, pero considerar que el evento no le ocurrirá o estar convencida de que el peligro realmente puede afectarla. A la par de este concepto se encuentra la *severidad percibida*, que

---

<sup>18</sup> Los modelos de psicología de la salud intentan explicar la ocurrencia de conductas protectoras de la salud y preventivas de la enfermedad. Sobresalen entre ellos el Modelo de Creencia de Salud, la Teoría de la utilidad subjetiva esperada, la Teoría de la motivación por la protección, la Teoría de la acción razonada y la Teoría de la autoeficacia (Moreno y Gil, 2003).

se refiere a la creencia de las consecuencias de enfermar y no tratar la enfermedad. Para este modelo la severidad tiene dos tipos de consecuencia, por un lado, están las *médico-clínicas* (tales como la muerte, la incapacidad o el dolor), por otro lado, están las consecuencias *sociales* (tales como el rechazo, la exclusión, la pérdida del apoyo familiar, entre otras).

Para el caso de la puesta en marcha de programas PrEP se parte de que las organizaciones que la ofrecen generan las condiciones para que los grupos de interés tengan una noción coherente entre el riesgo *real* y el riesgo *percibido*, lo cual estimularía la voluntad para tomar el tratamiento profiláctico y tener una adecuada adherencia. Sin embargo, para Rosenstock (1974, citado por Moreno y Gil, 2003), estos dos conceptos no son capaces de explicar por sí mismos el curso de acción que toma una persona en relación con su autocuidado.

Al respecto, Chakrapani et al. (2022) indican que el riesgo percibido y el riesgo real no siempre son concordantes; es decir, que las personas pueden no tener una noción realista del efecto que pueden tener sus prácticas en su salud. Para ilustrar esta situación exponen la investigación realizada por Gallagher y colaboradores en 2014 con 629 HSH de Nueva York de los cuales 78 % de las personas elegibles para PrEP no se consideraban a sí mismas en riesgo suficiente como para tomar antirretrovirales. Gallagher et al (2014) atribuyen este hallazgo a la falta de conocimientos sobre las conductas tipificadas de riesgo y las barreras de comunicación con respecto al sexo entre los grupos LGBTIQ+ y los equipos de salud.

En ese sentido, conviene rescatar las dos dimensiones pendientes expuestas por Rosenstock, que adquieren importancia cuando los grupos de interés están expuestos a intervenciones que pretenden abordar situaciones relevantes desde una perspectiva de salud. Según el experto, las personas sopesan las primeras dos dimensiones en relación con los *beneficios percibidos* de las alternativas de conductas disponibles y las *barreras percibidas* para ejecutar dichas alternativas. Esto significa que el curso de acción se basa en la comprensión de los efectos positivos que tienen las distintas alternativas con las que cuenta y que en dicha elección intervienen los juicios sobre las acciones que deberá ejecutar para mantener la nueva conducta.

Sönmez et al. (2023) exponen la compleja relación entre los beneficios y las barreras percibidas. Según describen, hay grupos que experimentan barreras al acudir a los centros de salud, entre ellos resaltan las mujeres trans y los hombres trabajadores sexuales. Estas

personas suelen denunciar tratos y conductas transfóbicas y discriminatorias, así como desconocimiento de las y los profesionales de salud, quienes posponen la PrEP privilegiando los tratamientos hormonales a consecuencia de las dudas sobre posibles interacciones entre ambos regímenes terapéuticos.

En este mismo sentido, Konda et al. (2022), señalan que las experiencias de estigmatización y rechazo vividos por las mujeres trans ha contribuido a una menor tendencia de este grupo a acudir a servicios de salud y, más específicamente, tener una menor participación activa en los servicios preventivos de VIH. Sobre esto, la voluntad para usar PrEP se ha asociado también al estigma asociado al tratamiento, consideraciones con respecto a comentarle a parejas, familiares o conocidos que se está tomando el tratamiento, y la percepción sobre el VIH (Kelley et al., 2015). Según detallan, los factores que tienen más peso en esta etapa tienen un efecto más significativo en las personas jóvenes y en personas que presentan mayores conductas de riesgo al VIH.

El sociólogo Erving Goffman aborda la complejidad del estigma, la cual conviene discutir en cuanto a la relación con el VIH/Sida, la PrEP y la homosexualidad. De una manera concreta, el autor define el estigma como un “atributo profundamente desacreditador” (Goffman, 2006, p. 13) desde la perspectiva del *otro*; esto significa que el rasgo o atributo poseído por la persona no es por sí mismo suficiente para la estigmatización, sino que adquiere esa función de forma relacional. Por tanto, agrega el autor, “el estigma es, pues, realmente, una clase especial de relación entre atributo y estereotipo” (Goffman, 2006, p. 14) que oculta una doble perspectiva: la situación del desacreditado frente a la del desacreditable.

El autor distingue tres tipos de estigmas; sean, las *abominaciones del cuerpo*, que se refieren a las deformidades físicas; *los defectos del carácter individuales*, como la falta de voluntad, las pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas, la deshonestidad, las cuales se infieren de las perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio y conductas políticas extremistas; finalmente, los *estigmas tribales*, como la etnia, la religión, la nacionalidad, que se distinguen por ser heredados y comunes al grupo de pertenencia (Goffman, 2006).

Para una comprensión de esta doble perspectiva es preciso abordar dos de los tres tipos de estigmas identificados por Goffman; sean las abominaciones del cuerpo y los defectos del carácter. Si bien las primeras se refieren – según palabras del autor – a las

distintas deformidades del cuerpo, puede señalarse que las distintas condiciones del cuerpo pueden constituir *deformidades*. Es decir, el cuerpo del portador del VIH posee una condición abominable toda vez que los fluidos del cuerpo se convierten en una amenaza potencial para las personas normales<sup>19</sup>; cabe retomar en este sentido que el vínculo entre el VIH y la homosexualidad se ha querido establecer con base en un rasgo anómalo del cuerpo homosexual (Llamas, 1994).

Con respecto a los defectos del carácter, tipo de estigma caracterizado por Goffman (2006) como las perturbaciones de la mente y la conducta, incluye a la homosexualidad; que cuando no está atribuida a una alteración genética es vista como una alteración psicológica (Llamas, 1994). De tal modo, el VIH es la consecuencia inevitable de las conductas antinaturales de las personas desviadas.

Sobre esto, Goffman señala que la relación entre el atributo y el prejuicio se activa cuando el individuo que podía haber sido fácilmente aceptado en un intercambio social corriente posee un rasgo que nos lleva a alejarnos de él. Es decir; cuando se revela la existencia del atributo el individuo pasa de ser desacreditable a estar desacreditado. Al respecto, la OPS/OMS (2007) señala que la estigmatización del VIH/sida se ha construido sobre otros estigmas preexistentes, lo que ha establecido un vínculo entre la infección y la muerte, la sangre, el consumo de drogas y la sexualidad. Así, se concibe que las personas infectadas por el virus son inmorales y quienes expresan los signos y síntomas de la enfermedad avanzada – el Sida – frecuentemente son excluidos y rechazados por pensarse que son peligrosos.

Desde la perspectiva de esta organización,

el estigma y la discriminación no son una construcción individual de rechazo hacia determinadas características de un grupo de población, sino que se trata de un proceso social que se ha utilizado para crear

---

<sup>19</sup> Se ha usado a propósito la expresión *normal*, la cual es usada por Goffman (2006, p. 15), quizá a modo de eufemismo, para reunir a quienes no portan el atributo estereotipado: “daré el nombre de *normales* a todos aquellos que no se apartan negativamente de las expectativas particulares que están en discusión”. Para toda ocasión que se cite a Goffman conviene señalar que se han usado los términos de la fuente; a pesar de que en algunos casos pueden ser poco apropiados por su connotación peyorativa.

y mantener diferencias de poder para mantener el control social y reproducir las desigualdades sociales. Así, existen dos categorías de discriminación.

Una es la legislativa, que se refleja en la legislación y/o políticas estatales, como las restricciones a los viajes de las personas con VIH, o la obligatoriedad de las pruebas del VIH o de la comunicación del seroestatus. La otra es la comunitaria, que se centra en el rechazo al nivel de la familia o la comunidad, pudiendo tener, o no, respaldo legal. (OPS/OMS, 2007, p. 27)

En tal sentido, el estigma es una barrera transversal que afecta las oportunidades de los grupos y sus integrantes para gestionar su riesgo. Por un lado, crea una marca de vulnerabilidad que limita sus opciones de desarrollo; por el otro, consolida barreras para escapar a tal situación, y por último impide mitigar sus efectos al impedir incluso acceder a tratamientos farmacológicos o el diagnóstico. Pico-Espinosa et al. (2022, p. 2) advierten esta complejidad de la estigmatización al considerarla tanto un proceso social como una experiencia personal caracterizada por la exclusión, rechazo, vergüenza o devaluación que resulta de la experiencia o anticipación de una juicio social adverso acerca de una persona o grupo que se identifica con algún problema sanitario particular.

Al respecto, para Goffman hay tres formas de comprender cómo las personas estigmatizadas experimentan la estigmatización social; a saber, el estigma experimentado, anticipado e internalizado (Brooks et al., 2019). El estigma experimentado se refiere a las experiencias de discriminación, rechazo y violencia. Este caso ocurre cuando se le niegan oportunidades a una persona con base en su apariencia, vestimenta, comportamientos y expresiones identitarias. El estigma anticipado, se refiere a la percepción y expectativa de vivir en el futuro experiencias de discriminación y prejuicio. Este caso ocurre cuando una persona considera que si revela que mantiene relaciones afectivas abiertas o que consume drogas durante las mismas, será tachada de promiscua y por tanto se la excluirá o se la tratará discriminatoriamente. Por último, el estigma internalizado se refiere a la convicción individual de creencias y pensamientos negativos hacia sí mismo como consecuencia de las experiencias de rechazo vividas.

Para Ortega (2019, p. 3), más allá de la distinción conceptual entre las tres formas de estigmatización, lo relevante es que

las vivencias de estigma efectivamente experimentado a lo largo de la vida reforzarán la internalización del estigma contra la diversidad sexual en su conjunto, que se reproduce constantemente en el marco de las sociedades actuales. A su vez, dicha internalización del estigma experimentado directa o indirectamente favorecerá la presencia del estigma anticipado, como un mecanismo de defensa para evitar nuevos episodios de discriminación, violencia o desigualdad en distintos ámbitos e interacciones sociales.

Es decir, las diferencias experiencias de estigmatización se integran de manera tal que quienes sufren experiencias de discriminatorias a repetición, en contextos que las normalizan, terminan creyéndose, según sus capacidades de resiliencia, que son justificadas.

No obstante, en lo que respecta a la PrEP, el estigma puede tener efectos contradictorios; por un lado, puede mejorar la seguridad y la confianza cuando se mantiene relaciones erótico-afectivas con una persona en un contexto de riesgo aumentado, lo cual puede favorecer la disposición a usar medidas preventivas (Konda et al., 2022), tal como se ha argumentado que ocurre con las personas que se adhieren a la PrEP como mecanismo para evadir situaciones en las que tengan que lidiar con discriminación; por otro lado, los usuarios de PrEP frecuentemente son vistos como promiscuos, inmorales e irresponsables, lo que constituye uno de los factores relacionados con la falta de intención por participar en programas PrEP (Pico-Espinosa et al., 2022).

La segunda etapa del continuum, el *acceso a la atención* se refiere a la forma en que la accesibilidad a los centros de atención y las características de los sistemas de seguridad social y de salud impactan en la posibilidad de que las personas que han optado por usar la PrEP puedan adquirir el tratamiento y acudir a los servicios brindados por las instituciones y organizaciones dedicadas a la prevención del VIH/Sida (Kelley et al., 2015). Así, por ejemplo, las personas que no cuentan con seguro social y carecen de recursos económicos pueden no adquirir el tratamiento aun cuando conocen de su existencia y desean usarlo para gestionar su autocuidado en salud sexual y reproductiva.

Esto ocurre también con la falta de intervenciones que garanticen la descentralización de la oferta de la PrEP. Al respecto, (Kelley et al., 2015) documentaron que la lejanía a los

centros de atención, la edad, el estatus migratorio, los efectos secundarios son razones frecuentemente utilizadas para justificar el cese del uso de la PrEP en participantes de estos programas. En el estudio de Camp et al. (2023) los participantes también señalaron que la falta de distintos métodos de entrega del tratamiento había incidido en que dejaran de usarlo; esto por cuanto presentarse a los centros de despacho les implicaba dificultades.

Una vez una persona ha accedido a servicios que proveen tratamientos antirretrovirales suelen ser evaluados en cuanto a su *elegibilidad*, si lo es, se le ofrece la prescripción. De acuerdo con Kelley et al. (2015), dos clases de factores adquieren peso en esta etapa. Por un lado, está el proveedor de la atención; según señala, la voluntad del proveedor para prescribir el tratamiento puede estar limitada por su conocimiento sobre la existencia del TARV y su uso profiláctico, así como de su incapacidad para valorar objetivamente la idoneidad de la persona para recibir el tratamiento. Por otro lado, agregan, las personas no suelen ser francas sobre sus prácticas sexuales por temor a ser criticadas, juzgadas y rechazadas. Este tipo de situaciones ocurre con una parte de los hombres que tienen sexo con hombres, pues expresar este tipo de prácticas es concebida como una afrenta a su virilidad.

Sobre esto, Calabrese et al. (2019) abordan este fenómeno a partir del estigma estructural, el cual se refiere a las limitaciones al acceso a derechos o servicios a personas de ciertos grupos sociales, culturales o étnicos, impuestas por las instituciones bajo el amparo de políticas o instrumentos normativos, así como a sesgos de los funcionarios de dichas organizaciones, quienes seleccionan arbitrariamente a quienes no prescribir un tratamiento.

De esta manera, dicen Calabrese et al. (2019), algunos estudios han determinado sesgos en el personal médico, encargado de prescribir la PrEP, que los motivan a no recetar condones o PrEP a personas homosexuales, usuarias de drogas, personas que reportan tener varias parejas sexuales y miembros seronegativos de parejas serodiscordantes. En el estudio realizado por los autores se determinó que los HSH blancos tenían más oportunidad de recibir PrEP que los HSH negros, no solo porque estos últimos fueron menos proclives a revelar que tenían sexo con otros hombres, sino también porque se les consideraba menos preparados para adherirse al régimen prescrito.

Pinto et al. (2018) abordan este tema en su discusión sobre los factores relacionados con la implementación de los programas PrEP. A partir de una revisión formulada desde el

enfoque ecosocial identificaron cuatro dominios a los que pertenecen las barreras de estos programas. En los dominios *individual* y *relacional*, que tienen que ver con los conocimientos y actitudes de los usuarios de sistemas de salud y proveedores de servicios, y la relación entre estos, ubican los prejuicios y falta de conocimientos sobre el uso de la PrEP. Así, por ejemplo, la implementación de la PrEP puede ser percibida como una carga económica para los sistemas de salud, por tanto, algunos proveedores elaboran criterios restrictivos que limitan la cantidad de personas a las que se incluye el programa.

De igual manera, identificaron las siguientes barreras para la implementación de la PrEP en los dominios antes mencionados: en el plano de los conocimientos se hayan la falta de entrenamiento para la prescripción de la PrEP, incertidumbre sobre las características de los grupos de riesgo, preocupaciones sobre la cobertura de los seguros; en el plano de las creencias y actitudes identificaron sesgos hacia la etnia y los comportamientos sexuales de los usuarios, preocupaciones sobre la eficacia, la toxicidad y la resistencia, incertidumbre sobre el efecto en la compensación del riesgo; es decir, consideraban que al usar la PrEP se incentivarían conductas de riesgo como el sexo sin condón (Pinto et al., 2018).

Debe considerarse, en este sentido, que los criterios de elegibilidad para la PrEP son definidos por organizaciones internacionales; por lo tanto, existe de una predisposición hacia excluir a algunos individuos que no encajen con la definición usada de *grupo de riesgo*. Esto, como describen Calabrese et al. (2019) puede propiciar una discriminación positiva; en el sentido de que se asume que quienes reúnen algunos rasgos de conducta pueden ser instados a participar en programas PrEP aun cuando sus prácticas sexuales no sean riesgosas.

En los dominios de *comunidad* y *políticas* se identificaron factores que afectaban todas las etapas del continuum del cuidado de la PrEP. Por ejemplo, los sistemas de salud no mantenían una comunicación efectiva con las organizaciones comunitarias, por lo que estas últimas desconocían las alternativas para abordar situaciones particulares de los posibles beneficiarios de los programas disponibles; barreras de financiamiento, debilidad de los sistemas de referencia y contrarreferencia, desabasto en las farmacias, y prácticas discriminatorias hacia los colectivos LGBTIQ+.

La última etapa es la *adherencia* y *eficacia*, ésta última depende de la adherencia al tratamiento; es decir, a un correcto uso (Blashill et al., 2020).

Nicholls et al. (2021) advierten, sobre la adherencia a los antirretrovirales problematizando por un lado la tendencia a considerarla en función de los conocimientos, creencias y acciones razonadas de quienes usan dichos tratamientos y, por otro lado, procurando *ir más allá* de pensarla como una práctica situada, para discutir el efecto de un contexto histórico, político y geográfico que permite considerar los aspectos encarnados de la adherencia; es decir, las formas en que las experiencias vividas y las sensaciones sobre la salud, la enfermedad y los efectos secundarios se actualizan cotidianamente con la toma de cada píldora.

Así, Nicholls et al (2021) señalan que la adherencia a la TARV no consiste exclusivamente en el cumplimiento del régimen tal como fue prescrito, pudiendo medírsela en relación con los olvidos y/o retrasos de las tomas, puesto que cada toma requiere una planificación que incluye cómo se relaciona el usuario con otras personas y con los objetos y situaciones de su cotidianidad. Al respecto, un usuario de TARV puede necesitar subjetivamente evitar interacciones sociales al momento de tomar el tratamiento por lo que puede implicarle que se conozca su estatus serológico o por los efectos secundarios que pueden seguir al tratamiento. Sin embargo, aclaran, esto no debe llevar a que se considere la adherencia como una rutina de acciones planificadas; antes bien, debe pensarse en una *adherencia situada* en el sentido de que las experiencias previas sirven de insumo para tomar cada día la decisión de tomar el tratamiento.

Smith et al. (2023) realizaron un estudio tomando como base los argumentos de Nicholls y colaboradores en el que abordaron la adherencia a la PrEP en HSH australianos. En su estudio, un participante relaciona como recordatorios para tomar la PrEP: estar en casa, levantarse con su pareja y alimentar a su mascota. Para él, una interrupción en esto puede hacerle olvidar una toma. Otro participante planifica sus tomas en relación con los encuentros sexuales que considera que podrá tener, lo cual es importante puesto que la PrEP puede adaptarse a la probabilidad de que ocurra una exposición. Otros planifican cada toma en relación con las actividades que van a realizar cada día y los efectos adversos que puedan hayan experimentado; así, distancian o separan una toma del medicamento con respecto a los horarios de reuniones, de alimentación o de actividades fuera de casa.

A la luz de esto, Smith et al. (2023, p. 1759) se refieren a la adherencia como una agencia distribuida e indican que,

aunque la adherencia a menudo se constituye en medicina como una cuestión de acción razonada, privilegiando a un actor racional individual que responde a instrucciones médicas, sostenemos que la dosificación implica una agencia distribuida en la que la práctica de la dosificación se coordina a través de actores humanos y no humanos entrelazados, así como como disposiciones espaciales y temporales. Algunos de sus elementos son cotidianos o fortuitos, mientras que otros implican atención y cuidado deliberados o un conjunto específico de condiciones o situaciones, para garantizar que se produzca a tiempo y según lo programado.

Se ha señalado que las consecuencias del estigma han sido ampliamente también tienen efecto sobre la adherencia. Por ejemplo, Chautrakarn et al. (2022) señalan que provoca una adherencia subóptima, la discontinuación reiterada del tratamiento, la abstención de mencionarlo a las parejas sexuales o personas cercanas y reduce el potencial de divulgar su existencia entre posibles beneficiarios. En su estudio, realizado en Tailandia, determinaron que hasta la quinta parte de los participantes – principalmente HSH – suelen ocultar a sus familiares, amigos o parejas afectivas o sexuales el uso del PrEP por vergüenza o temor a que piensen que se han infectado del VIH.

En el estudio realizado por Konda et al. (2022), el que se analizó la adherencia a la PrEP en mujeres trans, se determinó que la adherencia se reduce con el tiempo; como factores relacionados mencionan la incapacidad de los servicios de salud de adaptarse a las necesidades de este grupo y la falta de intervenciones que garanticen la accesibilidad y la aceptación del tratamiento. Esto refleja fallas en el incentivo de las condiciones que favorezcan las primeras etapas del continuum de cuidado del PrEP. En este sentido, el fracaso en la adherencia tampoco es un resultado exclusivamente de la persona que toma un tratamiento; puesto que en ocasiones la incapacidad de los centros de salud para dispensarlo interviene en las interrupciones y el cese de la continuidad de los programas PrEP.

Como intervenciones diseñadas para los factores que actúan en esta etapa se han propuesto las consejerías, mecanismos para reducir el impacto económico del uso del tratamiento y la implementación de recordatorios por mensajería instantánea. Sin embargo, es evidente que cualquier cambio social, económico o político-institucional que amenace la

sostenibilidad de los programas PrEP y la oferta del tratamiento implican la posibilidad de cese en el uso del tratamiento y por tanto en la adherencia. En el caso costarricense se ha visto que durante la implementación del programa PrEP al menos en dos ocasiones se ha alertado sobre la posibilidad de que el país no logre mantener en funcionamiento el programa piloto.

## Capítulo III Marco Metodológico

*Es claro, sería monstruoso atribuir significado, en el sentido de juicio moral, a la difusión de una enfermedad infecciosa. Pero es posible que sea menos monstruoso que te inviten a contemplar con ecuanimidad la muerte que se abate en una escala tan horrorosa. (Sontag, 1977)*

### A. Diseño Metodológico

#### 1. Enfoque de investigación

Para abordar el tema de estudio se adoptó un enfoque de investigación cualitativo de diseño fenomenológico. De acuerdo con Hernández et al. (2014), la investigación cualitativa se desarrolla como un proceso adaptativo no lineal, lo que implica que puede variar conforme se conducen sus distintas etapas; sigue una lógica inductiva yendo de lo particular a lo general, no parte de una hipótesis, aunque puede elaborarlas conforme se avanza en el proceso de recolección y análisis de los datos, recolecta datos de forma no estandarizada o predeterminada de forma completa, por lo que se sirve de preguntas abiertas e instrumentos flexibles que permiten elaborar descripciones detalladas de experiencias y vivencias particulares; tiene una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de las personas. Su objetivo final, agregan, es generar conocimientos en torno a un problema de estudio desde una perspectiva de quienes lo viven.

Por otro lado, la fenomenología ha ido ganando cada vez más terreno en el ámbito de las investigaciones en salud; no han quedado fuera de discusión fenómenos como la naturaleza y la gestión del cuidado, la vivencia de la salud y la enfermedad, la resiliencia frente a situaciones angustiantes que amenazan la vida social y el significado mismo de la vida (Butler, 2023; Rivera y Herrera, 2006; C. Rodríguez, 2015).

En cuanto a esto, Rodríguez (2015) señaló que uno de los principales propósitos de la corriente fenomenológica se basa en el análisis de cómo se construye la experiencia social y se ordena bajo esquemas y categorías de entendimiento; es decir, se les otorga significado y, finalmente, se produce la acción social. La autora, quien recurre principalmente a los planteamientos de la sociología fenomenológica Alfred Schütz analizó el significado cultural

del VIH frente a la implementación de estrategias preventivas y concluyó que en la sociedad de Guinea Ecuatorial, donde operan modos de vida tradicionales, el uso del condón durante las relaciones sexuales se asocia al estatus seropositivo; de tal manera, el rechazo a este método de barrera lleva implícito no solo el temor a revelarse como PVVS, sino también a las consecuencias del rechazo que activaría.

Por otro lado, Butler (2023), quien reflexionó sobre el impacto social de la pandemia de la COVID-19 en la vida de las personas en el contexto de las restricciones, el aislamiento y la incertidumbre frente al contagio y la muerte, puso de manifiesto los principios fenomenológicos de la interdependencia y la intersubjetividad al exponer con crudeza que, si bien la humanidad está vinculada, acepta y tolera una cantidad de enfermedad y muerte que, reiteradamente, impacta a los mismos grupos sociales: migrantes, minorías étnicas y sexuales, ancianos y personas pobres.

La reflexión planteada por Butler, aunque remite al contexto de la epidemia de la COVID-19, invita constantemente a preguntarse de qué manera la epidemia del VIH/Sida, con sus más de cuatro décadas en marcha, ha cristalizado en discursos significantes que permiten tolerar tasas de incidencia y prevalencia que se elevan, la inacción frente a los problemas sociales que provoca, la respuesta ineficiente de los sistemas de salud que impone barreras de acceso para quienes han vivido de cerca la pérdida de amistades, familiares y seres queridos. De igual manera, arroja interrogantes sobre por qué el rechazo al autocuidado, la adopción de conductas de riesgo y la percepción de invulnerabilidad al VIH siguen impactando negativamente en la prevención del virus aun en personas que conocen sus efectos y los modos de prevenir la infección.

Como demostraron Butler (2023) y Rodríguez (2015), la fenomenología se interesa por el mundo en el que ocurren las vivencias de los sujetos. Este mundo, planteó Schütz (1962, citado por C. Rodríguez, 2015) es la suma total de objetos y sucesos dentro del mundo sociocultural, tal y como lo experimentan cotidianamente las personas. En él, agrega la autora, están comprendidas las maneras posibles de vivir y experimentar y constituir una vida social; las cuales ocurren en mundos que, si bien son preexistentes, se actualizan con cada interacción.

Desde la perspectiva fenomenológica, las interacciones ocurren en contextos que ya existen previamente y están cargados de construcciones sociales y culturales que dictan en

mayor o menor medida cómo ocurren estas interacciones y que, a la vez, están abiertos a las transformaciones. Esto es clave, antes de continuar, pues las tres premisas del modelo eco-social de Nancy Krieger (2021) son coherentes con aquellos presupuestos fenomenológicos al considerar que los seres vivos interactúan y son parte de un mundo dinámico preexistente que incluye a los seres vivos y los elementos del ecosistema (aire, agua, pero también instituciones, estructuras sociales...), y que dichas interacciones dejan huellas significativas que son capaces de modificar las conductas, los pensamientos y los significados atribuidos a los elementos del mundo.

De esta manera, el enfoque cualitativo fenomenológico se consideró ideal para explorar las experiencias de los HSH que participan en programas de implementación de PrEP pues generan conocimientos sobre aspectos relacionados con la percepción que tienen sobre las intervenciones de salud públicas diseñadas para abordar un tema sensible y cargado de fuentes de estigma como el VIH, la homosexualidad y la serofobia (Chaves, 2022).

Esto es especialmente particular para contemplar elementos de análisis y discusión sobre los resultados y las vivencias aprendidas por los HSH durante su participación en los programas PrEP desde una perspectiva cualitativa que informe de aspectos cuáles son las percepciones que tienen los usuarios sobre dichos servicios, identificar qué expectativas tienen de tales programas, cuál es el significado atribuido a su participación en intervenciones preventivas de VIH y qué aspectos de la relación interpersonal entre los usuarios actuales y potenciales y el personal sanitario están afectando los indicadores objetivos del programa PrEP.

## **2. Diseño de investigación**

Se entiende por diseño al plan o estrategia concebida para responder al planteamiento del problema o pregunta del estudio (Hernández et al., 2014). Conviene aclarar que si bien Norlyk y Harder (2010, citados por Hernández et al., 2014) han identificado 18 propuestas de diseño fenomenológico, el propósito es siempre explorar, describir y comprender las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno y descubrir los elementos comunes de tales vivencias, lo cual se logra a través del trabajo directo con las declaraciones de los participantes por medio de una secuencia de acciones investigativas que inicia con el planteamiento de la pregunta, avanza hacia la recolección de información y conduce a la

elaboración de una narrativa general que organiza los discursos en categorías y temas comunes que son vinculados a los contextos (temporalidad, espacio, corporalidad y contexto relacional) de los cuales emergen (Hernández et al., 2014).

Al respecto, para van Manen y Adams (2010, citados por Tuohy et al., 2013) el *espacio* se refiere al entorno en que ocurren los fenómenos de interés, el *tiempo* fenomenológico se considera subjetivo y por tanto se somete a la forma en que lo percibe cada individuo, la *corporalidad* corresponde a aceptar que la experiencia de los fenómenos ocurre en el cuerpo propio y que las experiencias dejan su impronta en el cuerpo de quienes las viven (Krieger, 2021), y que el *contexto relacional* implica que las interacciones humanas son intersubjetivas y están profundamente afectas por las interacciones que ocurren diariamente en múltiples contextos, entre ellos los entornos sanitarios.

El diseño adoptado en esta investigación fue la fenomenología empírica. De acuerdo con Öhlén y Friberg (2023), la fenomenología empírica ha tenido amplia aplicación en el ámbito de la salud en investigaciones en enfermería, el cuidado de la salud y las experiencias de personas en relación con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Su interés, agregan, es exponer un fenómeno de tal manera que permita obtener mayor conocimiento sobre cómo es percibido y cuál es el significado asignado, de ahí que haga un uso deliberado de expresiones como *curso de vida*, *intencionalidad*, entre otros, que adquieren relevancia para la gestión del cuidado y la provisión de cuidados.

En este sentido, se consideró que el diseño fenomenológico empírico permite una mejor aproximación al fenómeno de interés, pues al enfocarse menos en la interpretación del investigador y más la descripción de las experiencias de los participantes, permite brindar detalles iniciales para comprender cómo ocurren y son vividas por las personas (Hernández et al., 2014).

Por otro lado, siguiendo a Cresswell y Wertz et al, Hernández et al. (2014) señalaron que los procedimientos básicos de la fenomenología empírica son:

1. Determinar y definir el problema o fenómeno a estudiar.
2. Recopilar los datos sobre la experiencia de diversos participantes con respecto al mismo tema.

3. Analizar los comportamientos y narrativas personales para tener un panorama general de las experiencias.
4. Identificar las unidades de significado y generar categorías, temas y patrones, detectando citas o unidades claves.
5. Elaborar una descripción genérica de las experiencias y su estructura (condiciones en las que ocurrieron, las situaciones que las rodean y el contexto).
6. Desarrollar una narrativa que combina las descripciones y la estructura a fin de transmitir la esencia de la experiencia en cuanto al fenómeno estudio.

Para, Aspers (2009) y Martínez (1996), esta secuencia de pasos no se realiza de forma lineal, sino que ocurre de forma iterativa, de forma tal que el investigador puede devolverse sobre los pasos para perfeccionar su diseño conforme avanza en la recolección y análisis de la información.

En cuanto a la determinación del fenómeno de interés (paso 1), se recomienda que el investigador adquiera conocimiento sobre el tema de interés y sobre las teorías con las que se ha abordado preguntas relacionadas con el mismo. Martínez (1996), por otro lado, llama a este proceso *Etapas previa o de clarificación de presupuestos*, la cual consiste de una aclaración de presupuestos y preconcepciones que puedan influir positiva o negativamente en la recolección de información; en este proceso se debe realizar un análisis de las aproximaciones teóricas aplicadas para comprender y explicar el fenómeno de interés.

El cumplimiento de esta etapa tiene utilidad para identificar el diseño de investigación que puede dar respuesta a la pregunta formulada. Para este estudio, el investigador revisó literatura sobre estudios de diseño cualitativo fenomenológico para ganar familiaridad con la investigación en prevención del VIH y la implementación de la PrEP, para este objetivo se consultaron distintas fuentes académicas (repositorios, revistas, bases de datos) buscando estudios sobre HSH, VIH, PrEP y salud pública<sup>20</sup>.

Los pasos 2 y 3 antes descritos son comprendidos por Martínez (1996) como la *Etapas descriptiva*. Según indica el autor, el objetivo de esta etapa es producir una descripción del fenómeno en estudio que resulte lo más completa y no prejuiciada posible y refleje la realidad

---

<sup>20</sup> La mayor parte de las fuentes consultadas han sido citadas a largo de este documento por lo que no se mencionan en este apartado.

de cada sujeto, su mundo y su situación de forma auténtica. Corresponden a ella los siguientes pasos:

- a) **Elección de la técnica o procedimiento:** La investigación fenomenológica profundiza en las experiencias de los sujetos participantes del estudio; por tanto, requiere de técnicas y procedimientos que permitan adentrarse en los discursos para extraer su complejidad (Martínez, 1996). La recolección de los discursos se realizó por medio de entrevistas en profundidad guiadas con una entrevista no estructurada. Al respecto, Aspers (2009) sugiere llevar a cabo entrevistas no estructuradas basadas en las teorías seleccionadas en la primera etapa de la investigación para con ello elaborar marcos de referencia que, en esencia, permitan guiar la entrevista y mantenerla dentro del fenómeno de interés. El instrumento diseñado para esta investigación se elaboró con base en la reflexión de los temas abordados en el capítulo 2 de este informe.
- b) **Realización de la observación, entrevista, cuestionario o reporte:** Constituye el proceso de recolección de los relatos por medio de la entrevista (o la técnica seleccionada); la cual requiere el cumplimiento de los requisitos éticos previos, tales como la discusión y firma del consentimiento informado y la definición previa del sitio para la realización de las entrevistas. En cuanto a lo realizado en esta investigación, una vez se contactó a los sujetos siguiendo las técnicas que se describirán más adelante, se negoció con la persona informante el establecimiento de la modalidad (virtual o presencial) para la conducción de las entrevistas. La firma de los consentimientos informados se realizó por medio de firma digital (cuando la entrevista se hizo por llamada telefónica) o de firma física (cuando la entrevista fue presencial) y fue requisito fundamental para la participación en el estudio la discusión y firma del consentimiento informado.
- c) **Elaboración de la descripción protocolar:** Martínez (1996) llama *descripción protocolar* a la transcripción de las entrevistas. Para Martínez y Trejo (2012) el documento resultante refleja el fenómeno como se presentó, sin omitir datos, sin proyectar ideas y con clara ingenuidad disciplinada; es decir, sin adelantarse a conclusiones. La transcripción de las entrevistas fue realizada por el investigador

con un máximo de dos días después de conducida la entrevista para garantizar un primer acercamiento de familiarización con los discursos. Estos protocolos se almacenaron como documentos digitales y fueron protegidos con contraseña para evitar la vulneración de los derechos de los informantes protegidos por el plan de garantía ético oportunamente detallado.

El producto final de estos pasos, tal como se señaló, es la transcripción de las entrevistas, las cuales constituyen productos de primera mano para avanzar hacia el análisis de las experiencias narradas. Los pasos 4 al 6 de la propuesta de Hernández et al. (2014) coinciden con lo que Martínez (1996) llama *Etapas estructural*, la cual corresponde a la fase más laboriosa del estudio, pues conlleva el análisis de las descripciones protocolarias. Se siguieron los siete pasos descritos por Martínez:

- a) **Lectura inicial de la descripción de cada protocolo:** Conlleva una lectura profunda, analítica, reflexiva y abierta de la información recopilada. El autor recomienda no adelantarse a las conclusiones y mantener una actitud ingenua y objetiva que permita formular preguntas que estimulen los procesos analíticos.
- b) **Delimitación de las unidades temáticas:** Leal (2004) lo entiende como un paso en el que inicia la identificación de los temas centrales, por lo que requiere revisar cuidadosamente los cambios de temas, las interrupciones, la devolución a temas ya abordados y los vínculos que establece el sujeto con otros temas. En esta investigación, en las descripciones protocolarias se codificó por color cada segmento significativo.
- c) **Delimitar el tema central que domina cada unidad temática:** Conlleva una revisión de los protocolos para identificar las unidades temáticas capaces de abarcar extractos del discurso. El tema central puede contener elementos recurrentes del discurso y expresarse como una idea propia del sujeto; es decir, como un extracto concreto de la descripción protocolar. Por tratarse de una investigación fenomenológica empírica, se contrastaron las unidades temáticas identificando similitudes y diferencias en los discursos de los participantes. A

partir de esto se identificaron temas centrales a los que pertenecían segmentos significativos que permitían dar sentido a los discursos de los informantes.

- d) **Expresión del tema central en lenguaje científico:** Implica reunir los temas centrales en una expresión científica que abarque el tema central, lo cual puede echar mano de los conceptos teóricos identificados durante la etapa de clarificación de presupuestos (Aspers, 2009). Para cumplir con este paso, se siguieron las recomendaciones que Morgan (2011) menciona para asegurar que se introduzca la menor subjetividad y que no se trastoque el verdadero significado de lo expresado por los participantes. Esas recomendaciones dictan que los temas deben ser valorados según la *plausibilidad* e *iluminación*. La primera corresponde a la comprobación, por parte del investigador y del grupo asesor de que existe un respaldo textual que confirme lo que se plantea en el tema central, esto se alcanza mediante el análisis del tema preliminar determinando si existen datos importantes que se dejaron por fuera; la iluminación significa que el tema preliminar aporta una forma de comprender el fenómeno estudiado. Una vez se pueda afirmar que el tema preliminar cumple con lo anterior, se dictamina que hay *consenso*, lo cual significa según Morgan (2011) que la etiqueta “preliminar” puede ser eliminada, quedando así delimitados los temas definitivos. Para completar este paso, fue necesario el acompañamiento de los miembros del Comité Asesor, el cual apoyo la reflexión y la discusión.
- e) **Integración de todos los temas centrales en una estructura descriptiva:** Para Martínez (1996) este es el paso medular de la investigación ya que durante él se descubren las estructuras básicas de relaciones del fenómeno investigado. Esto implica que las categorías de análisis pueden expresar de manera coherente los significados e intencionalidades de los discursos narrados por los informantes. El producto de este paso lo constituye la organización de las unidades temáticas para responder a los objetivos del estudio.
- f) **Integración de todas las estructuras particulares en una estructura general:** Corresponde a la consolidación del discurso que responde al problema de investigación, capaz de aportar las respuestas de la pregunta de investigación. Aspers (2009) advierte que en esta etapa debe prevenirse que los datos sean

adaptados a las teorías; en ese sentido, insta a los investigadores a debatir los presupuestos orientadores y explorar explicaciones alternativas que contribuyan a la generación de conocimientos. En este sentido, la organización final, en el apartado de hallazgos y discusión, no implica una mera expresión de los resultados, sino un proceso creativo de organización de los hallazgos para responder a los objetivos específicos y general del estudio. El producto de este paso se presenta en el apartado de análisis.

- g) **Entrevista final con los sujetos:** Morgan (2011) y Martínez (1996) sugieren seleccionar a algunos sujetos para presentarles la propuesta analítica con tal de hacer una verificación de que se ha alcanzado una aproximación suficientemente cercana al fenómeno.
- h) **Discusión de los resultados:** En esta etapa se comparan las conclusiones del estudio con las conclusiones de estudios similares. A esta etapa corresponde, en este sentido, la triangulación, por lo que se requiere la revisión bibliográfica que asegure que existe coherencia entre las conclusiones que se alcanzaron y las que han sido planteadas en otros estudios.

Si bien en este estudio se completaron las etapas antes mencionadas, en lo respectivo a la fase estructural, se siguió la metodología fenomenológica de Colaizzi como plan de análisis de los datos.

### **3. Sujetos participantes del estudio**

Esta investigación tiene como sujetos participantes a los usuarios de PrEP que se identifican como hombres que tienen sexo con hombres (HSH) que tienen seis meses o más de participación en programas PrEP. Al respecto, el Lineamiento para la profilaxis preexposición al VIH en Costa Rica, emitido por el Ministerio de Salud de Costa Rica define, según las recomendaciones de la OMS, como población objetivo para los servicios de PrEP a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres trans (MTrans), parejas serodiscordantes, y otras poblaciones con incidencia de VIH a 3/100 personas por años (Ministerio de Salud, 2021a).

El Ministerio de Salud es la institución rectora del Sistema Nacional de Salud según la Ley General de Salud (Ley 5359), por tanto, le corresponde, entre otros, definir la política nacional de salud, la normación, planificación y coordinación de las actividades que le competen. El Lineamiento para la PrEP constituye, por tanto, el instrumento que orienta la implementación de los programas PrEP y al establecer los criterios de inclusión de elegibilidad delimita indirectamente la población que puede participar en este estudio.

Según dicho documento, son elegibles como participantes de los programas de PrEP en Costa Rica las personas mayores de 18 años, que no presentan contraindicaciones para el uso del tratamiento antirretroviral, cuentan con un resultado negativo de prueba de VIH y no reúnen criterios de sospecha de infección aguda, se han comprometido a cumplir las recomendaciones y a la adherencia a un programa de seguimiento, poseen un riesgo significativo de contraer la infección (Ministerio de Salud, 2021a).

Es importante reconocer, en este aspecto, que los participantes de este estudio son personas que han sido valorados por equipos profesionales que determinaron que cumplen los requisitos para la prescripción de la PrEP. Al respecto, Para la *Encuesta de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS y estimación del tamaño de poblaciones clave*, conducida por el Ministerio de Salud (2018a), se estimó que tan solo en la GAM en 2017 habían 10127 (8410 – 12725, IC 95 %) personas que se identificaban como HSH. Por otro lado, los estudios realizados de forma incipiente entre el 2000 y el 2008 estimaron, con diversos métodos, que la población HSH en América Latina oscila entre el 6% y el 20 % (Estrada, 2014).

No obstante, al aplicar los criterios del Lineamiento antes comentado, la cantidad de personas participantes del programa PrEP se reduce significativamente:

De los datos que compartió la CCSS en el primer año de implementación (julio 2021-junio 2022), 1437 eran HSH (de un total de 1527 personas). En el ámbito privado, hay dos hospitales que brindan el servicio, Metropolitano y Clínica Bíblica. De julio a diciembre 2021 (10 HSH), y en 2022 (49 HSH). (CONASIDA, Comunicación personal, 17 de abril de 2023)

Por otro lado, conviene aclarar lo que se entenderá por hombre que tiene sexo con hombres (HSH) para los fines de esta investigación. De acuerdo con Estrada (2014), el concepto fue promovido por el CDC en la década de los noventa con el fin de asignar fondos a poblaciones de alta vulnerabilidad sin *insultar*<sup>21</sup> su identidad. Uno de los recursos jurídicos disponibles para el ámbito de la salud donde se incluye el concepto es la *Norma nacional para la atención en salud libre de estigma y discriminación a personas lesbianas, gais, bisexuales, trans, intersex (LGBTI) y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH)* del Ministerio de Salud (2016b, p. 21) donde se señala que

este es un concepto que no corresponde a identidades sexuales, ni a identidades de género, ni a orientaciones sexuales. Este concepto se construye en la base de las prácticas o comportamientos sexuales. Su surgimiento se da en el contexto de la epidemia del VIH y sida, en la cual históricamente se había hablado de hombres homosexuales y hombres bisexuales; sin embargo, se identificó que dichas categorías dejaban por fuera a un grupo de hombres que no se consideran ni homosexuales ni bisexuales pero que sí mantienen relaciones sexuales (sea sistemática o esporádicamente) con otros hombres. Por lo tanto, este concepto pretende agrupar a cualquier hombre que, independientemente de su orientación sexual, ha mantenido o mantiene prácticas sexuales con otros hombres.

De este modo, se entiende a los HSH, a modo de criterio para la inclusión de participantes en el estudio, a las personas que se autoidentifican como hombres que mantienen o han mantenido relaciones sexuales con otros hombres. Tomando en consideración todo lo que se mencionó, se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión para los participantes de este estudio:

**a. Criterios de inclusión**

- Ser mayor de edad.
- Identificarse como hombre que mantiene relaciones sexuales sistemática o esporádicamente con otros hombres.

---

<sup>21</sup> Se mantuvo el término utilizado por la fuente citada

- Ser un usuario activo de PrEP o haberla usado por al menos seis meses de forma ininterrumpida.
- Haber firmado el formulario de consentimiento informado.

#### **b. Criterios de exclusión**

- Ser diagnosticado VIH+ durante el tiempo en que usó PrEP.
- Presentar alguna condición que limite la capacidad cognitiva durante la recolección de los datos (por ejemplo, estar bajo efecto de sustancias psicoactivas).
- Hombres trans; es decir, una persona con asignación de sexo mujer en el nacimiento, que se identifica como hombre.

#### **4. Selección de los participantes**

La selección de los participantes en la investigación cualitativa en salud puede ser problemática debido a que por la predominancia de los estudios epidemiológicos se suelen generar confusiones y juicios erróneos sobre cómo invitar a las personas a participar en estudios en temas de salud (Martínez-Salgado, 2012). La autora señala que son posibles las investigaciones con un pequeño número de informantes; pero estos deben ser correctamente elegidos.

Tomando esto en cuenta se siguieron los criterios acordes a las posibilidades y particularidades del tema de estudio que permitieron proveer una visión comprensiva de la experiencia vivida por los usuarios de PrEP. Al respecto, según Hernández et al. (2014), en este enfoque de investigación no es importante la cantidad de participantes, sino la profundidad que permitan alcanzar en la comprensión del fenómeno de estudio.

En el caso de la investigación cualitativa hay diferentes criterios para proponer la cantidad de participantes del estudio. Para los diseños de investigación fenomenológicos los autores sugieren un aproximado de 10 participantes; no obstante, esta cantidad puede variar conforme se avanza en el proceso de investigación (Hernández et al., 2014). Siguiendo los señalamientos de Martínez-Salgado (2012) se acató el diseño propositivo secuencial por bola de nieve, que consiste en identificar los casos de interés a partir de alguien que conocía a una persona que podía resultar un buen candidato para participar en el estudio.

Rodríguez (2015) pone de manifiesto, en este sentido, que la selección de los participantes se realiza como una mezcla de oportunidad y pertinencia (ver figura 10). Así las cosas; se divulgó la investigación entre personas conocidas del investigador, particularmente aquellas que se vinculaban con actividades relacionadas con organizaciones que trabajan con personas de los colectivos LGBTIQ+. Esto permitió a los interesados ponerse en contacto con el investigador quien, posterior a explicar por vía telefónica o mensajería de texto las generalidades de la investigación, coordinó reuniones breves para indagar el interés de los posibles participantes y la idoneidad de su participación.

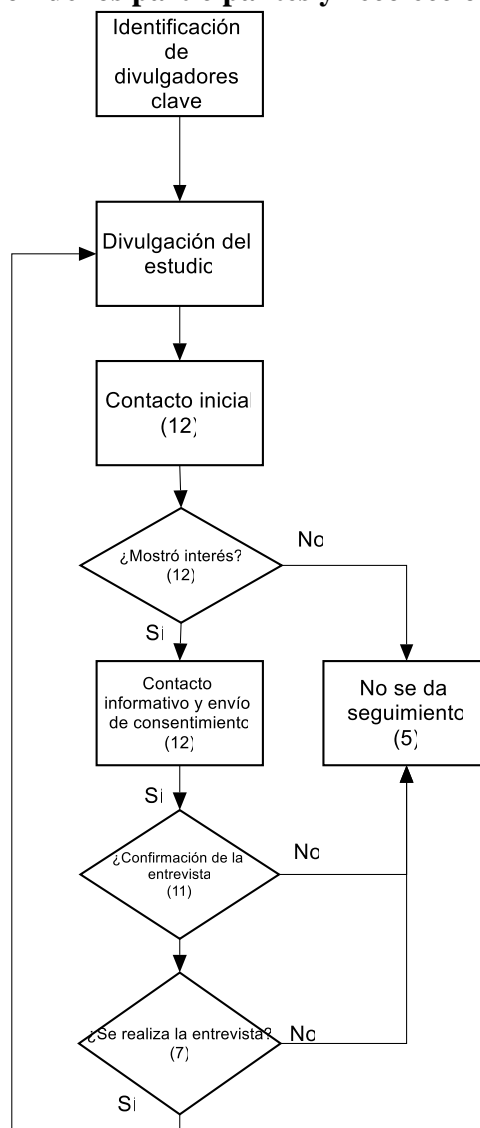
No obstante, la investigación cualitativa demanda que las personas participantes cumplan criterios de idoneidad para su selección (C. Rodríguez, 2015); es decir, su involucramiento dependiendo de los objetivos no se realiza solo con base en la oportunidad. Martínez-Salgado (2012) llama muestreo selectivo a la selección de los participantes en relación con su capacidad de ofrecer información profunda y detallada sobre el asunto de interés. Para fines de esta investigación se consideraron los criterios de inclusión y exclusión antes enunciados como guías para elegir intencionalmente a los participantes que mayor contribución pudieron aportar a la comprensión del tema de estudio. Para garantizar que se seleccionaron los participantes idóneos fue necesario indagar en el tiempo transcurrido por la persona interesada en participar como criterio para considerar que habían vivido experiencias que podrían alimentar una discusión amplia en torno a su participación en los programas PrEP.

Para este estudio el perfil de los participantes correspondió a HSH mayor de 18 años, que tenían como mínimo de participación en los programas PrEP seis meses consecutivos. No se definieron criterios como la nacionalidad, los ingresos, la ocupación, la escolaridad debido a que el objetivo del estudio no radicaba en elaborar un perfil de los participantes ni establecer relaciones entre las experiencias vividas en la participación en los programas y sus perfiles socioeconómicos para elaborar generalizaciones con la pretensión de aplicarlas al total de personas HSH.

Por dicho motivo, también se omitieron restricciones por procedencia geográfica. Tres consideraciones respaldaron esta decisión. Por un lado, la participación de los hombres en las investigaciones sobre salud sexual y reproductiva se ve frenada por la renuencia de los hombres a conversar sobre estos temas (Martínez-Salgado, 2012), lo cual influyó en esta

investigación pues si bien solo logró entrevistarse a siete personas, la cantidad de interesados que desistió de continuar en el proceso fue de cinco personas; las instituciones en las que se implementan los programas PrEP se han concentrado en el área metropolitana del país, por lo que independientemente de la zona geográfica de procedencia se tenía mayor posibilidad de contactar participantes de esta área; por último, porque existen métodos de recolección de información para evitar que la distancia geográfica impida a las personas compartir sus experiencias y opiniones en ámbitos como la investigación.

**Figura 10. Proceso de selección de los participantes y recolección de la información**



### **5. Conceptualización de las categorías de análisis**

De acuerdo con Hernández et al. (2014, p. 426), las categorías cualitativas se refieren a las conceptualizaciones analíticas desarrolladas por el investigador para organizar los resultados o descubrimientos relacionados con un fenómeno o experiencia humana bajo investigación. En los estudios de corte cualitativo el investigador puede proponer categorías a priori que orientan la recolección de la información; sin embargo, durante el proceso de análisis de resultados, estas categorías pueden revisarse para ser eliminadas y desarrollar otras que reflejen las particularidades del contexto en el que se desarrolló el fenómeno de interés (Cisterna, 2005).

El surgimiento de las unidades de análisis, que se detalla en el plan de análisis de datos, adquiere su forma definitiva una vez se ha completado la discusión de los resultados y expresa el sentido que aglutina a las subcategorías analíticas. Para fines de este reporte, las categorías y subcategorías pueden revisarse a continuación (ver tabla 9).

### **6. Recolección de información**

Según Guardián (2007, citada por Chaves, 2022) el propósito de las técnicas de recolección de información cualitativa es la obtención de percepciones, creencias, prejuicios, actitudes, opiniones, significados y conductas de las personas en relación con su interacción con el tema de estudio. A propósito, esta investigación recurrió a la entrevista a profundidad como técnica para recopilar información sobre las experiencias de los HSH en relación con su participación en los programas PrEP ofrecidos en Costa Rica.

Según explican Hernández et al. (2014) la entrevista cualitativa se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona y otra. Esta técnica puede dividirse en tres tipos, a saber, estructurada, semiestructurada y no estructurada o abierta. En el primero de los casos se requiere una guía de preguntas específicas a las que se apega estrictamente la persona investigadora. En el segundo tipo, se cuenta con una guía de preguntas que orienta la conversación, aunque se pueden incluir nuevos ítems conforme transcurre el diálogo, con lo cual se puede profundizar en elementos no contemplados que emergen del discurso del informante. La entrevista abierta, por su parte, no cuenta con una guía de preguntas, sino con una guía de contenidos que ayudan a la conversación.

Para esta investigación se implementó la modalidad de entrevistas semiestructuradas a profundidad que se apoyaron de una guía de preguntas abiertas que animaron a los participantes a expresar sus experiencias, percepciones y opiniones en cuanto a los temas de interés que ya se han mencionada reiteradamente en este documento (ver anexo 1).

**Tabla 9. Categorías y subcategorías analíticas propuestas a priori**

Objetivo específico	Categoría	Subcategoría	Indicadores	Técnicas de recolección
<b>Explorar las motivaciones y expectativas de los HSH que intervienen en la decisión de participar en el programa PrEP y la adherencia al tratamiento</b>	Motivaciones	Prevención del VIH	Razones para iniciar PrEP Percepciones sobre el riesgo de infección	Entrevista a profundidad
		Mejorar la calidad de vida	Expectativas de salud general Influencia en la toma de decisiones	Entrevista a profundidad
	Expectativas	Resultados esperados	Expectativas de la efectividad de la PrEP	Entrevista a profundidad
		Compromiso con el tratamiento	Factores que promueven la adherencia Percepción de la eficacia	Entrevista a profundidad
<b>Identificar las barreras y facilitadores del sistema de salud costarricense que intervienen en la participación de los HSH en el programa PrEP implementado en Costa Rica desde 2021</b>	Barreras	Acceso a servicios	Disponibilidad de PrEP Tiempo de espera Ubicación de los servicios	Entrevista a profundidad
		Estigmatización y discriminación	Experiencias de estigmatización en servicios de salud Percepción de discriminación	Entrevista a profundidad
	Facilitadores	Apoyo institucional	Programa de apoyo Capacitación del personal de salud Acceso a la información	Entrevista a profundidad
		Reducción de barreras burocráticas	Procedimientos simplificados Políticas amigables	Entrevista a profundidad
<b>Discutir el impacto de la participación en el programa PrEP en las conductas sexuales, el bienestar emocional y las relaciones interpersonales</b>	Conductas sexuales	Cambio en prácticas sexuales	Frecuencia de uso de métodos de protección Número de parejas sexuales Prácticas de riesgo	Entrevista a profundidad
			Ansiedad y seguridad	Niveles de ansiedad Sentimientos de seguridad y confianza
	Relaciones interpersonales	Interacciones con parejas sexuales	Calidad de las relaciones Comunicación sobre el uso de PrEP Apoyo de las parejas	Entrevista a profundidad

La entrevista a profundidad, explica Guardián (2007, citada por Chaves, 2022), puede entenderse como una conversación entre dos personas en la que se van turnando el uso de la palabra, de forma que el entrevistador propone temas y el entrevistado aporta las respuestas

desde una perspectiva personal. Su propósito es profundizar en las experiencias del informante. La elección de esta técnica se basó en la posibilidad que ofrece al investigador de adentrarse en las experiencias de los informantes en torno a temas puntuales. Al respecto, Robles (2011, p. 40) sostiene que la

la intencionalidad principal de este tipo de técnica, es adentrarse en la vida del otro, penetrar y detallar en lo trascendente, descifrar y comprender los gustos, los miedos, las satisfacciones, las angustias, zozobras y alegrías, significativas y relevantes del entrevistado; consiste en construir paso a paso y minuciosamente la experiencia del otro.

De acuerdo con Guardián (2007, citada por Chaves, 2022), la entrevista a profundidad permite la reconstrucción de acontecimientos del pasado, esclarece experiencias humanas subjetivas desde el punto de vista de los actores, permite la reflexión de las experiencias vividas y garantiza una mayor eficiencia en el uso del tiempo y los recursos.

En cuanto a los aspectos de implementación de las entrevistas, se realizó un total de 7 entrevistas a profundidad de una duración aproximada de una hora a una hora y quince minutos en las que se discutieron los temas de interés relacionados con la participación en los programas PrEP. Se brindó a los informantes la posibilidad de realizar entrevistas presenciales (3) y por llamada telefónica (4); en ambos casos se grabó el audio y posteriormente se realizó la transcripción y análisis de los datos. Para los casos de entrevistas presenciales, se brindó a los informantes la oportunidad de elegir el lugar para evitar contratiempos y procurar que se encontraran en sitios donde se sintieran confiados, seguros y tranquilos.

## **7. Plan de análisis de datos**

Una de las características distintivas de la investigación cualitativa recae en la forma en que se realiza el análisis de los datos, pues a diferencia de lo que ocurre en los estudios cuantitativos, en estos la recolección y el análisis se llevan prácticamente en paralelo (Hernández et al., 2014). No obstante, esto no significa que este proceso se realice al margen de un seguimiento de pasos que permitan dar credibilidad y sustento a los resultados finales.

Lo cual es de particular interés para los estudios fenomenológicos, en los que se considera que ninguna propuesta debe seguirse rígidamente sin que sean posibles los ajustes en relación con las particularidades del contexto (Hycner, 1985).

Tomando esta consideración, el propósito del análisis de los datos es proporcionar una estructura a información que en apariencia carece de ella, para así comprender en profundidad el contexto y el significado de los relatos recabados (Hernández et al., 2014). Para llevar a cabo este proceso múltiples autores han recomendado una serie de pasos que orientan al investigador para que se familiarice con los discursos recopilados y pueda descifrar los significados implícitos en las narraciones recopiladas. A continuación se expone el plan de análisis de datos ejecutado en este estudio, el cual está basado los siete pasos del análisis de datos para la fenomenología descriptiva de Colaizzi (Allman et al., 2024) y en las recomendaciones de Hernández et al. (2014).

En primera instancia, Hernández et al (2014), distinguen dos consideraciones para el análisis de la información:

- a) *Reflexión e impresiones durante la inmersión inicial.* Según explican Hernández et al. (2014) la recolección de la información no es un acto que inicie específicamente con la aplicación del plan de recopilación de datos; antes bien, durante la etapa preliminar de revisión documental se preparan los instrumentos y se adquieren nociones sobre el rol del entorno y el comportamiento de la población de interés. Esta situación es válida para el estudio que se expone en este documento, pues el análisis de fuentes bibliográficas permitió reflexionar en los conceptos que debían explorarse en las entrevistas; para ello fueron de utilidad los artículos de revistas científicas que informaron de estudios cualitativos sobre temas como la voluntad para usar PrEP en grupos de hombres que tienen sexo con hombres, los factores relacionados con la adherencia y la permanencia en programas de prevención de VIH, el efecto de los prejuicios y la discriminación hacia poblaciones históricamente vulnerables que han sido afectadas por el VIH/Sida, entre otros.

Contemplar esta como una fase del plan de análisis de datos también es recomendado por Cisterna (2005), para quien son de utilidad las premisas y nociones previas que permiten a las personas investigadoras orientarse allí donde no hay antecedentes

previos, tal como ocurre en Costa Rica, por la ausencia de estudios donde se aborde la temática de este estudio.

Así, como parte del plan de análisis de datos se incluyó la inmersión inicial entendiéndola tanto como la adquisición de conocimientos sobre estudios similares en otros contextos, como la reflexión sobre los ajustes requeridos en la conducción de las entrevistas a partir de la escucha de las primeras grabaciones. Esto permitió al investigador familiarizarse con el instrumento y conducir una recopilación más fluida de los datos. No obstante, esta etapa no se ve reflejada en el apartado de hallazgos o de discusión aun cuando vale la pena mencionarla en consideración por su efecto para la fase de recolección de información.

- b) *Reflexiones e impresiones durante la inmersión profunda.* Para Hernández et al. (2014), en virtud de lo anteriormente señalado, la inmersión profunda conlleva mayor fluidez en la recolección de los datos, lo cual se gana conforme se adquiere familiaridad con la población y los instrumentos de recolección de los datos. Esta etapa tiene como resultados, entre otros, la emergencia – al menos tentativa – de nociones generales sobre los temas recurrentes y las diferencias mencionadas por cada participante, la consolidación de conceptos claves que se han advertido o perfilado en las preguntas, y en última instancia un esbozo mental – al menos preliminarmente – de las categorías que podrían estar presentes en el informe de investigación.

En lo respectivo a esta investigación, la realización de las entrevistas fue seguida, siempre a la brevedad posible, de la transcripción y lectura superficial de la misma para afianzar las impresiones y enriquecer las entrevistas consecutivas por medio una mayor conciencia sobre los discursos recolectados. Así, se tuvo presente la recurrencia de temas, lo que permitió enriquecer la guía de entrevista con preguntas que no fueron contempladas en un inicio.

En lo respectivo al análisis de los datos, conviene detallar el posicionamiento de Collaizi y las acciones seguidas en concordancia.

1. **Leer y releer las descripciones protocolares**<sup>22</sup>: Para Collaizi la primera fase del análisis de los datos es la lectura de las transcripciones para obtener un sentido completo de las palabras de los participantes (Allman et al., 2024; Hycner, 1985). En este sentido, se recomienda que las transcripciones incluyan las frases textuales, así como las expresiones usadas por los entrevistados de tal manera que se conserve el sentido de lo expresado y se evite manipular la información antes de iniciar el análisis de su contenido.

Hernández et al. (2014) sugiere respetar dicha práctica a pesar de que pueda conllevar más tiempo para el investigador. De igual manera, explican, al finalizar la transcripción es necesaria una lectura completa de la misma, agregando al margen anotaciones sobre los eventos ocurridos durante la entrevista para su posterior análisis.

En esta investigación, las entrevistas se transcribieron a un documento digital que se protegió con contraseña, se usaron iniciales para distinguir a cada interlocutor. Las anotaciones sobre los eventos ocurridos durante la entrevista no se agregaron en el dicho documento, sino en un cuaderno con apuntes para tal propósito, el cual quedó bajo resguardo del investigador.

La lectura y relectura de las descripciones protocolares se ha mantenido durante la etapa de recolección de información y análisis de los datos.

2. **Extraer los segmentos significativos que pertenecen al fenómeno.** Por segmentos significativos Collaizi entiende a los pasajes del discurso que se refieren directamente al fenómeno de investigación (Allman et al., 2024). Al respecto, Hernández et al (2014) señalan que este proceso implica una codificación en dos planos; en primer lugar, se realiza una *codificación abierta*, a partir de la información en bruto; en segundo lugar, se realiza una comparación de las categorías para agruparlas en temas y buscar posibles vinculaciones.

Para el proceso de análisis, esta etapa se llevó a cabo secuencialmente por medio de una codificación por colores de los segmentos que se referían a temas similares.

---

<sup>22</sup> Para propósito de este informe se han modificado ligeramente los pasos para mantener la coherencia con el diseño metodológico planteado anteriormente. Para una revisión exacta de las fases se recomienda dirigirse a las fuentes citadas en esta sección.

Estos segmentos marcados por colores se mantuvieron en las descripciones protocolarias para prevenir extraerlos del contexto del cual emergieron. La misma codificación de colores fue utilizada en todas las transcripciones.

De este proceso se obtuvo una codificación de categorías distinguidas por colores caracterizadas por su referencia a temas similares. Para esta etapa fue necesario referirse a las preguntas, pues eso facilitó el procesamiento de la información.

Hernández et al. (2014) llama a esta metodología de análisis *proceso de comparación constante* según la cual, por medio de la comparación y agrupación de segmentos va otorgándose significados a los segmentos o unidades y se descubren categorías codificadas según criterios elegidos por el investigador.

3. **Formular significados desde cada segmento significativo.** Aunque en la fase anterior se codifican los segmentos, en esta fase se conduce un análisis de cada segmento para identificar el significado implícito. Para Colaizzi en esta etapa se realiza un esfuerzo por remover los sesgos introducidos durante la codificación (Allman et al., 2024). Considerando la propuesta de Colaizzi, Hycner (1985) indica que en este paso el investigador debe mantenerse todavía en cercanía con la transcripción y los datos que contiene, sin dirigirse apresuradamente a sacar conclusiones finales.

En esta investigación, los segmentos de un mismo color fueron agrupados para revisar su codificación y descubrir su sentido. Conviene recordar que, en tanto se trate de un diseño fenomenológico empírico – como el que aquí se realizó – el objetivo de la categoría que se extrae es describir la experiencia y analizarla, por lo que el propósito en esta fase fue referirse como unidad de sentido significativo a la forma en que mejor se describe qué experiencias vivieron los informantes.

4. **Organizar los significados en grupos de temas.** El propósito de esta fase es agregar los significados en conjuntos temáticos; es decir, elaborar temas abarcadores a partir de distintas categorías previamente identificadas (Allman et al., 2024). Para Hycner (1985), el investigador retoma las preguntas de la

investigación para identificar en qué medida los discursos de los informantes brindan responden a ellas.

En este sentido, los grupos de temas respondieron, en primera instancia, a los objetivos específicos de la investigación y en segundo lugar al objetivo general del estudio. Así, los grupos fueron organizados para informar sobre las ideas previas hacia la PrEP, las experiencias en la participación en los programas, y las recomendaciones para la implementación de los programas a mayor escala considerando las necesidades de la población de HSH.

- 5. Desarrollar una descripción de la estructura esencial del fenómeno o de su esencia.** De acuerdo con Allman (2024), esta etapa plantea una revisión de los pasos anteriores para determinar si el proceso realizado es coherente o presenta contradicciones. El producto de esta fase es la discusión de los resultados con base en los presupuestos teóricos y empíricos disponibles.

Hycner (1985) recomienda elaborar un resumen de las entrevistas incorporando los temas identificados, para con ello detectar la coherencia de los resultados con los discursos provistos por cada informante. Así, es posible detectar incongruencias que deban ser abordadas para subsanar las debilidades de las conclusiones.

En este estudio, cada entrevista fue analizada a la luz de los resultados para conseguir los objetivos señalados anteriormente; sin embargo, se consideró que toda vez que cada informante vivió experiencias particulares y las experimentó de forma única, algunas incongruencias son esperables.

- 6. Desarrollar una descripción de la estructura fundamental del fenómeno.**

Consiste en la eliminación de duplicidades que puedan agregar confusión a los resultados (Allman et al., 2024). El producto de esta fase se recoge en la síntesis de resultados; es decir, en la conclusión de los hallazgos, pues en ella se expresa la descripción final de las experiencias vividas por los informantes y el significado atribuido a las mismas.

**7. Validación de los hallazgos por medio de retroalimentación de los informantes.** Collaizi propuso que se solicite a los informantes una retroalimentación de los resultados para validar si desde su perspectiva las conclusiones reflejan lo que han vivido (Allman et al., 2024). Para esta investigación no se realizó esta fase debido por motivo del esfuerzo necesario para el investigador, tanto en tiempo como en recursos. Sin embargo, se entregó a los informantes un reporte de los hallazgos a modo de cumplimiento de criterios éticos acordados en este estudio.

### **8. Plan de garantía ética**

Como lo establecen la Ley Reguladora de la Investigación Biomédica (N° 9234) y su reglamento (N° 39061-S), esta investigación requirió el cumplimiento de un plan de garantía ética para la protección de las personas que participaron en calidad de informantes.

Para tales fines, el artículo 9 de la Ley 9234 identifica al consentimiento informado como “el proceso mediante el cual una persona confirma, voluntariamente, su deseo de participar en una investigación biomédica”, su objetivo, según agrega este mismo artículo, es proteger a los participantes de cualquier riesgo que se derive de su colaboración en el estudio. El Reglamento, en su artículo 3, reconoce, además, que el consentimiento informado debe garantizar el acceso a la información clara con tal de que el informante o participante comprenda lo que conlleva su participación y así manifieste voluntariamente su deseo de aportar sus experiencias o conocimientos.

Siguiendo esta línea, el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica cuenta con el *Formulario para el consentimiento informado basado en la Ley N° 9234 “Ley Regulado de la Investigación Biomédica”* y el *Reglamento ético científico de la Universidad de Costa Rica para las investigaciones en las que participan seres humanos*”, mismo que toma el marco legal antes señalado para regular la elaboración del consentimiento informado de la institución compatible con la normativa vigente y en concordancia con los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia que deben estar siempre presenten en la investigación científica.

Siguiendo los lineamientos operativos del Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica, esta investigación requirió la elaboración un consentimiento informado

adaptado a las condiciones propias del proceso de estudio planteado, el cual fue anexado al Protocolo de Investigación presentado a la Comisión de Trabajos Finales de Graduación del Posgrado en Salud Pública de la Universidad de Costa Rica.

Como dicta el procedimiento dictaminado por la Comisión, ambos documentos fueron remitidos a revisión por parte de un lector externo, quien emitió recomendaciones para el cumplimiento de los requisitos metodológicos y éticos del estudio. Posterior a la aprobación del lector externo, la Comisión dictaminó, por resolución PPSP-27-2024, que este estudio debía ser valorado por el Comité Ético Científico, instancia a la que se le entregó la documentación respectiva.

El CEC de la Universidad de Costa Rica certificó, por medio de la resolución CEC-416-2024 que el protocolo de investigación cumplió con los requisitos legales definidos por esta universidad y emitió su aprobación (ver anexo 2), lo cual incluyó la aprobación del consentimiento informado que fue utilizado durante la etapa de recolección de información (ver anexo 3)

El investigador contó con un certificado vigente por haber completado satisfactoriamente el curso Buenas Prácticas Clínicas, acreditado por el CONIS, a modo de actualización de los conocimientos sobre el cumplimiento de principios éticos y normativa legal en la investigación biomédica. Este curso fue impartido por la Universidad de Costa Rica de forma virtual durante los meses de julio y agosto de 2023 (ver anexo 4).

## **B. Alcances y limitaciones del estudio**

Costa Rica no dispone hasta la actualidad de investigaciones o informes publicados que aborden directamente las experiencias y necesidades de las personas usuarias de PrEP. Esta situación plantea una limitante en el sentido de que, por cuanto no hay datos sociodemográficos de dicha población o de su trayectoria en la participación de estos programas abiertos para el diseño de estudios como el que aquí se planea, los criterios para la definición de la población y la muestra están basados en supuestos teóricos que podrían no reconocer variables relevantes para garantizar una mayor representatividad en la selección de informantes.

Por esta razón, el diseño metodológico de este estudio consideró criterios de inclusión y exclusión que permitieran maximizar la cantidad de informantes, priorizando aquellas

personas que por su tiempo como usuarios de PrEP ofrecieran información más amplia y detallada para el análisis. Para Hernández et al. (2014), los muestreos homogéneos y en cadena (por “bola de nieve”), subsanan estas deficiencias al identificar informantes con rasgos comunes o afines que reúnan características ya conocidas o de interés para la investigación.

En este mismo sentido, si bien las investigaciones cualitativas no pretenden generalizar sus resultados, sino comprender fenómenos desde la perspectiva de los informantes (Hernández et al., 2014), la reducida cantidad de participantes constituye un aspecto limitante pues reduce la posibilidad de indagar un mayor número de relatos para enriquecer, por medio del análisis de los elementos comunes y diferentes, la discusión de los resultados. Aun así, cabe señalar que desde la perspectiva de los autores los estudios fenomenológicos tienen un tamaño muestral sugerido de 10 informantes; por tal razón, y por la dificultad experimentada para reclutarlos, se definió esta cantidad para completar la etapa de recolección de información.

En lo referente a los alcances, la dimensión subjetiva, relacionada con cómo perciben los servicios brindados, cómo cambia la participación en los programas la vulnerabilidad percibida al riesgo del VIH y las prácticas sexuales, qué necesidades no están siendo suficientemente abordadas o son percibidas como fortalezas, aporta una mejor comprensión del comportamiento de los indicadores de seguimiento de los programas PrEP, ampliando la capacidad para entender el trasfondo de los datos cuantitativos; sobre todo al considerar el escalamiento a nivel nacional como parte de una política de salud pública accesible para todos y todas.

Esta investigación ofrece dicho alcance comprensivo para coadyuvar al analizar del impacto y el beneficio que tiene la inclusión de la PrEP en el marco de las estrategias combinadas para la prevención del VIH-Sida, así como corregir las áreas con oportunidad de mejora. Por lo que tiene implicaciones para la gerencia de los servicios de salud al proponer criterios para fortalecer las modalidades de atención integrales y los estudios de impacto alimentados por información subjetiva emanada de quienes utilizan los servicios y se hallan en condiciones de vulnerabilidad.

### **C. Cronograma**

El cronograma que se presenta a continuación (ver anexo 5), resume la secuencia de pasos seguidos para la presentación de este estudio.

## Capítulo IV Resultados

A continuación, se presentan los resultados de este estudio. Esta sección se organiza en cuatro apartados. El primero corresponde a las características de los participantes, las cuales permiten contextualizar los sitios de posicionamiento de sus discursos frente a sus experiencias de participación en el programa PrEP. Como se mencionará, se trata de un conjunto de siete participantes con características socioeconómicas relativamente similares.

Los siguientes tres apartados se relacionan con los objetivos específicos. En el primer apartado se abordan las motivaciones y expectativas relacionadas con la participación en el programa PrEP, las cuales se refieren a lo que esperaban con el uso del profiláctico. El segundo apartado aborda al sistema de salud y al posicionamiento de los proveedores de asistencia como factores facilitadores y creadores de barreras para el acceso y la prescripción del tratamiento. En el tercer apartado se discute el efecto de la participación en el programa en tres aspectos de la salud sexual; sean, el bienestar emocional, las relaciones interpersonales y las conductas sexuales.

A diferencia del apartado de características de los participantes, los tres últimos apartados se elaboraron a partir del plan de análisis de datos detallado en el capítulo de diseño metodológico. Con el fin de evitar la reiteración de contenidos, los extractos de los relatos se incluyeron en el capítulo de discusión. Esto a su vez permitió un diálogo entre los recursos teóricos y los discursos de los entrevistados, lo que permitió llevar a cabo la triangulación que da validez al análisis del autor.

### **Características de los participantes**

Para la recolección de información se contactó a doce personas quienes mostraron interés en narrar sus experiencias como usuarios de PrEP. De ellas, cinco no fueron entrevistadas por distintas razones; en su mayoría, no asistieron a las entrevistas una vez se habían agendado y solicitaron el reagendamiento en varias ocasiones (algunos de ellos hasta tres veces), una persona no confirmó su voluntad por ser entrevistado después de haber leído y comentado el consentimiento informado. Este recuento, sin embargo, no incluye a los potenciales participantes contactados inicialmente, pero que al informar haber suspendido el uso de PrEP no fueron elegibles como participantes. Sin ánimo de ser exhaustivo, puede

señalares que esta cantidad se aproxima a cinco personas, por lo que se contactó entre 15 y 20 personas durante el periodo de recolección de información.

La conducción de estudios sobre masculinidades, salud sexual y reproductiva en hombres y VIH, si bien tiene una larga trayectoria (Batres, 2012), ocasionalmente se enfrenta a dificultades relacionadas con la reticencia de los potenciales participantes. Esto tiene múltiples causas; entre ellas los enfoques de investigación, las metodologías de recolección de datos, y la propia construcción de la masculinidad, frecuentemente asociada a un desinterés por abordar temas sensibles o relacionados con la salud (Menjívar, 2010).

Sin disponer de datos públicos sobre las tasas de discontinuidad del programa PrEP, o de la cifra más actualizada y detallada de usuarios (en las que se incluya el rango de edad, los lugares de residencia, los plazos de continuidad en el programa), es imposible sortear retos para acercarse a los usuarios actuales, e incluso para investigar otros aspectos de la implementación del programa, como las causas detrás de la discontinuidad y los perfiles de las poblaciones que han participado en el programa en alguna ocasión.

Poniendo esto en escena, se entrevistó a siete personas, a quienes se llama *participantes*, todos ellos usuarios del programa PrEP ofrecido por la Caja Costarricense del Seguro Social, residentes del Gran Área Metropolitana, con edades entre 20 y 35 años. Esta población cuenta con características similares que están determinadas parcialmente por los criterios de inclusión del Lineamiento de implementación de la PrEP del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, 2021a) y del Manual de la Caja (CCSS, 2021). No obstante, también se reconoce que la disponibilidad del programa dentro de la GAM determina en gran medida las características sociodemográficas de quienes pueden acceder al programa. Lo cual se refleja en la conformación de un grupo homogéneo de personas adultas jóvenes, con alta escolaridad y con condiciones económicas favorables.

Al respecto, los participantes cuentan con estudios universitarios en áreas como bibliotecología, economía, ingeniería, psicología, entre otras, y se reconocen como personas interesadas en las investigaciones sobre prevención de VIH, lo cual es expresado como un interés adquirido durante sus estudios universitarios, en los que tuvieron cursos relacionados con el área de la salud, o que participaron en campañas diagnósticas y de educación ofrecidas en el campus universitario al que acudían. Uno de los participantes menciona:

*Ya conocía por la Universidad que se trataba de antirretrovirales. Me acuerdo cuando iba a empezar que me llamó la farmacéutica y me preguntó que qué sabía yo. Pues le contesté que eran las mismas drogas para tratar el VIH. Estaba preocupado porque sabía que había personas a las que las había afectado: les daba acidez, malestar estomacal, esto o lo otro. Entonces no sabía cómo iba a hacerlo yo, porque ya sabía sobre los esquemas. Entonces lo que sabía era lo que aprendí en la U y poco de lo que supe en Google. (Participante 1)*

Dos de los participantes advierten que durante su adolescencia recibieron de parte de sus padres incentivos para ampliar sus conocimientos sobre salud sexual y reproductiva. Uno de ellos indica que sus padres son profesionales de la salud y lo llevaban a las actividades celebradas en el marco del día mundial de la respuesta al VIH, el 1 de diciembre de cada año; mientras que otro recordó que sus padres solían hablarle sobre formas de prevenir distintas ITS:

*Entonces yo desde pequeño y desde que nací, en mi casa siempre nos han enseñado esto desde la salud pública. Entonces cuando, estamos hablando aquí en el 2019, cuando yo me enteró del programa aproximadamente yo tenía veintidós años. Entonces, eh, también yo he tratado de formarme e informarme a nivel de temas que, por lo menos para mí, la salud es una. (Participante 5)*

Por otro lado, cinco de los participantes refirieron tener un trabajo estable y de ellos, cuatro se han independizado de su grupo familiar. Solamente uno de ellos residía con sus familiares y además era la principal fuente ingresos de su grupo familiar. Los dos participantes restantes, al ser estudiantes, vivían con sus padres y obtenían beneficios económicos por concepto de becas universitarias.

Los participantes comparten contextos similares en los que se relacionan como personas LGBTIQ+; solo uno de ellos se reconoce como *queer*; mientras que los restantes cinco se reconocen como hombres gais cisgénero. Uno de los participantes no se reconoció

como homosexual; pese a aceptar que no tenía relaciones heterosexuales. Como se verá oportunamente, esto es relevante para los participantes debido a que reconocen que sus experiencias de interacción con el sistema de salud no han sido problemáticas debido a que sus expresiones de género no son contestatarias del régimen de género característico de la sociedad costarricense.

En cuanto al esquema de uso del fármaco, seis de los participantes seguían el régimen de toma diaria; el participante que sigue el régimen de toma por evento hizo el cambio después de que, por finalizada su relación de pareja, vio reducida su actividad sexual. Sobre esto, señala:

*Ah, no, sí. O sea, yo fui a una cita y le dije a Salas: no, pues yo no tengo tanta actividad sexual. Entonces me dice: bueno, entonces te podemos dar la mitad para que tomes por evento. Entonces, lo que yo hago es que si me dan receta para tres yo retiro para uno, para tener de reserva. (Participante 3)*

La continuidad de los usuarios en el programa es mayormente larga, lo que significa que este grupo de participantes tiene un gran potencial de informar sobre las experiencias que influyen en la continuidad en el programa PrEP debido a su tiempo de uso consecutivo va desde seis meses (1 participante), hasta más de dos años y medio (5 participantes). Esto es importante debido que a la fecha de conducidas la entrevistas el programa tenía 3 años de implementación.

### **Unidades temáticas de los discursos**

A partir del análisis comparativo de los discursos se identificaron unidades temáticas referentes a cada una de las categorías que constituyen los objetivos del estudio (ver figura 11).

#### *Motivaciones para participar en el programa PrEP*

En cuanto a las experiencias y motivaciones para participar en el programa PrEP, que se refiere a la fase de *consciencia e intención* del Continuum del Cuidado de la PrEP, los

participantes identificaron experiencias previas de exposición a contenido sobre ITS, lo mismo que a tener amigos, familiares o conocidos seropositivos o que han muerto por causas relacionadas con el Sida. Uno de los participantes advierte:

*Yo ya estaba con la idea de empezar el programa. Ya había acatado la información, pero yo no lo veía necesario en ese momento. Tuve el fallecimiento cercano de un amigo, ya por Sida. Lo que afectó bastante el grupo de amigos. Entonces yo ya empecé como poder retomar el tema para evitar cualquier cosa. Informarme de cuáles eran las modalidades y todo eso y ahí pedí referencia a una ONG. Entonces ahí me hicieron la referencia. (Participante 4)*

Los medios de comunicación online y de estudios sobre la implementación en otros países facilitaron su intención en unirse al programa durante la fase piloto. Estos recursos mediáticos constituyeron las principales fuentes consultadas sobre eficiencia, eficacia y esquemas del tratamiento. Por otro lado, los sitios oficiales en redes sociales de las organizaciones sanitarias más importantes del país sean la Caja y el Ministerio de Salud, no fueron consideradas confiables ni orientadoras.

Las motivaciones para participar en el programa PrEP corresponden a la adopción de intervenciones biomédicas. Así, el programa les ofrece la posibilidad de tomar el fármaco a modo de profiláctico, tener seguimiento médico y realizarse pruebas diagnósticas de forma periódica. Adoptar intervenciones conductuales y estructurales tiene poca relevancia en la participación del programa. Ningún participante consideraba necesario recibir atención psicológica, de trabajo social. Aun así, se reconoció que la participación en el programa contribuye a demostrar la utilidad de los programas preventivos de VIH.

En este sentido, la principal razón para participar en el programa PrEP se remite a la búsqueda de una sensación de seguridad frente al VIH. Este es el elemento común de los participantes. Así se menciona constantemente en los relatos:

*(...) la PrEP me da mucha seguridad. Me hace sentir seguro en el día a día. Si no existiera sería como...regresar a la era de piedra. Es*

*como, teníamos un enfoque de reducción de riesgo muy bien formado...no siento que sería una buena idea quitarlo. No creo que podamos quedarnos solo con la parte reactiva (Participante 6)*

#### *Características del sistema de salud y posicionamiento de los proveedores*

Se identificó que el sistema de salud costarricense cuenta con facilitadores que promueven la adscripción al programa de la Caja. La gratuidad del servicio, o al menos la cobertura por el seguro social, es la principal razón para acogerse a esta oferta; esto se debe a que el precio de los proveedores privados está fuera del alcance presupuestario de todos los participantes. Además, el programa se presenta como una oportunidad para integrarse a los servicios de atención sanitaria. Por ejemplo, durante las consultas de seguimiento se intenta abordar otros problemas de salud que, de otro modo, requerirían seguir la vía de la atención referida por el EBAIS.

Las ONG han contribuido dirigiendo a los participantes hacia el programa de la Caja. Lo cual demuestra que dichas organizaciones tienen un efecto relevante para la adopción de esta intervención, lo que genera mayor demanda. Así, organizaciones como Fundación VIHDA y ADC proveyeron las primeras sesiones de orientación y educación y redirigieron a algunos de los participantes hacia programas de la Caja como VICITS y PrEP.

Según los participantes, barreras como la concentración geográfica, la atención centralizada, las amenazas a la continuidad del programa que provoca la dependencia del financiamiento externo, en un momento en que se está fomentando el financiamiento doméstico; la incapacidad del programa para acoger a todas las personas interesadas, la tendencia de la política social a reducir la atención preventiva del VIH y el auge de discursos conservadores están ganando terreno sobre las fortalezas del programa.

Al respecto, uno de los participantes menciona:

*hay un tema conservador, la nueva doctora a cargo es muy conservadora. Tiene un tufo de culpabilizar a las personas con ITS. Segundo, la Caja pensó en un inicio solo en comprar una cantidad limitada de medicamento, porque era un plan piloto. La Caja no quería meterlo y ahora ya no hay nada qué hacer. Ahora se puede*

*meter una salacuartazo y forzar a la Caja a mantenerlo. Pero es que todo esto [del incentivo de la prevención] es producto de las organizaciones de sociedad civil. (Participante 7)*

Estas situaciones han creado un contexto que afecta negativamente el incentivo para mantenerse en el programa PrEP. Desde la perspectiva de algunos usuarios, en el contexto actual no encontrarían en el programa a una estrategia accesible y llamativa.

*Impacto de la participación en el programa sobre la salud sexual, el bienestar y las conductas sexuales*

Finalmente, en cuanto a la salud sexual, los participantes describen un cambio de sus conductas sexuales a partir del uso de la PrEP. Algunos de los participantes refirieron un aumento de sus encuentros sexuales casuales en los que no usaron condón. Al respecto, señalan que el uso de la PrEP no se suele discutir con parejas esporádicas y cuando ocurre suele generar reacciones de rechazo, de duda y sospecha de una infección existente. Los participantes argumentan que esto se debe a una posición individualista de la prevención; esto significa que es responsabilidad de cada persona cuidarse.

Algunos relatos al respecto ejemplifican posicionamientos variados frente a la responsabilidad por el cuidado de sí mismo y del otro en los que se asoman elementos prejuiciosos hacia las prácticas sexuales frecuentes en los HSH:

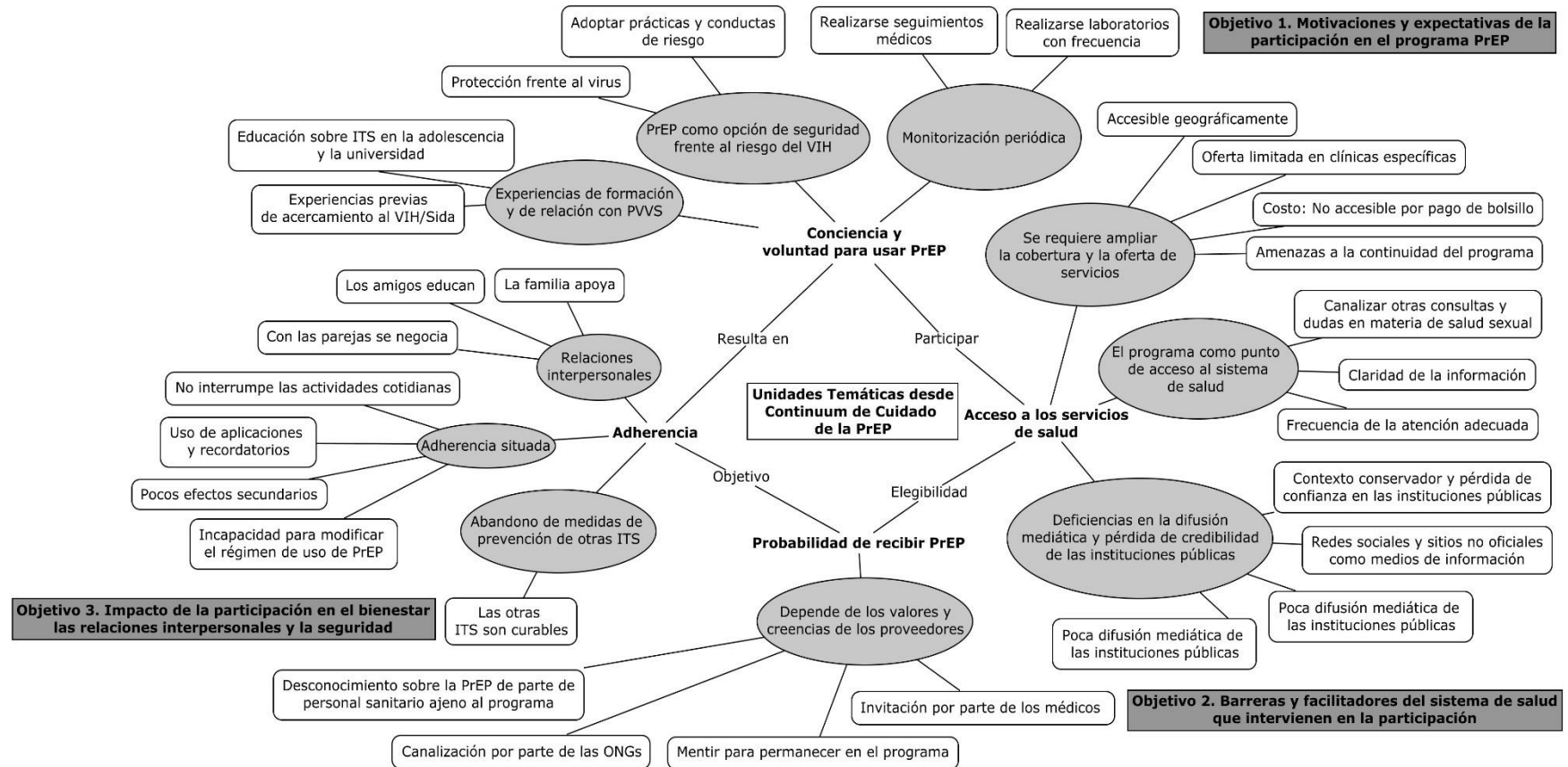
*Vamos a ver, creo que la gente, digamos, yo puedo asegurarme de lo que yo hago, pero yo puedo, o sea, vos puedes tener tu perfil y decir, mae, tomé PrEP, que: ¡puede que sí, puede que no! O sea, que a mí nada me garantiza que se realmente lo tome. Y yo no me voy a jugar ese chance. Hay personas que sí, digamos, que les da mucho morbo este tema, verdad, de piel con piel, de apelo, de n cantidad de fetiches que hay ahora, verdad. Bueno, cada uno practica en sus prácticas sexuales, hace mucho lo que gusta, pero hay que ver como delimitar hasta dónde sí y hasta dónde no. (Participante 5)*

Por otro lado, con las amistades el uso de la PrEP se aborda desde el aprendizaje a partir de las experiencias de los otros; el tema se ha normalizado al punto que se puede bromear con él. Algunas ocasiones se toman como oportunidades para educar sobre la PrEP, esto ocurre cuando por las dudas que provoca a los testigos verlos tomando el tratamiento. Con los familiares hay menos tratamiento del tema; en algunos casos se ha integrado a miembros de la familia; un ejemplo de esto es la entrega de recetas y retiro de medicamentos que realizan los familiares cuando los participantes no pueden hacerlo debido al trabajo.

El uso de la PrEP, por último, configura un profundo sentido de seguridad en los usuarios. Esto da sentido a la adopción de conductas de riesgo en las prácticas sexuales. Esto refleja una medicalización de la prevención que está basada en el mantenimiento de niveles sanguíneos de antirretrovirales para evitar la infección cuando hay contacto probable con el virus. Uno de los participantes menciona:

*Yo me siento muy seguro con el PrEP. La gente dice que ahora los jóvenes andan haciendo lo que quieren, y lo asocian al PrEP, pero yo me siento seguro porque sé que tengo controles, aprendo y soy consciente de mi salud sexual y podría saber de eso a tiempo.  
(Participante 2)*

**Figura 11. Organización de unidades temáticas en relación con el Continuum del cuidado de la PrEP**



Fuente: Elaboración propia

## Capítulo V Análisis

*Las personas que tienen un estigma particular tienden a pasar por las mismas experiencias de aprendizaje relativas a su condición y por las mismas modificaciones en la concepción del yo – una «carrera moral» similar que es a la vez, causa y efecto del compromiso con una secuencia semejante de ajustes personales –. (Goffman, 2006)*

Este apartado plantea la discusión de los resultados obtenidos y mencionados en el apartado anterior. La discusión está centrada en comprender cuáles factores positivos y negativos impactan la participación de los usuarios en el programa PrEP. Para ello, el capítulo se organiza en los tres objetivos específicos del estudio, los cuales son relacionados con las fases del continuum del cuidado de la PrEP expuestas por Kelley et al. (2015), en él se profundiza la discusión a la luz de los elementos conceptuales abordados en el apartado de marco teórico y otros que enriquecen la discusión (ver figura 12).

### **Motivaciones y expectativas relacionadas con la participación en el Programa PrEP**

A partir de junio de 2021 está disponible en Costa Rica la profilaxis preexposición al VIH (PrEP) como parte de una intervención sanitaria basada en la Estrategia de Prevención Combinada promovida por ONUSIDA. Antes de su puesta en marcha como plan piloto, el Ministerio de Salud – por su rol como rector de la política sanitaria – formuló y publicó el lineamiento que dicta las pautas generales que deben ser adoptadas por las instituciones donde se ofrece el programa; que consiste, más que de la sola implementación de intervenciones biomédicas de una estrategia tridimensional en la que se incluyen intervenciones conductuales y estructurales destinadas a contener la epidemia de VIH en las poblaciones más afectadas, entre ellas los hombres que tienen sexo con hombres.

El programa PrEP no fue desarrollado al margen del análisis del contexto en el que ocurre la epidemia de VIH/Sida. Según explica Rivera (2022), tanto el Ministerio de Salud como la Caja identificaron la necesidad de complementar las estrategias implementadas en el país para la prevención del VIH con el fin de abordar las tendencias crecientes en la

prevalencia de las infecciones por este virus detectadas en los años previos a la puesta en marcha del plan piloto.

En este sentido, como se explicó oportunamente, los Planes Estratégicos Nacionales de VIH, y en particular el PEN 2016-2021, reconocen la necesidad de fortalecer las intervenciones estratégicas preventivas en las tres dimensiones antes señaladas, pues en cada nuevo periodo de vigencia del PEN se partía de un escenario epidemiológico con indicadores en deterioro continuo<sup>23</sup>.

No obstante, si bien el PEN 2016-2021 fue el primero en reconocer a la Estrategia de Prevención Combinada como marco de orientación, llama la atención que las acciones *preventivas* no fueran distintas a las que se habían implementado tradicionalmente: promoción de programas educativos centrados en la descripción de las ITS e identificación de los signos y síntomas específicos a cada una de ellas, del uso del condón con la pareja y con clientes de servicios sexuales, de realización de pruebas de tamizaje y de diagnóstico de estatus serológico. Lo que implica que la adopción de la estrategia por parte de las autoridades costarricenses no se realizó cumpliendo los criterios de oportunidad ni las recomendaciones internacionales.

A propósito, en el PEN 2024 – 2027<sup>24</sup>, el Ministerio de Salud (2025) afirma que la estrategia de prevención combinada fue implementada de una manera limitada durante el periodo de 2021 a 2023, debido a que las estrategias e intervenciones fueron realizadas sin una consideración de la evidencia científica y las mejores prácticas recomendadas por las organizaciones internacionales.

Este aspecto es de importancia debido a que la modificación de comportamientos asociados con un riesgo de deterioro de la salud dependen de que se hayan considerado las necesidades de las poblaciones de interés en el diseño, la implementación y la evaluación de las políticas implementadas para abordar dichos problemas de salud (Adrián, 2020). La falta

---

<sup>23</sup> No solo en lo que respecta a indicadores cuantitativos, como las tasas de prevalencia e incidencia en grupos poblacionales específicos; sino también en el ambiente político y social.

<sup>24</sup> Según lo explica el Ministerio de Salud (2025), el PEN 2024 – 2027 fue elaborado a partir de una revisión a medio plazo del PEN 2021 – 2026, la cual fue conducida por Solano, Arends, Montealegre y Madrigal en 2023, debido a la necesidad de analizar la relevancia de las acciones estratégicas, las actividades y resultados de los indicadores fijados para ese periodo. Este PEN no se contempló previamente en este informe de investigación puesto que estuvo disponible para consulta para las fases finales de esta investigación, correspondientes a la discusión y elaboración de conclusiones y recomendaciones. Por este motivo, constituye un insumo relevante para validar la argumentación de esta investigación.

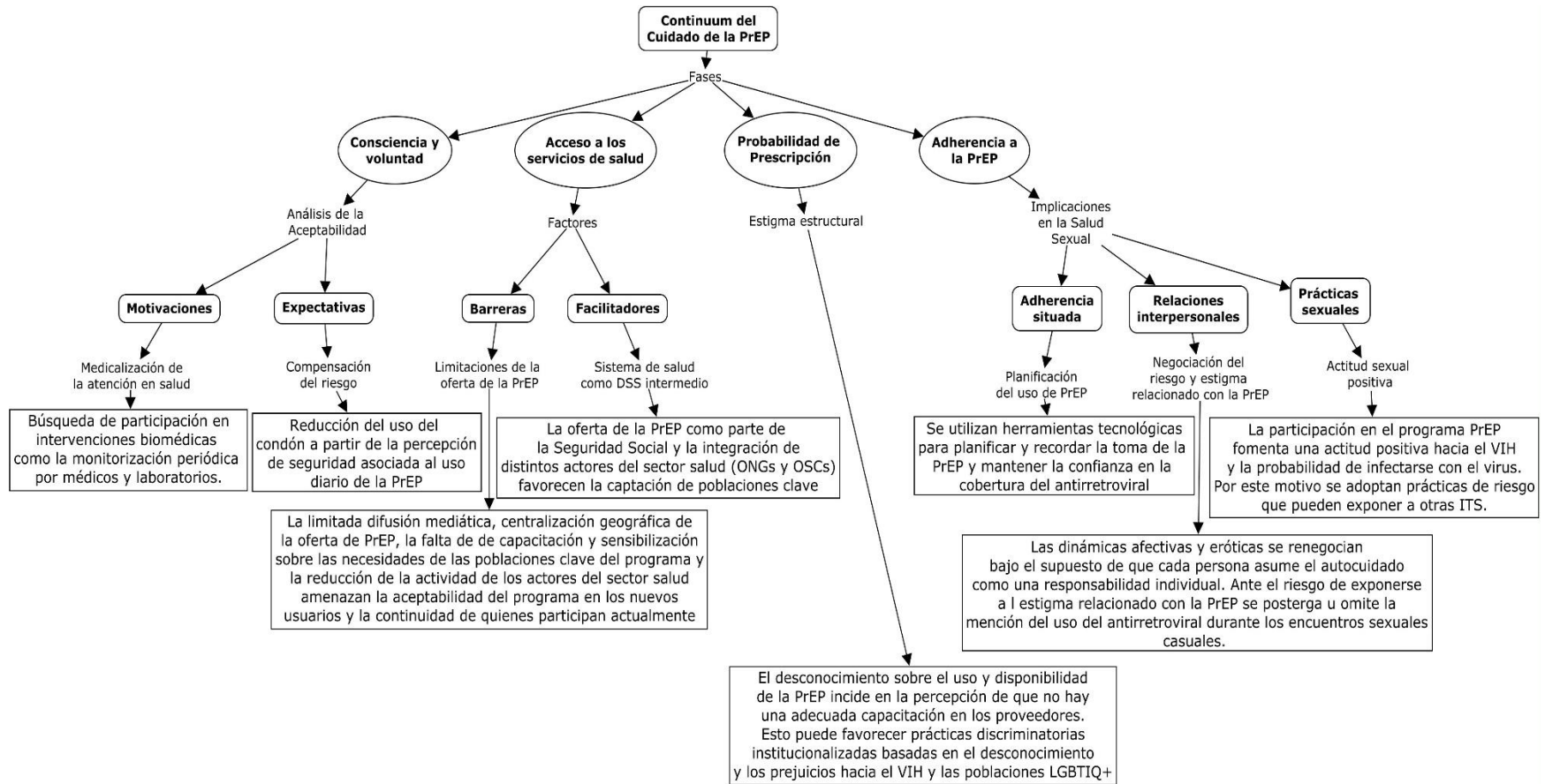
de documentación accesible sobre el proceso de diseño del programa PrEP no permite abordar cuáles criterios se tomaron en cuenta para promover la aceptación del programa PrEP entre las llamadas poblaciones *clave*. Aun cuando se ha reconocido desde hace ya varios años, en el marco del continuum del cuidado de la PrEP, a la motivación e intención por usar PrEP como factores fundamentales para el éxito de estas intervenciones (Kelley et al., 2015).

Con todo, para Adrián (2020) dicho éxito no depende solamente de la disposición de la población a aceptar una intervención sanitaria; sino que también hay un rol importante que cumplen los proveedores – el personal sanitario y administrativo – quienes tienen a su cargo tanto la prescripción, elaboración de referencias, o la asignación de fondos para robustecer y difundir un programa. Pese a que se reconoce que sin voluntad política y sin aceptación de los grupos profesionales, la prescripción de PrEP se vería fuertemente limitada, en este apartado interesan las motivaciones y expectativas de los usuarios del PrEP para comprender por qué han decidido participar en el programa PrEP.

Retomando a Adrián (2020), debe entenderse que la aceptabilidad de una intervención sanitaria dista de ser una categoría analítica concretamente definida; antes bien, puede ser ambigua y estudiarse desde enfoques cuantitativos, cualitativos o mixtos en relación con la finalidad del estudio. Al respecto, Sekhon et al (2017, citado por Adrián, 2020, p. 24) definen a la aceptabilidad como un constructo multifacético que refleja el grado en que las personas que brindan o reciben una intervención de salud la consideran apropiada, en función de respuestas emocionales y cognitivas anticipadas o experimentadas de la intervención.

Dicho de otra manera, la aceptación del programa PrEP estaría relacionada con experiencias y vivencias propias y ajenas de interacción del usuario – aunque también de los proveedores – con el sistema de salud y la población en general. Para las poblaciones clave del programa, la relación con el sistema de salud no ha sido sencilla. La estigmatización mediática, social y política que han recibido las poblaciones LGBTIQ+ a partir de su asociación con el VIH y el Sida han complejizado su relación con el sistema de salud (Jiménez, 2016); numerosos estudios han documentado prácticas discriminatorias, prejuiciosas y desiguales que les limitan el acceso a los servicios o les hace vivir experiencias dolorosas de rechazo.

**Figura 12. Marco conceptual de análisis de la implementación de la PrEP en Costa Rica**



**Fuente:** Elaboración propia

En cuanto a esto, múltiples autores afirman que la aceptación por parte de los posibles beneficiarios de una intervención en salud pública está basada en siete componentes (Sekhon et al., 2017): actitud afectiva (cómo se siente el individuo sobre la intervención), carga (cuánto esfuerzo cree esa persona que tendrá que invertir para participar), percepción de efectividad (la percepción sobre la posibilidad de que la intervención cumpla su propósito), ética (la coherencia de la intervención con los valores del individuo), coherencia de la intervención (la medida en que la persona entienda cómo funciona la intervención), costo de oportunidad (la medida en que los beneficios sean convincentes), autoeficacia (la percepción del usuario sobre su capacidad para adoptar las conductas solicitadas por su participación).

Estos componentes, si bien se pueden extender durante las diferentes etapas del continuum del cuidado de la PrEP; tal como ocurre con la asociación entre adherencia y autoeficacia, forman parte de las decisiones tomadas para pasar de un interés en la PrEP a la intención de utilizarla. Puede considerarse, a modo de ejemplo, el relato de un participante del estudio, quien se refiere al peso que había generado las opiniones de otra persona sobre las posibles consecuencias que tendría acudir a un centro de salud a consultar sobre el programa PrEP:

*No iba con ninguna expectativa. Yo iba a lo que pasara y me dijeran (...) Yo en ese momento había terminado una relación con una pareja con quien llevaba cinco años y en ese momento todo era nuevo y era un reto porque mi expareja satanizaba el uso del PrEP. Entonces iba con miedo por vocecitas que me decían que ese no era el camino correcto. (Participante 2)*

Otro de los participantes señala una respuesta emocional anticipada frente a lo que consideraba que viviría en su contacto inicial con el sistema de salud:

*Puede sonar mal, pero yo esperaba que me fueran a tratar mal porque, aunque el sistema de salud es muy bueno yo esperaba un ambiente opresivo, como que me iban a juzgar e iban a decirme que lo que yo quería era andar zorreando. Eso lo digo porque es lo que la*

*gente piensa de los hombres que tenemos sexo con hombres, mujeres trabajadoras sexuales... Hay un estigma, y yo pensé que me iban a cuestionar fuertemente y me iban a hacer sentir mal, aunque para ellos fuera bueno que yo me estuviera intentando cuidar.*  
(Participante 6)

Al respecto de ambos discursos, Pico-Espinosa et al. (2022) explican que el uso de la PrEP puede verse afecto por lo que se ha llamado *estigma relacionado con la PrEP*, un tipo de trato estigmatizante hacia las personas usuarias de esta terapia preventiva que se configura como una barrera para su aceptación social. Según advierten, en su estudio, incluso eliminando variables sociodemográficas, las personas usuarias de PrEP suelen ser estereotipadas como promiscuas y sexualmente irresponsables; lo que impacta sus relaciones erótico-afectivas y sus vínculos sociales.

La consecuencia más probable de estas experiencias es un rápido cese del uso del tratamiento; sobre todo cuando el uso de la PrEP conlleva reacciones negativas por parte de las personas con quienes se tienen vínculos afectivos significativos, o transitorios, como parejas potenciales, familiares o amigos.

Así, la expectativa de vivir discriminación y de enfrentarse a prejuicios morales basados en homofobia podría impactar negativamente en la captación de las poblaciones clave del programa PrEP. Al respecto, Pico-Espinosa et al. (2022) explican que la anticipación de este estigma se combina con el estigma asociado al VIH, lo cual produce que las personas que pueden beneficiarse de la PrEP rechacen su uso cuando les es prescrito, y que tengan cortos periodos de adherencia.

No obstante, es claro que los participantes de este estudio habían logrado superar al momento de las entrevistas sus prejuicios hacia la PrEP, ya fueran conscientes o inconscientes; al menos en lo que se refiere su propia relación con los antirretrovirales. Se podría señalar que el interés y la búsqueda activa de información sobre el funcionamiento de la terapia PrEP ha contribuido a que mantengan su disposición por participar en el programa.

Debe considerarse, al respecto, que la población de este estudio posee estudios universitarios – cinco de los siete tienen educación universitaria completa, y los otros dos son estudiantes – que reconocen no solo al VIH como ITS y pueden distinguir formas de

prevenirlo, sino que también se han informado voluntariamente sobre la PrEP y su funcionamiento:

*[Me informé] por redes sociales. Investigué porque me gusta mucho la ciencia. Cuando no estaba implementado en Costa Rica yo quería que lo trajeran. Luego me enteré de que estaba disponible como plan piloto (Participante 2)*

*Cuando estaba más chiquillo vi que la prueba clínica existía, pero por el montón de pasos me dio pereza. Más adelante supe de una fundación que se llama VIHDA, que da la referencia para usar PrEP. Me interesó porque consumo mucho contenido en línea, y en países como Estados Unidos hay más información y ya sabía cómo protegerse y eso fue lo que me llamó la atención. (Participante 6)*

Según esto, los entrevistados son personas motivadas a buscar información sobre prevención de VIH, que se han enfocado en la terapia PrEP y su eficacia. Al respecto de las características generales de los participantes, es preciso recordar que las encuestas de salud sexual y reproductiva y de comportamiento sexual comentadas oportunamente en este estudio caracterizan a la población costarricense como bien informada sobre las ITS, el uso del condón y la realización de conductas de riesgo.

En lo respectivo a VIH y su prevención, la II Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva, con resultados publicados en 2015, indicó que una alta proporción de las personas reconoce espontáneamente el VIH como una ITS (65 % de las mujeres y 74 % de los hombres), hasta el 80 % reconoce el condón como una forma de prevenir ITS y los grupos con mayor escolaridad pueden mencionar más formas de prevención de estas infecciones (Ministerio de Salud, 2016a).

Esto, sin embargo, no necesariamente se relaciona con una mayor adopción de métodos de barrera para prevenir la infección con el VIH, ni tampoco implica que las personas con mayores niveles de alfabetización expresen menos prejuicios hacia la PVVS y las usuarias de antirretrovirales. En el informe de la Encuesta de comportamiento sexual y

prevalencia de VIH e ITS en HSH de la GAM, publicado en 2018, se concluye que este grupo ha mantenido históricamente porcentajes bajos de uso de condón; además, al comparar estudios previos, se detectó una reducción en el porcentaje de personas que reportaron haberse realizado pruebas de diagnóstico de VIH (Ministerio de Salud, 2018a).

Con todo, diversos estudios costarricenses han retratado a los HSH como personas bien informadas que, sin distinción de su nivel de escolaridad, no suelen adoptar conductas de prevención de VIH; más bien, combinan conductas que aumentan la probabilidad de exponerse al virus, como el uso concomitante con drogas lícitas e ilícitas durante encuentros sexuales con personas de las que desconocen su estatus serológico (Ministerio de Salud, 2018a, 2025).

Al respecto, entre 2013 y 2016 Rana et al. (2018) condujeron un estudio longitudinal sobre la tendencia de la conciencia, aceptabilidad y uso de PrEP de HSH en Toronto en el que identificaron al riesgo moderado percibido, el riesgo alto objetivo y el antecedente de haber usado PrEP como las variables más fuertemente relacionadas con la voluntad por usar PrEP; por su parte, las preocupaciones sobre los efectos secundarios, la creencia de que el riesgo no era suficientemente alto, la desconfianza en la ciencia y la eficacia del medicamento se presentaron como variables presentes en quienes no deseaban usar el medicamento.

Al comparar el aumento de la conciencia sobre la PrEP con la voluntad de usarla, Rana et al. (2018) también notaron que el conocimiento de la existencia de esta intervención no conducía a su adopción por parte de los grupos meta. Según explican, esto se debe a la ineficiente campaña de comunicación por parte de las autoridades sanitarias y la incapacidad de los proveedores de servicios de salud de elevar conciencia sobre la prevención del VIH. Esto se relaciona con los factores mencionados por Sekhon et al. (2017), en la medida de que la falta de información sobre la forma en que se implementa la PrEP en Costa Rica impide a las poblaciones clave valorar la coherencia de la intervención, la efectividad, la autoeficacia y la oportunidad.

Pico-Espinosa et al. (2022), por su parte, señalan que la visibilización mediática de la PrEP y de las personas usuarias tiene un efecto positivo en la reducción del estigma y la anticipación del estigma relacionado con la PrEP. De esta manera, difundir el programa, en qué consiste, y las experiencias de las personas que participan en él actuaría como catalizador

de la captación de grupos clave y de potenciales usuarios. Lo cual coincide con los planteamientos de Sekhon et al. (2017).

Esto es llamativo en los discursos recolectados, en los que se evidencia de manera contundente y unánime que el programa PrEP no ha sido visible en los medios de comunicación, no está presente en sus sitios de consumo de redes sociales, lo que hace que busquen medios no oficiales de contenido. Uno de los participantes se refiere a esto de la siguiente manera:

*[La información sobre la PrEP] la busqué en internet. Me interesaba saber cómo había sido la experiencia en otros países, cómo lo habían sentido los maes: lo positivo y lo negativo. Yo quería saber de experiencias disponibles en páginas como homosensual, en internet, en revistas que yo consideraba serias, también los influencers que dan contenido científico. Esa información es muy seria y muy acertada. Digo eso porque los maes decían que había que considerar que esa era la experiencia personal y aclaraban que sus experiencias no podían ser llevadas a otras personas. A mí me gustó mucho esa honestidad. (Participante 7)*

Al respecto, Howren et al. (2021) mencionaron que el conocimiento sobre la efectividad de la PrEP en la prevención del VIH constituye una de las razones por las que se usa el medicamento. En su estudio, los participantes que creían que la PrEP tiene una efectividad del 90 % o superior tendieron a usarlo; mientras que quienes consideraron dicho valor entre el 20 % y el 90 % generalmente no iniciaron el uso.

Conviene señalar, en este sentido, que desde la perspectiva de los participantes – que coincide con la revisión bibliográfica – la difusión sobre la PrEP en Costa Rica es limitada, imprecisa, poco confiable y escueta. De tal manera, la permanencia en el programa PrEP por parte de los entrevistados se puede deber, en alguna medida, a su constante tendencia por mantenerse actualizados sobre lo que se está publicando y discutiendo fuera del país sobre la efectividad de la PrEP. Es decir, que su motivación por participar en el programa ha sido

potenciada por su propia búsqueda de información, independientemente de la veracidad o precisión de los datos consultados.

Así, llama la atención que se considere al contenido de sitios web y podcast de opinión, o plataformas de streaming o podcasts, como fuentes de información confiable desde una perspectiva científica, puesto que, en perspectiva, la percepción sobre la información ofrecida por el Ministerio de Salud y la Caja en sus sitios oficiales o perfiles en redes sociales es tildada de poco confiable debido a que no se conocen las fuentes en las que están basadas. Si bien en esta investigación no se discute la confiabilidad de la información de los medios de comunicación alternativo, sí plantea la pérdida de confianza en la calidad de los contenidos divulgados por los medios oficiales del Ministerio de Salud y la Caja, que debería tener buena acogida y ser considerados como fuentes creíbles.

Por otro lado, Rana et al. (2018) también analizaron a quienes no reunían criterios de alto riesgo objetivo de infectarse de VIH, pero que sí estaban interesados en usar PrEP. Estas personas citaron en mayor frecuencia como razones para este interés a disminuir la ansiedad de adquirir el VIH y, en menor medida, a la intención de practicar sexo sin condón. Es decir, la motivación para usar PrEP era conseguir una mayor sensación de seguridad mientras mantenían o deterioraban sus prácticas sexuales protectoras (esto se discutirá más adelante).

Esta situación fue identificada en este estudio en el sentido de que la participación en el programa PrEP se dio como una opción para calcular el riesgo – saber en qué medida las conductas sexuales que realizaban estaban exponiéndolos a una alta probabilidad de infección – y participar en encuentros sexuales casuales o sin uso de condón. Dos participantes se refieren al sexo sin condón como una práctica que realizan a partir de la seguridad que les brinda el uso de la PrEP:

*Si la persona me pide usar condón: ¡de fijo! Porque yo respeto y porque por alguna razón También si yo quiero usar condón lo voy a usar. El PrEP me da otra opción, es como algo con qué decidir.  
(Participante 1)*

*La PrEP me ha hecho ser más aventurero. Más que todo cuando estaba soltero. Era más abierto con quién lo hacía. Con la PrEP me*

*volví más constante en eso: cada vez cogía con más gente sin condón. Y eso era solo porque estaba cachondo. Yo buscaba en la PrEP algo que me ayudara a hacerlo. Entonces me convencí a mí mismo que siempre hay algo para quitarse una infección. (Participante 7)*

Hoots et al. (2016) también se interesaron en el comportamiento de la voluntad y el uso de la PrEP. En su estudio, conducido en 20 ciudades de Estados Unidos, identificaron una situación similar a la reportada por Rana et al. (2018), según señalan, conocer la existencia de la PrEP no necesariamente implica que las personas usen el tratamiento; en su estudio tan solo 4 % de los interesados en usarla las estaban tomando. Al respecto, los HSH blancos, con antecedentes de ITS fueron más propensos a usar PrEP, lo cual coincide con los hallazgos de Howren et al (2021), quienes determinaron que quienes recibieron educación por parte de profesionales sanitarios, no solo tenían una percepción realista del riesgo, sino que también demostraron mayor tendencia a participar en programas de PrEP.

Esta situación podría explicar también los comportamientos mencionados en los relatos. Según indican, algunos de los entrevistados fueron captados por ONGs y médicos de clínicas de Vigilancia y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual (VICITS). Estas instancias no solo permitieron que se proveyera información sobre el programa PrEP, sino que también ofrecieron servicios de diagnóstico y estudios para determinar si la persona podría usar los antirretrovirales.

Es así que la participación en el programa PrEP se ofrece como una intervención predominantemente biomédica destinada a la monitorización del estatus serológico por medio de la realización e interpretación de laboratorios de control y de diagnóstico. Es en este aspecto en el que recae la motivación por participar en el programa PrEP:

*Yo iba por el medicamento y los laboratorios periódicos. También por el chequeo general con el doctor. Si tengo una molestia he tenido la oportunidad de pedir una valoración. Por ejemplo, si sospecho una ITS puedo consultar y he perdido el miedo. Tengo ese valor agregado. Con psicología no he tratado, solo ha sido los laboratorios, el chequeo médico y farmacia. (Participante 1)*

La PrEP, por este motivo, se convierte en un recurso que se busca como fuente de protección. La relación entre uso de la PrEP y la sensación de seguridad adquiere sentido en los argumentos de Rosenstock sobre los beneficios percibidos y las barreras percibidas, tal como se discutió anteriormente. Sobre esto, Moreno y Gil (2003) explicaron que para Rosenstock, los grupos en los que se han ejecutado intervenciones sanitarias logran una equiparación entre el riesgo percibido y el riesgo real producto de la información provista en dichas estrategias.

En este sentido, si bien los usuarios del programa PrEP han adquirido conocimientos para la prevención del VIH, perciben que la utilidad del programa recae en dos beneficios que superan enormemente los esfuerzos realizados. Dichos beneficios son, en primer lugar, el seguimiento periódico que permite controlar variables biológicas relacionadas con la seroconversión y los efectos secundarios del uso de la PrEP y, en segundo lugar, adquirir un tratamiento en el que confían que les otorga protección y que les permite reducir sus precauciones y ansiedades frente a otras infecciones.

En contraste, prácticamente no se señalaron expectativas relacionadas con las intervenciones conductuales y estructurales. Con respecto a las primeras, ninguno de los participantes indicó como motivación para participar en el programa PrEP la adquisición de conocimientos que les permitiera reconocer conductas de riesgo y cómo modificarlas; lo cual resalta con la advertencia de todos los informantes de que no les ha interesado o no se les ha ofrecido la atención psicológica que está disponible como parte del programa.

A propósito, en el PEN 2024 – 2027 se señala la necesidad de fortalecer la atención psicológica y nutricional para las personas usuarias de PrEP. La implementación de intervenciones en estas dos aristas contribuirían tanto a manejar las reacciones secundarias digestivas del uso de los antirretrovirales, a considerar los riesgos del uso de suplementos para el ejercicio que pueden provocar lesiones renales, así como reflexionar en el propósito del uso de la PrEP, lo cual puede contribuir a abordar la compensación del riesgo que se ha documentado en las personas usuarias de estas intervenciones (Newcomb et al., 2018).

Siguiendo los argumentos de Rosenstock, a partir de lo expuesto por Moreno y Gil (2003), la búsqueda de cambios conductuales hacia un fomento del autocuidado requieren de la consolidación de procesos de aprendizaje, de autoconocimiento, de fomento de la autoestima que lleven a valorar críticamente las consecuencias de adquirir una enfermedad o

condición de salud. En este sentido, los relatos de los participantes – como se verá más adelante – no abordan al programa PrEP como una estrategia de salud integral para la prevención del VIH, sino como una opción fácil que no requiere mayores esfuerzos y es altamente efectiva.

En cuanto al componente estructural, el PEN 2024 – 2027 (Ministerio de Salud, 2025) reconoce que la implementación de la Estrategia de Prevención Combinada ha tenido como uno de los puntos más débiles el fomento de las intervenciones estructurales, lo cual se asocia a la desatención del enfoque de derechos humanos. Según se explica en dicho documento, la función *punte* de las OSC y ONG, se ha deteriorado con el tiempo, lo que limita la capacidad de estas instancias para impactar en la participación activa de las personas afectadas por el VIH en los procesos de toma de decisiones, en la eliminación de las barreras legales, políticas y sociales que limitan su capacidad para ejercer sus derechos en salud.

En este sentido, aun cuando los usuarios de la PrEP reconocen el impacto positivo del programa en su seguridad, así como el potencial para reducir las infecciones, el débil componente estructural impide que la incidencia en la mejora de las políticas sanitarias de VIH se convierta en un factor para motivar la participación en el programa.

### **El sistema de salud como determinante de la participación en el programa PrEP**

Desde el modelo de DSS se entiende al sistema de salud como un determinante intermedio cuyo efecto en la producción de la salud deviene de la organización de la oferta de servicios.

Según explica Solar (2010), si bien ni el sistema de salud ni el acceso a los servicios son factores que por sí mismos expliquen el comportamiento de los gradientes de distribución de la salud, su rol en los diferenciales de exposición y vulnerabilidad entre las poblaciones son incuestionables. Así, por ejemplo, señala el autor, la promoción de acciones intersectoriales lideradas desde los sistemas de salud pueden promover el acceso equitativo al cuidado, reducir el impacto de las enfermedades en la integración social de las personas con condiciones de discapacidad o enfermas crónicamente, fomentar la participación social en el diseño de intervenciones socialmente adecuadas a las necesidades de colectivos históricamente marginados.

En este sentido, el acceso al cuidado de la salud es la segunda fase de la propuesta del continuum de cuidado de la PrEP de Kelley et al. (2015). Según explican los autores, la posibilidad de que una persona le sea prescrito el antirretroviral depende de su acceso a la atención y la manera en que los distintos elementos del sistema de salud están articulados para propiciar un funcionamiento armónico, lo cual se relaciona tanto con la asistencia regular a las consultas brindadas en los programas sanitarios como por la asequibilidad de dichas consultas, lo que puede variar en relación con factores como la disponibilidad de la PrEP en instancias tales como las ONGs dedicadas al trabajo con PVVS y en riesgo, centros de salud donde se disponga de personal y servicios dedicados al tratamiento y prevención de ITS; pero también, por la cobertura de seguridad social y las opciones de financiamiento que permitan el pago de los servicios cuando se adquieren con pagos de bolsillo.

En esta investigación se abordan las barreras y facilitadores del sistema de salud que promueven u obstaculizan la participación en el programa PrEP de los HSH a partir del análisis de dos fases del continuum del cuidado de la PrEP; sean el *acceso a la atención sanitaria* y la *probabilidad de prescripción de la PrEP*. Estas dos fases informan de la organización del sistema de salud como determinante del acceso a las intervenciones sanitarias y de la capacidad del personal sanitario para re/conocer las necesidades de la población e identificar los factores de riesgo y proveer a las personas interesadas los servicios que mejor se adecúen a sus necesidades y capacidades.

Al respecto, en este estudio se identificaron como facilitadores del sistema de salud a los mecanismos de integración entre organizaciones no gubernamentales (ONG) y de la Sociedad Civil (OSC), fundaciones y agrupaciones dedicadas al VIH/Sida con la red de proveedores de servicios del sistema de salud público (Clínicas, EBAIS, Hospitales de la Caja, sobre todo), la *gratuidad* de los servicios brindados por la Caja frente al elevado costo económico de la atención en los centros privados, la integralidad de la atención y la oportunidad de acceder a diferentes servicios por medio de los mecanismos de referencia.

En este aspecto, el sistema de salud costarricense y la organización de los servicios de salud proveen un escenario adecuado para que las poblaciones clave accedan a la PrEP tanto porque forma parte de la oferta de programas preventivos de VIH, como por la asignación de fondos para financiamiento de las actividades realizadas por las ONG que se han convertido en puntos de enlace entre las poblaciones clave y el programa. Esto ocurre

bajo la jurisdicción de la Ley General sobre VIH/Sida (Ley 9797), que regula, entre otros, los mecanismos de financiamiento de CONASIDA y de organizaciones dedicadas a esta problemática social. Lo cual ha permitido que se creen condiciones para facilitar el acceso al programa PrEP a las personas interesadas.

La labor de las ONG y OSC ha sido clave para que algunos de los informantes adquirieran conocimientos que les brindaron herramientas para acceder a los servicios de salud disponibles. Así, organizaciones como la Asociación Demográfica Costarricense (ADC), Fundación VIHDA-Costa Rica, entre otras, se convirtieron en puntos de acceso al sistema de salud y en referentes de acciones preventivas y diagnósticas de VIH/Sida que han permitido a la población ganar conocimientos en salud sexual y sobre los servicios de atención disponibles y también lograron configurarse como espacios seguros de interacción para PVVS y con condiciones que aumentan su riesgo de exposición al virus.

Algunos de los relatos permiten comprender el rol que han adquirido estas organizaciones. Por ejemplo, uno de los participantes recuerda que al sentirse interesado y motivado a usar PrEP, asistió a la fundación VIHDA para completar los procesos requeridos para participar en el programa PrEP:

*Más adelante supe de una fundación que se llama VIHDA, que da la referencia para usar PrEP. Me interesó porque consumo mucho contenido en línea, y en países como Estados Unidos hay más información y ya sabía cómo protegerse y eso fue lo que me llamó la atención. (Participante 6)*

Otro se refiere a las campañas implementadas por la ADC en los campus universitarios y reconoce el efecto que tenían dichas intervenciones como creadoras de espacios de interacción; es decir, como potenciadoras de intervenciones estructurales:

*(...) esa parte donde las personas tenían un espacio de interacción, porque en determinado momento hubo una muy buena convocatoria en la ADC en donde la gente iba, y había tarde de juegos, y conocía gente, y supe que también había grupos de personas VIH positivas. O*

*sea, exclusivo para estas personas. Entonces ahí es donde se dice, bueno, esa fue una herramienta porque hubo muy buena porque hubo gente que tuvo mayor interacción. Entonces aquí hubo como focos, y yo sé que lo hubo en el TEC, y lo hubo en la Universidad Nacional, a nivel de universidades públicas. Porque se estuvo desplazando el programa, por así decirlo, a ciertos lugares que tal vez la población tenga un poco más de accesibilidad o entendimiento. (Participante 3)*

Con todo, las OSC se han enfrentado por años a retos importantes que limitan su articulación con el sistema de salud y que afectan su oportunidad para canalizar a los usuarios hacia el programa PrEP. Al respecto, explica Chaves (2022), estas instancias realizan sus actividades preventivas con presupuestos limitados, carecen de sólidos mecanismos de rendición de cuentas, suelen actuar de forma descoordinada y fragmentada, y han asumido la ejecución de las políticas sociales de VIH/Sida desde múltiples perspectivas, aunque frecuentemente carezcan de apoyo y orientación.

Estos retos son reconocidos en el análisis de situación de la respuesta al VIH incluido en el PEN 2024 – 2027. Al respecto, las debilidades detectadas en el país en relación con la gobernanza incluyen, en relación con las OSC, que no se ha logrado la sostenibilidad financiera para la prestación de servicios preventivos y acciones estructurales, la dificultad para la articulación del trabajo entre las OSC, barreras jurídicas que les impide realizar actividades diagnósticas, el incumplimiento de los requisitos para recibir fondos de financiamiento, la incapacidad para reportar datos que den cuenta del impacto de sus tareas (Ministerio de Salud, 2025).

Esta situación no pasa inadvertida para los entrevistados, quienes han señalado el cese de actividades de algunas organizaciones que les sirvieron de punto de entrada al programa PrEP pero que en la actualidad no están disponibles. Conviene recordar, en este sentido, que el programa PrEP ha experimentado desde su inicio varios periodos en los que se ha cuestionado su continuidad, lo cual ha afectado a los entrevistados. Uno de los participantes se refiere a la situación de la fundación que le apoyó a ingresar al programa PrEP:

*Lo que pasa es que ya, por el problema del programa HIVOS, ella cerró. Entonces dejaron de dar referencias y prácticamente cesaron las operaciones. (Participante 4)*

De acuerdo con Chaves (2022), esto se debe a que, si bien a las ONG se les ha asignado la ejecución de las actividades incluidas en las políticas de VIH/Sida, se les ha limitado el financiamiento y, en un contexto de precarización de las condiciones de prestación de los servicios, quedan altamente expuestas a pérdida de sostenibilidad en el tiempo, por lo que terminan siendo cerradas. El Ministerio de salud reconoce (2025), en este sentido, que durante los años en que se ha implementado la PrEP, han dejado de percibir financiamiento algunas ONG, y otras ejecutan de manera insuficiente la estrategia de prevención combinada.

No obstante, el factor económico emerge como uno de los factores de mayor peso en la participación y permanencia de los usuarios de los programas PrEP en todo el mundo. Así, por ejemplo, los participante del estudio de Rana (2018) mencionaron como barreras para adquirir la PrEP al acceso a financiamiento, no contar con un médico capacitado y no sentirse cómodos con solicitar el tratamiento al médico disponible. Para los autores, esto sugiere que una de las recomendaciones para la implementación de programas PrEP es aumentar la disponibilidad de proveedores entrenados y facilitar los mecanismos de captación de personas interesadas.

De manera similar, en los relatos de los informantes el financiamiento de la PrEP es el factor con mayor peso como facilitador para la adquisición de quienes tienen intención de usarlo. Los siguientes relatos abordan este hecho como comparación entre adquirir la PrEP en la Caja y por medio de centros de atención privados:

*En ese momento supe que la PrEP estaba disponible en lo privado, pero yo no tengo dinero para buscarla por ahí. Entonces, me puse a buscar adónde la podría adquirir. (Participante 6)*

*Si fuera por privado gastaría más plata. Para hombres como yo esta es la manera más fácil de meternos al sistema de salud costarricense y poder acceder a tratamientos, ser referidos. (Participante 1)*

Se puede asumir que la expresión utilizada por el participante, “*hombres como yo*”, se refiere a un sector de la población que no cuenta con los recursos económicos necesarios para afrontar el coste de la participación en el programa PrEP por medio de pagos de bolsillo.

Al respecto, el costo económico de la PrEP sigue siendo alto en Costa Rica. Por ejemplo, en el sitio web del Hospital Metropolitano<sup>25</sup> consta para finales de 2024 dos ofertas para los clientes. El primero, al que llaman *Paquete inicial*, con un costo regular de ₡ 190 000 en precio regular y ₡ 168 000 con la cobertura de un seguro brindado por esta empresa; y el *Paquete inicial premium*, con un costo de ₡ 200 000 en versión regular, y ₡ 180 000 con la cobertura del seguro. Los precios de seguimiento son igualmente elevados; ₡ 110 000 (₡ 92 000 con el seguro) para el plan regular y ₡ 120 000 (₡ 102 000 con seguro) para el plan *premium*. Esta información está disponible con la aclaración de que dichos montos no cubren los antirretrovirales, cuyo costo era de ₡ 95 880 para diciembre de 2021 (E. Rodríguez, 2021).

Considerando las características socioeconómicas de los entrevistados (estudiantes universitarios y profesionales jóvenes), y para cualquier persona miembro de clase social que no sea alta, es probable que tales montos estén por encima del presupuesto disponible para adquirir la PrEP. Esto, como se mencionó anteriormente, inclinaría el equilibrio desfavorablemente en los criterios tomados en cuenta para la intención de usar PrEP, lo cual refiere a la primera fase del Continuum del cuidado de la PrEP; pero las repercusiones de un deterioro del financiamiento de la PrEP también impactarían a la última fase, la adherencia.

Al respecto, Castaño-Correa y colaboradores (2023, p. 46) se refieren al impacto del factor económico en las tasas de abandono del programa PrEP en Medellín, Colombia, y lo sitúan como una variable que puede no ser reconocida en el proceso de formulación de políticas preventivas de VIH, pese a que existe un componente de vulnerabilidad socioeconómica que influye en la exposición al virus y en la aceptación de las intervenciones ofrecidas:

---

<sup>25</sup> <https://metropolitanocr.com/programa-prep/>

Al desconocimiento acerca del tema, se suman los costos que la PrEP acarrea, y que por ahora recaen directamente en el bolsillo del paciente, mismo que se vio críticamente afectado posterior a la pandemia de COVID-19. En este sentido, se debe remarcar que las principales causas de abandono o baja adherencia no se atribuyen a la PrEP directamente, sino a determinantes económicos como el desempleo y la falta de dinero, y determinantes comportamentales como cambios en la actividad sexual, lo cual demuestra la complejidad de prevenir el VIH, dado que estrategias como PrEP están determinadas por aspectos que generalmente no se tienen presentes en la gestión de políticas públicas en salud. Esto confluye con estudios en VIH que han informado bajo conocimiento y concienciación de PrEP y su asociación con determinantes económicos como el nivel de ingresos de la familia.

Uno de los participantes ejemplifica la asociación entre financiamiento y conocimiento sobre el funcionamiento de la PrEP como parte de sus consideraciones para participar en el programa PrEP:

*Yo no podría acceder al PrEP porque en el trabajo no me lo pagarían. No me lo cubriría el seguro. Aun ahora me da miedo que sea un médico general el que me receta los medicamentos y no sabe qué es y cómo funciona (Participante 4)*

Esta asociación remite a las repercusiones de la orientación del presupuesto de las políticas de VIH/Sida hacia las actividades diagnósticas y de tratamiento en detrimento de las estrategias preventivas y de capacitación del personal. Al respecto, informe de medición de gasto en VIH/Sida de 2022, publicado por CONASIDA (2022), reveló que solo el 5.81 % se del presupuesto se destinó a prevención. Debe reconocerse, en este aspecto, que ninguno de los rubros del informe se refiere específicamente a la asignación de fondos para la sensibilización y la capacitación del personal sanitario.

Si bien tal omisión no implica necesariamente que las autoridades sanitarias no estén destinando fondos a la sensibilización y el conocimiento sobre los servicios disponibles en el país para la prevención del VIH, sí sugiere que este eje no ha adquirido una posición

relevante, lo cual debe llamar la atención por los efectos contraproducentes que tiene para la aceptación y éxito de programas como el de la PrEP dado que, como fue advertido por Castaño-Correa et al. (2023), hay una relación entre la organización del sistema de salud y la probabilidad de prescribir PrEP; la tercera fase del continuum de cuidado de la PrEP.

Para los autores, el desconocimiento de los proveedores sobre el programa, su funcionamiento, y las opciones que pueden ser brindadas de acuerdo a las capacidades de los usuarios potenciales y actuales, determinan la participación de las poblaciones clave, así como sus tasas de abandono. En este sentido, la probabilidad de recibir tratamiento antirretroviral como parte de la participación en el programa PrEP depende ya no solo de la clasificación del riesgo a partir de las conductas reveladas durante las consultas iniciales y de seguimiento, sino también a los conocimientos del proveedor de servicios, a su capacidad para recabar datos que permita determinar la veracidad de la información suministrada y a sus prejuicios y sesgos hacia la población beneficiaria.

Los entrevistados refieren que en determinado momento solicitaron la prescripción de la PrEP o se les sugirió participar en el programa debido a que habían tenido un seguimiento prolongado en clínica VICITS, habían reportado sus prácticas sexuales, habían indicado ser HSH y mencionaron realizar prácticas sexuales tipificadas como *de riesgo* o fueron considerados como personas capaces de adherirse a la PrEP, todo ello en concordancia con los lineamientos del Ministerio de Salud, así como de otras instancias internacionales. Sin embargo, también llama la atención que se señale que los médicos que no forman parte de las clínicas de VICITS desconocen la existencia de la PrEP y su disponibilidad en Costa Rica.

Estos reportes van desde desconocer completamente la existencia del programa PrEP hasta ignorar la existencia misma de la PrEP o indicarle al usuario que ha confundido al tratamiento con la profilaxis. Uno de los participantes se refiere a una experiencia en relación con lo anteriormente señalado:

*Me pasó en la oficina de salud de salud de donde estudio que al consultar con la doctora le dije que es PrEP y ella no sabía que existía. Ella pensó que tenía VIH y me preguntaba que si estaba bien*

*y yo tuve que aclararle que el tratamiento es preventivo. (Participante 2)*

Otro participante indicó:

*Me han preguntado qué es PrEP. En el sector privado son absolutamente ignorantes sobre este tema. Creo que es porque se considera el VIH como un tema superado. La gente se quedó con la información vieja, y no se da cuenta de cómo va la epidemia. Ya no se conversa este tema. Es como si ya se hubiera discutido y no se quisiera abrir una discusión al respecto. (Participante 7)*

El desconocimiento sobre la existencia de la PrEP tiene un efecto negativo en la captación de personas usuarias, así como en la canalización de sus necesidades. De igual manera, la falta de información tanto de la población en general como del personal sanitario contribuye a la perpetuación de estereotipos que se transforman en prácticas que imponen barreras de acceso a los servicios de prevención.

Sobre esto, múltiples estudios han sido conducidos en los que se analizan las razones por las que diferentes profesionales de la salud se niegan a prescribir la PrEP y de qué manera esto afecta a su implementación como servicio del sistema de salud. Así, Sánchez-Rubio et al. (2016) realizaron una encuesta entre personal médico y farmacéutico en España en el que analizaron las opiniones sobre el uso, las barreras de implementación y aspectos de financiamiento de la PrEP. En su estudio, los porcentajes de opiniones a favor de la PrEP aumentaron al recibir información sobre el funcionamiento y la evidencia científica disponible sobre la eficacia. Por otro lado, se determinó que ambos grupos profesionales mostraron un fuerte rechazo (superior al 80 % de los encuestados) al financiamiento, así como preocupación por el potencial de conductas de riesgo, de aumento de otras ITS, de riesgo de resistencia e impacto económico en el sistema de salud por la implementación de la PrEP.

La asociación entre PrEP y exacerbación de conductas sexuales de riesgo es parte del imaginario colectivo, y está presente también en las personas LGBTIQ+. Así, por ejemplo,

los participantes refirieron haber escuchado comentarios en los que se afirmaba que los usuarios de PrEP tienen en ese fármaco una licencia para aumentar sus parejas sexuales, reducir el uso de métodos de barrera y combinar los encuentros sexuales con el uso de drogas. Estos comentarios son emitidos tanto por familiares, como por sus parejas afectivas y por tomadores de decisiones.

Cuando estos comentarios son emitidos por proveedores de salud se los suele llamar estigma estructural o estigma institucional. Esta forma de discriminación puede limitar la oportunidad de una persona de beneficiarse de una intervención preventiva bajo la perspectiva del profesional sanitario de que la persona no asumirá responsablemente las implicaciones de dicha intervención, lo cual está basado tanto en el desconocimiento como el prejuicio.

Sobre esto, Muñoz (2018) argumenta, a partir del concepto de estigma elaborado por Goffman, que el estigma estructural se refiere al proceso social como una forma de violencia estructural que dificulta el acceso a ciertas necesidades básicas de salud; como expresión de violencia, agrega, se expresa por la falta de disponibilidad de tratamientos, de equipos profesionales capacitados y de recomendaciones profesionales para la adopción de servicios disponibles para prevenir el deterioro de la condición de salud.

Para el autor, los discursos y las prácticas discriminatorias de los sistemas de salud son peligrosos porque terminan institucionalizándose, de forma tal que inciden en cómo son representadas socialmente las personas, cómo son enunciados los discursos y de qué manera las prácticas de los actores se ordenan determinando la praxis profesional discriminatoria. Esto implica, a la luz de sus argumentos, que los prejuicios hacia los HSH que acuden a la Caja y las ONG en búsqueda de PrEP pueden determinar, en la cultura organizacional de los cuidados, que se les violente y se les niegue asistencia bajo la consideración de que la pretenden usar para incurrir en conductas tipificadas de riesgo.

Al respecto, en el estudio conducido por Carter et al. (2019) se determinó que los proveedores que han tenido experiencia con atención de PVVS, que han sido educados en la detección de indicadores de riesgo y que tienen educación en áreas como la infectología tenían una actitud positiva hacia prescribir PrEP. En ese mismo estudio se identificó a los profesionales en salud familiar, pediatría y atención de personas adolescentes como los tres grupos profesionales menos cómodos con la prescripción de la PrEP. Las razones para este

posicionamiento, como es de esperarse para dos de los grupos a los que atienden, son las preocupaciones sobre la legalidad, la confidencialidad, la posición de los padres; pero también llama la atención la mención sobre el costo económico trasladado al sistema de salud.

Otra barrera del sistema de salud identificada en este estudio se refiere a la excesiva centralización de la oferta de la PrEP en la Gran Área Metropolitana, lo cual constituye una limitación del acceso para quienes viven en zonas periféricas y periurbanas. Así narra uno de los informantes el impacto que tuvo su traslado fuera de la GAM por motivos de trabajo en su continuidad en la clínica VICITS y su participación en el programa PrEP:

*Lo dejé, porque, bueno, número uno, me había mudado a Guanacaste (...). Entonces, bueno, número uno, estaba muerto; número dos, los horarios que yo tenía eran bisemanales; entonces, cuando yo venía a San José, venía los viernes, sábado y domingo, cada 15 días. Seamos honestos, yo no iba a sacar tiempo en el trabajo, en mis vacaciones, para venir a San José, sacar cita, luego volver a irme. Perder dos días, generalmente, porque recordemos que es un día para sacar exámenes, la cita inicial, y la segunda es para ver resultados. (Participante 5)*

Esta situación, tal como lo señala Chaves (2022), refleja uno de los problemas estructurales de la respuesta nacional frente al VIH; sea, la centralidad geográfica, la cual conlleva – explica – una serie de consecuencias para los beneficiarios de estas intervenciones. Entre ellas se encuentra el fracaso en la adherencia al tratamiento por el esfuerzo que sobrelleva asistir a los centros de salud donde están disponibles las especialidades y los medicamentos, la vulneración de la privacidad frente a la necesidad de justificar con familiares y patronos los viajes periódicos a la GAM, e incluso la pérdida de la estabilidad laboral como consecuencia de la reiterada solicitud de permisos para acudir a dichas consultas.

Al respecto, de las 14 OSC registradas en CONASIDA hasta 2023, solo tres tenían presencia en zonas fuera de la GAM, lo que el propio Ministerio de Salud (2025) reconoce

como una de las debilidades estructurales de la priorización de la respuesta al VIH detectadas durante la evaluación del PEN 2021 – 2026.

No es de extrañar, en este mismo sentido, que para los participantes que viven en la GAM, para quienes el esfuerzo para asistir a las consultas de seguimiento y retirar cada mes los antirretrovirales era mínimo, el acceso al programa fuera percibido como uno de los aspectos que motivan la permanencia:

*Me gusta mucho el tema del control, que literalmente cada seis meses ya tenés tu cita, tenés tu cita programada en el laboratorio, va súper rápido, porque no tenés que ayunar ni nada por el estilo. Vas a las ocho de la mañana, ya las ocho y quince ya he salido, ocho y veinte ya estoy de vuelta aquí en el trabajo. Entonces el tema de facilidad ha sido uno de los motivos para quedarme. (Participante 3)*

Lo cual contrasta con las dificultades que enfrentan aquellos para quienes mantenerse en el programa conlleva inversión de tiempo y dinero:

*Es curioso, depende. El viernes pasado se complicó bastante porque yo tengo cosas que hacer. Tuve que ir a San José, regresar, atender a una persona, después volver a ir y después esperar que el medicamento estuviera listo. Es complicado por horario, pero más en mi caso porque si ya no tengo medicamento y en la farmacia se atrasan significa que no voy a poder tomármelo cuando corresponde. (Participante 6)*

Agrega,

*Si fuera por mí yo sería feliz recoger el medicamento donde vivo. O activar la receta en el EDUS, pero no se puede hacer. Yo sería feliz también con que me lo envíen al EBAIS. O que haya un convenio con Correos de Costa Rica. Pero no hay nada de eso. Por el momento,*

*aunque no tengo problema con ir a San José siento que en un futuro podría haberlo. (Participante 6)*

Esta forma de organizar la provisión de servicios produce otra de las barreras identificadas por los participantes; sea la excesiva demanda del servicio frente a una oferta limitada, lo que constituye una barrera relacionada con el acceso que implica una coartación en el derecho al acceso a la salud. Los participantes señalan:

*[Como aspecto negativo] solo que hay que hacer mucha fila. (Participante 7)*

*En lo negativo, el doctor recibe mucha gente entonces a veces todo es muy rápido y resuelva. Tal vez no toda la gente capta de la misma manera. (Participante 1)*

*En la atención de farmacia la atención es accesible y buena, se nos atiende bien pese a que siempre hay bastante fila, pero nos tratan como personas normales (Participante 2)*

Al respecto, los mismos participantes enumeran modificaciones que se requieren para eliminar esta barrera. Entre ellas se encuentran la posibilidad de retirar los medicamentos en los EBAIS a los que están adscritos como asegurados y no solo en los centros donde llevan el seguimiento en el programa PrEP, la ampliación del programa y la disponibilidad de más personal dedicado a estas actividades.

Todo esto requiere estudios de oferta y demanda que pueden ser elaborados desde un enfoque de gerencia de la salud aplicado a la modernización de los servicios en que se determine cómo proceder con el escalamiento del programa a nivel nacional, tarea que ya está contemplada en el PEN 2024 – 2027 (Ministerio de Salud, 2025).

Este tema, si bien escapa a la finalidad de esta investigación, se propone como una labor prioritaria para evitar que las barreras sigan superando las oportunidades del programa

y que por ello se limite el derecho a la salud de las personas usuarias interesadas en abordar su riesgo al VIH.

No obstante, conviene mencionar que la creación de barreras para el acceso a la prevención de VIH implica la vulneración de los derechos protegidos por la Ley 9797 y expone a Costa Rica, por acción u omisión, a que se abran procesos jurídicos ante la instancia constitucional local, e incluso ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos. En relación con las categorías analíticas descritas por Badilla y colaboradoras (2005) pueden mencionarse algunos ejemplos de áreas en las que son urgentes intervenciones para reducir la desatención de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/Sida o que están expuestas al virus.

El establecimiento de programas de atención centralizados geográficamente, como ya se señaló, constituye una limitación de acceso, pues perpetúa la discriminación de las personas habitantes de zonas periféricas, como fronteras y ciudades costeras. En la implementación de mecanismos de prevención son necesarias las acciones intersectoriales en las que haya colaboración en el sector salud, educación y económico para garantizar la disponibilidad de información y educación sin que se deje a nadie atrás.

También es necesaria la capacitación del personal de salud y de educación para que puedan identificar las necesidades de las poblaciones y dirigir las a las instancias disponibles para reducir el riesgo de ITS.

### **Impacto de la participación en el programa PrEP en salud sexual**

A diferencia de lo que ocurre con el continuum del cuidado del VIH, el programa PrEP, por tratarse de una intervención preventiva, tiene como meta evitar la seroconversión en las personas que presentan mayor riesgo de exposición al virus. Por tal razón, su finalidad es la *adherencia al tratamiento*.

La adherencia a la PrEP, tanto como los otros constructos abordados en esta investigación, demanda una comprensión integral por parte de las y los profesionales de la salud, quienes no deberían adoptar conceptos desde un paradigma médico debido a su limitado alcance para abordar complejos fenómenos sociales, así como por la tendencia a equipararla con el uso rutinario del medicamento (Galvan et al., 2014).

Nicholls et al. (2021) exploraron la adherencia a los antirretrovirales en PVVS de Londres. Según explican, la toma de estos fármacos sin interrupciones y con estricto cumplimiento de la prescripción es clave para lograr la meta de la carga viral indetectable y prevenir la resistencia farmacológica; sin embargo, la mayor parte de usuarios de TARV experimentan en algún momento de sus vidas efectos secundarios o viven circunstancias que los llevan a abandonar el tratamiento ya sea de forma temporal o permanente.

No obstante, aunque se ha analizado la forma en que intervienen los factores psicosociales en la adherencia a los tratamientos, poco se han estudiado los factores materiales, que incluyen la presentación del medicamento, pero también las interacciones sociales y la vida cotidiana (Nicholls et al., 2021). Para abordar esto, los autores plantean el concepto de adherencia situada, la cual enlaza los conceptos de encarnación y oportunidad estructurada propuestos por Krieger (2005).

Así, se entiende a la adherencia situada en la que diariamente se negocian las situaciones actuales en relación con las experiencias previas de uso del medicamento. Cada toma del antirretroviral implica una elección en la que intervienen el pasado personal y cultural del usuario y se ponen en juego las interacciones con los otros de tal manera que el uso del medicamento no implique una exposición, una vulneración de la integridad, pero tampoco una amenaza al bienestar.

Al respecto, Smith et al. (2023), quienes adoptaron el concepto de adherencia situada propuesto por Nicholls et al. (2021), determinaron que las personas usuarias de PrEP experimentan con las dosis del tratamiento para adaptarlas a las condiciones cambiantes de sus vidas y para continuar el uso pese a los efectos secundarios. Estas prácticas, concluyen, desafían las categorías de las estrategias de uso de la PrEP, como los regímenes de uso diario y de toma por evento, y evidencian la necesidad de que el diseño de las intervenciones en salud pública reconozca el impacto del uso de PrEP en la vida cotidiana, considerando rasgos individuales, así como rutinas y relaciones con el entorno.

En esta investigación, cumplir el régimen de toma del profiláctico según la prescripción no se presenta como una tarea difícil. Para esto, los dispositivos tecnológicos permiten la programación de recordatorios, lo que impide olvidar las tomas independientemente de las actividades que se estén realizando. Dos relatos lo explican:

*A mí me da mucho la seguridad, y propiamente en el momento en que me tomo la pastilla a esa hora, pongo la alarma para los siguientes dos. La primera en 24 horas, la segunda en 48, y ahí estoy con la alarma y apenas suena de una vez. Y me da más seguridad con el control de ello. (Participante 5)*

*(...) soy muy disperso y no podría con la planificación de los eventos. No soy esa persona que es precisa. Sentí que lo más responsable es el plan diario. Yo puedo planificar las tomas por medio de Alexa. Ya me había acostumbrado porque tomo otro medicamento. (Participante 7)*

En el marco del Continuum del Cuidado de la PrEP, Kelley et al. (2015) entienden que la adherencia es el resultado tanto de una valoración positiva sobre la profilaxis como de la accesibilidad a los servicios de salud. Según explican, si bien la adherencia a la PrEP, desde el concepto de uso sostenido según la prescripción, está relacionado con menores tasas de seroconversión, también se asocia con mayor frecuencia de participación en relaciones sexuales anales sin uso del condón. Lo que sugiere que la toma del profiláctico puede intervenir negativamente en las conductas sexuales de los usuarios.

Esta creencia se abordó como parte de los prejuicios hacia la implementación de la PrEP, y ha sido ampliamente documentada tanto en usuarios de PrEP como en profesionales encargados de prescribirla. En dicha ocasión se argumentó que la falta de conocimientos sobre el programa y los estigmas relacionados con la homosexualidad hacen creer que el profiláctico actúa como justificantes para reducir las prácticas preventivas del VIH.

En algunos casos, esto es utilizado por parte de los proveedores y autoridades sanitarias para sugerir que se cancelen los programas de PrEP (Sánchez-Rubio et al., 2016) y se puede encuadrar como una forma de estigma estructural (Muñoz, 2018). De igual manera, se tiende a analizar los cambios de prevalencia en otras ITS como indicadores indirectos del aumento del riesgo de VIH.

El comportamiento de la incidencia de la sífilis es uno de estos indicadores debido a que ambas infecciones suelen darse conjuntamente. Al respecto, en el escenario costarricense se ha documentado el aumento de cuatro ITS durante el periodo de noviembre de 2023 a

noviembre de 2024. Según datos del Ministerio de Salud, la sífilis aumentó 11.88 %; la gonorrea, 33.62 %; el herpes, 24.4 %; y el virus del papiloma humano, 143.7 %. La mayor parte de la población en la que se detectaron estas tendencias tiene entre 20 y 29 años (Cordero, 2024). En cuanto a la sífilis, el Ministerio de Salud también había documentado un aumento importante entre el 2022 y el 2023, alcanzando 109 %, con la tasa de casos ubicada entre los hombres de 20 a 24 años, habitantes de la GAM, y las ciudades portuarias de Limón y Puntarenas.

En esta investigación ha quedado evidenciado que la PrEP genera un sentimiento de seguridad frente al VIH que lleva a pensar a los usuarios que se han vuelto, en cierto modo, invulnerables al virus. Este razonamiento los lleva a adoptar conductas sexuales que implican una mayor exposición al virus:

*[Antes de usar PrEP] mis prácticas sexuales eran más conservadoras. Era más precavido y usaba condón. Ahora, no es que lo haya descartado, pero tal vez por una falsa sensación de seguridad lo he dejado de usar. Me tranquiliza saber que puedo estar testeándome regularmente. (Participante 1)*

Sin embargo, cuatro de los entrevistados mencionaron la adopción de prácticas preventivas que no solían realizar antes de participar en el programa. Por ejemplo;

*Me hice más precavido. Eso gracias a todas las charlas. Ahora siempre tengo condones, lubricantes. Siempre ando en el bolso porque sé eso de que si está en el bolso no funciona. (Participante 6)*  
*Y yo no me voy a jugar ese chance. Hay personas que sí, digamos, que les da mucho morbo este tema, verdad, de piel con piel, de apelo, de “n” cantidad de fetiches que hay ahora, verdad. Bueno, cada uno practica en sus prácticas sexuales, hace mucho lo que gusta, pero hay que ver como delimitar hasta dónde sí y hasta dónde no. (Participante 3)*

Desde la perspectiva del Modelo de Creencias de salud se explica que la adopción de conductas saludables y el cese de las conductas de riesgo son producto de la interacción de cuatro dimensiones (Moreno y Gil, 2003). Ya se discutieron dos, *las barreras y los beneficios percibidos*. Tal como se afirmó en los dos apartados anteriores, la PrEP es percibida como una fuente de seguridad frente a la infección; por otro lado, es gratuita y fácil de utilizar cuando se toma bajo el régimen diario. Esto significa que los esfuerzos frente a los beneficios son favorables para participar en el programa PrEP, y al mismo tiempo, para mantener la adherencia.

Las dos dimensiones pendientes, la susceptibilidad percibida y la severidad percibida, se refieren al efecto de la eficacia de la PrEP en la compensación del riesgo, fenómeno que se ha utilizado para describir prácticas como el sexo anal sin condón documentado en usuarios de PrEP (Newcomb et al., 2018). Al respecto, los participantes reconocen la infección al VIH como una posibilidad ante la que asumen una perspectiva a la que llaman *positividad sexual*.

Algunos de los participantes se refirieron a la pérdida del temor al virus utilizando la expresión ser “*sex positive*”, que implica asumir una actitud relajada hacia el sexo en la que se considera la seroconversión, detectada durante las consultas de seguimiento del programa, como un evento posible o esperable, ante el cual hay que estar *preparado*. Dos relatos ilustran este posicionamiento:

*En parte mi perspectiva ha sido de más apertura. Antes yo tenía una visión conservadora. Nadie quiere una ITS, pero ahora teniendo sexo con condón sé que el riesgo es bajo, pero existe. Si ahora manejo la posibilidad de tener una ITS aun usando condón pienso: ¿Cómo lo tomaría? Esas posibilidades me han ido quitando el estigma hacia tener VIH y entiendo que la vida de mis amigos que tienen VIH continúa pese a que no es bonito tener que estar tomando pastillas. Hay ciertas limitaciones. La serofobia se ha ido quitando y los rasgos que encuentro de serofobia los he podido ver con el tiempo y decir que tal vez un comportamiento mío es cerrado y pienso que a través del PrEP he llegado a esas conclusiones. (Participante 1)*

*Con el PrEP uno aprende mucho, pierde el miedo y se sensibiliza. El PrEP te enseña a estar abierto a lo que pueda pasar. (Participante 2)*

El concepto de *sex positive*, generalmente traducido como *positivismo sexual*, fue propuesto a finales de la década de 1920 por el sexólogo Wilhelm Reich, quien argumentó a partir de una amalgama entre psicoanálisis y marxismo, que las conductas y creencias sexuales están organizadas jerárquicamente en relación con la estructura de clases; por lo tanto, los grupos sociales reproducen comportamientos, principios éticos y morales concernientes a su posición social que, para las clases bajas, conlleva a la vivencia de una sexualidad reprimida que impacta al aparato psíquico y bienestar emocional (Moir, 2022). Desde esta perspectiva el contexto social se abre camino hacia la expresión de conductas que se pueden asociar a perfiles epidemiológicos, tal como lo propone el modelo eco-social de Krieger.

Por tal motivo, agrega Moir (2022), Reich promovió la adopción de un posicionamiento liberador en cuanto al sexo que permitiera no solo considerarlo parte de la naturaleza humana, sino que también sirviera como una vía de emancipación, o de liberación, de las limitaciones impuestas por la sociedad. Para las personas homosexuales, decía Reich, asumir una actitud positiva hacia el sexo permitiría alcanza mayor bienestar emocional, evitaría trastornos psíquicos como la neurosis y mejoraría el bienestar emocional, todo ello a partir de una transformación de las formas de relacionarse erótica y afectivamente con los otros.

Lo particularmente llamativo, en relación con la adopción de una actitud abierta hacia el sexo, es la afirmación de que vivir con VIH no se asuma como una situación potencialmente negativa. Esto se puede entender, parcialmente, por la efectividad y *nobleza* de los tratamientos farmacológicos actuales, que como se ha afirmado, han dado lugar a un cambio de paradigma, en el que la infección se ha asumido como una enfermedad crónica (Fee y Krieger, 1994) para la que existen múltiples intervenciones que permiten no asociarla directamente con la muerte (Chaves, 2022).

Rojas et al. (2004), por ejemplo, menciona dos temas presentes en las entrevistas realizadas para este estudio. Por un lado, la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), que transformó al VIH en una *enfermedad crónica*, permitió no solo una mejora en la calidad de vida de las PVVS, sino que también posibilitó el establecimiento de relaciones serodiscordantes en las que el riesgo de infección de la persona negativa se había reducido; lo que requería, no obstante, la adherencia a los antirretrovirales.

Desde la propuesta de Rosenstock, que apoya la propuesta conductista de Moreno y Gil (2003), la participación en el programa PrEP puede estar fomentando una sinergia entre la percepción subjetiva baja del riesgo y la percepción de que vivir con VIH no tienen consecuencias médico-clínicas o sociales graves. En este sentido, una parte de los entrevistados ha asumido que la mayor consecuencia de la PrEP y el tratamiento del VIH está limitada a utilizar un tratamiento farmacológico.

No obstante, en el discurso de los entrevistados se puede notar una invalidación de experiencias como el estigma, la discriminación, el rechazo, la sensación de vulnerabilidad que pueden sentir quienes experimentan temor de que se sepa que usan antirretrovirales para controlar su estatus serológico. Es decir, hay una pérdida de sensibilidad y empatía hacia las PVVS; pero también se evidencia una perspectiva individualista hacia la prevención. Esto adquiere un matiz particular al discutir cómo se aborda la PrEP en las relaciones interpersonales. Lo que ocupa el segundo tema presentado por Rojas et al. (2004), la pareja estable.

Al respecto, la presencia del VIH en el imaginario colectivo ha favorecido la adopción de prácticas sexuales que cambian en relación con el tipo de pareja con la que se practica actividad sexual. Según describen Rojas et al. (2004), a partir del uso de los antirretrovirales, las encuestas de comportamientos sexuales comenzaron a demostrar un menor uso de condón con parejas estables que con parejas esporádicas, distinto a lo que explicaba la rápida dispersión del VIH en los sitios de encuentro de los homosexuales, antes de que se dispusiera de los primeros tratamientos.

Desde el concepto de seguridad negociada, se afirma que las parejas estables reducen el uso del condón basándose en el acuerdo de que ninguno expondrá al otro al VIH; por tanto, la protección que se tiene con las parejas esporádicas tiene el propósito de evitar traer la

infección al *interior de la relación*. Los estudios disponibles se han centrado en analizar cómo cambian el uso sostenido del condón cuando se utiliza PrEP.

Al respecto, el impacto del uso de la PrEP en la configuración de las relaciones afectivas en HSH ha ido ganando terreno como tema de investigación y se considera ineludible toda vez que se aborde la interacción entre prevención de VIH y la vivencia de una salud sexual positiva.

Al respecto, Montess (2023) se refiere a dos tipos de relaciones en las que la creación de confianza es fundamental para la efectividad de la implementación de la PrEP; sean las que se establecen con parejas afectivas y/o sexuales, y las que ocurren con prestadores de servicios de salud. En cuanto a las primeras, explica, la historia de homofobia, bifobia y serofobia vivida históricamente por los HSH impone barreras para la confianza, como el secretismo, el anonimato, la mentira, el *closet*, y la revelación del estatus seropositivo.

Montess (2023) se refiere a la inclusión del uso de la PrEP en las descripciones creadas en los perfiles de las aplicaciones de citas. Al respecto, señala, incluir esta información puede tener la intención de revelar la intención de mantener relaciones sexuales sin condón, sin que necesariamente sea cierto el acceso al antirretroviral. Así, señala, no es recomendable confiar siempre en esta información, lo que plantea la necesidad de desconfiar en el otro como una medida de agenciar el autocuidado.

En la investigación de Newcomb et al. (2018) se determinó que los HSH jóvenes aumentaron la práctica del sexo anal sin condón y que en los no adherentes esta práctica es más frecuente; por otro lado, este comportamiento es más frecuente con las parejas casuales; con las parejas estables se identificaron conductas menos riesgosas; por ejemplo, los HSH seropositivos suelen asumir el rol insertivo como estrategia negociada, lo cual reduce el riesgo de infección.

Montess (2023), afirma en este sentido que en el acto sexual con condón se establece tácitamente una relación que demanda confianza. Quien asume el rol receptivo confía que la otra persona se encargue de colocarse el condón correctamente y de que se minimicen los riesgos para quien asume el rol receptivo. Esta investigación sugiere una situación similar con el uso de la PrEP debido a que se pudo detectar que, aun cuando a partir del uso se justifica la adopción de prácticas de riesgo, se mantiene la intención de no exponer al virus a una persona con quien se tiene una relación estable:

*Como tengo una relación abierta siempre uso condón. Con mi pareja me apego al PrEP. Si por alguna razón yo termino con una ITS no quisiera pegársela a mi pareja (Participante 7)*

Si bien, llama la atención que las ITS no prevenidas con la PrEP quedan excluidas del discurso del participante, lo que es lo mismo decir que ITS es VIH, es de mayor interés la intención de cuidar/se en tanto usuario del profiláctico.

En el discurso del participante el uso de la PrEP conlleva un propósito de cuidado de sí mismo y de la persona con la que se tiene un vínculo emocional/sexual estable. Aunque se espere, bajo esa lógica, un uso mantenido del condón significativamente más alto con las parejas esporádicas, las encuestas de salud sexual demuestran que en dichos encuentros sexuales suelen realizarse prácticas de riesgo como el sexo anal sin condón. Lo cual se explica, al menos en el caso del entrevistado, en su noción de que las ITS curables con antibióticos no son un *verdadero* problema:

*Con la PrEP me volví más constante en eso: cada vez cogía con más gente sin condón. Y eso era solo porque estaba cachondo. Yo buscaba en la PrEP algo que me ayudara a hacerlo. Entonces me convencí a mí mismo que siempre hay algo para quitarse una infección. (Participante 7)*

En el contexto del uso de la PrEP, puede entenderse que la seguridad que se percibe por el uso del antirretroviral, tiene un impacto significativo para no usar el condón. Esto se basa en la efectividad del fármaco. Sin embargo, puede tener implicaciones más profundas. Mientras el discurso sobre el uso de la PrEP en la pareja y para sí mismo atienden a una cuestión de cuidado, en las relaciones con otros, se expresa como un tema que se evita. La mayor parte de los participantes prefiere no comentar que son usuarios de PrEP. Al respecto, uno de los participantes relata:

*Cuando yo estaba con mi ex, yo le dije que quería entrar al programa y que nos metiéramos los dos. Él me dijo que no quería porque eso lo toman los putos, las putas y los que andan haciendo lo que quieran y eso siempre se me quedó en la cabeza. Sé que existen esos estigmas. Mi mejor amigo recientemente empezó PrEP porque tiene una pareja serodiscordante y él me decía “no quiero, pero sé que es algo bueno”. Yo le preguntaba por qué no quería, y me decía que si llegaba a decirle a alguien iba a pensar que era un puto. Eso le cala a uno por dentro y le sirve para educar, porque tomar PrEP no significa que uno sea un promiscuo (Participante 2)*

En este caso, llama la atención que el amigo haya pospuesto el inicio de la PrEP, pese a vivir en una relación serodiscordante, por anticipar las experiencias de discriminación. Al respecto, Goffman (2006) se refiere al estigma anticipado como la anticipación de una experiencia negativa que puede implicar sufrimiento moral.

Krieger (2011), por otra parte, aborda esta situación como una vía de encarnación a la que llamó *trauma socialmente infligido*. Para la autora, percibir, recordar y prever formas de discriminación activa respuestas corporales que se expresan en el nivel de bienestar físico y mental. De tal manera, cuando el participante se refiere a que dicha experiencia “le cala a uno por dentro” se está dirigiendo a la forma en que vivir formas de discriminación dejan huella en la salud mental y física, pudiendo movilizar conductas como la postergación del autocuidado hacia el VIH, tales como posponer la participación en el programa PrEP.

Estas experiencias pueden tomar formas más sutiles, tales como asumir una actitud pasiva, cautelosa e individualista de la negociación de los encuentros sexuales. El siguiente discurso ilustra que ante la posibilidad de que la PrEP interfiera en un encuentro sexual se puede elegir no mencionar el uso del antirretroviral y valorar durante la interacción sexual los eventos para adoptar una medida de prevención del VIH y otras ITS:

*Lo que hago es, en los encuentros sexuales, es ir valorando. Si la persona en cierto momento para y dice “usemos condón” entonces lo usamos. No es como que yo ande diciéndole a todo el mundo que tomo*

*PrEP. Pero cuando he encontrado conflicto entonces yo digo culiemos con condón. Ya, si la persona me hace mucho tema y me pide exámenes, ahí pienso que mis diagnósticos son míos y si la persona no se siente cómoda entonces usemos condón o no cojamos. (Participante 1)*

Siguiendo los argumentos de Krieger (2011) sobre la interacción acumulativas de exposición, susceptibilidad y resistencia a través del curso de vida, se puede afirmar que la adopción de un discurso pasivo y, en cierto modo, resignado a la infección del VIH emana de la acumulación y anticipación del estigma y el riesgo. Es decir, la expectativa de la infección se combina con el prejuicio que asocia VIH como homosexualidad.

Retomando los señalamientos de Krieger (2021), la consolidación histórica, política y cultural de discursos de asociación entre homosexualidad y VIH termina asimilándose, o encarnándose, como una *verdad* inherente a ser homosexual. A partir de esto, se asume como un hecho normal, o esperable, para los hombres que se identifican como homosexuales. Llamas (1994), al recuperar la larga data de construcción del cuerpo homosexual revela la forma sistemática en que se ha encarnado la enfermedad y el castigo en los homosexuales.

Como se ha argumentado a lo largo de este documento, esto no significa que los homosexuales no teman al VIH, al Sida o sufran estigma anticipado; antes bien, la referencia a un *ir valorando* implica la evaluación de las posibles consecuencias que tendría para la interacción con el otro la posibilidad de la materialización del estigma, como explica Goffman (2006). De igual manera, se percibe en los discursos de los participantes que son conscientes de que el uso de la PrEP puede provocar que sean rechazados por otros; es con base en esta posibilidad que se suprime de la negociación de los encuentros sexuales las medidas de prevención del VIH, pues la sola mención del virus es ya de por sí tensionante y problemática.

### **Limitaciones del análisis**

En cuanto a las limitaciones metodológicas, esta investigación está orientada hacia los alcances exploratorio y descriptivo debido a que; en primer lugar, no se cuenta con antecedentes, al menos recuperados durante el periodo en el que se condujo el estudio, sobre las

experiencias de los usuarios de PrEP en Costa Rica. En segundo lugar, porque la falta de antecedentes locales sobre el tema limita la oportunidad de profundizar en el fenómeno para comprender la complejidad de relaciones que subyacen a las experiencias relacionadas con la PrEP.

Además, a partir de la caracterización de los participantes, se puede advertir que los sesgos de selección pudieron condicionar la obtención de información homogénea, por lo que el análisis puede estar limitado debido a la carencia de discursos que planteen diferencias del curso de vida que pudieran ampliar el marco de discusión de los resultados. Es por esto que se requieren estudios que se centren en los distintos momentos del paso por el continuum del cuidado de la PrEP, para comprender cómo actúan los determinantes de la salud en el éxito y fracaso del programa PrEP.

En este mismo sentido, la homogeneidad de las características de los participantes de este estudio limita la capacidad de generar información que sea aplicable a grupos particularmente marginados que pueden vivir experiencias sumamente distintas en su interacción con el sistema de salud. De esta manera, los resultados de este estudio no pueden ser aplicados a las personas trabajadoras sexuales, usuarias de drogas endovenosas ni a los colectivos de personas transgénero. No obstante, los elementos de discusión ofrecen líneas de investigación y reflexión para profundizar en las experiencias que viven los usuarios adultos jóvenes, profesionales y con alta escolaridad para identificar en qué medida esas características les permiten posicionarse elaborar estrategias para afrontar las barreras de acceso y organizarse para demandar servicios adecuados a sus necesidades.

Los estudios con enfoque en la gerencia de la salud requerirán dicha información para mejorar los procesos relacionados con la gestión de los servicios de salud que brindan atención preventiva para el VIH. Sin estos datos se mantendrá el panorama de deterioro de los indicadores de VIH/Sida, como lo documentan los PEN citados. Esta investigación, si bien se realiza en el marco de la maestría de salud pública con énfasis en la gerencia de la salud, no está orientada a la generación de información cuantificable que sea utilizada para la alimentación de indicadores de las políticas nacionales de VIH/Sida. Esto puede actuar como una limitación del análisis debido al carácter interpretativo que adquiere cualquier estudio de diseño cualitativo.

Esto no significa que el estudio no tenga utilidad para la mejora de la gerencia de los servicios de salud. Como se ha señalado oportunamente, los estudios de impacto de políticas públicas en salud y de evaluación de las intervenciones en salud pública también requieren de información cualitativa que contribuya a la comprensión del contexto en que se sitúan los indicadores cuantitativos.

En cuanto a la discusión; los discursos de los participantes se refieren a un amplio número de experiencias y situaciones que pueden no haber quedado desarrolladas en este reporte debido a que no tienen relevancia directa con el uso de la PrEP, aun cuando lo tengan con la relación entre VIH y la homosexualidad. Debido a la particularidad de dichos discursos, no es posible incluirlos en el análisis, puesto que arrojarían elementos de confusión al no poder ser comparados o contrastados. Esto refuerza la idea de que la investigación tiene un alcance limitado para favorecer la toma de decisiones; aun así, puede afirmarse que provee un punto de partida valioso para quienes quieren profundizar en el tema.

## Capítulo VI Conclusiones y recomendaciones

El mundo entró recientemente a la cuarta década de lucha contra el VIH/Sida con limitados ejemplos de éxito en cuanto al aplanamiento de las curvas epidemiológicas. Pese a que enormes cantidades de recursos económicos, de esfuerzos humanos y de tiempo han sido dedicados año con año para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el virus, incidir en la reducción de las prácticas de riesgo de seroconversión en personas expuestas, capacitar a proveedores de servicios de salud y tomadores de decisiones, queda mucho por hacer.

En el caso costarricense, según se documentó en las primeras secciones de este documento, los esfuerzos no solamente han sido limitados, sino que tienden a quedarse rezagados con respecto a los avances que se ven en otros países. El análisis de los Planes Estratégicos Nacionales de VIH/Sida parten, en cada periodo, de un deterioro de los indicadores epidemiológicos de esta problemática sociosanitaria, y aun así repiten las mismas recetas; sean la entrega de condones, lubricantes y la implementación de campañas diagnósticas.

A modo de agravante, estas intervenciones han sido definidas erróneamente como *preventivas*. Lo cierto es que el diagnóstico de nuevos casos de VIH logrado mediante las campañas *preventivas* del Ministerio de Salud, algunas organizaciones no gubernamentales, como por organismos internacionales, no contribuyen a prevenir la infección con el virus; sino que impactan en los objetivos 90-90-90. Esto es, contribuyen a reducir el subregistro de casos, aumentando la identificación de personas que ya viven con el virus pero que no conocían esta situación, para dirigirlos hacia los sistemas de salud para que adquieran el tratamiento y puedan llegar a alcanzar la condición de indetectables.

No obstante, en cuanto a prevención primaria; es decir, a impedir la seroconversión, los esfuerzos han sido caracterizados como dispersos, poco sostenibles en el tiempo, y limitados en cuanto al enfoque e idoneidad de acuerdo con las necesidades y características de las poblaciones a las que se dirigen. La Organización Mundial de la Salud ha señalado esta situación y promueve la Estrategia de Prevención Combinada como un modelo de diseño e implementación de intervenciones tridimensional – biomédico, conductual y estructural – para afrontar la epidemia del VIH desde distintos frentes, con base en la mejor evidencia

científica, de forma sostenible para los sistemas de salud y de una manera que sea social y culturalmente aceptable.

Aunque esta estrategia fue adoptada en la planificación estratégica costarricense desde 2016, su implementación ha sido lenta. Por este motivo, el país continúa reportando el incremento de las infecciones de transmisión sexual. El perfil epidemiológico de las ITS, según lo detallan los informes, están afectando de forma diferenciada a hombres y a mujeres. La sífilis y la gonorrea predominan en los primeros, con porcentajes tan elevados como 60 % y 89 % respectivamente; mientras que en las mujeres se diagnostica con mayor frecuencia los virus del herpes y el papiloma humano.

Este panorama desmonta la afirmación, realizada a la luz de los resultados de las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva conducidos en la década de 2010-2020, de que la sociedad costarricense es una *bien educada* en temas de prevención de ITS. No puede sostenerse dicha conclusión a partir de datos que evidencian que los conocimientos reportados por los participantes no se corresponden con conductas preventivas ni prácticas de reducción o gestión de riesgos. Este escenario se ve empeorado con el avance de una agenda política en la que se eliminan las estrategias implementadas para reducir problemáticas como el embarazo en la adolescencia, la violencia en la pareja y la adopción de conductas de riesgo en las relaciones sexuales.

Al respecto, las autoridades del Ministerio de Educación recientemente eliminaron el Programa de Afectividad y Sexualidad Integral bajo el supuesto de que están orientados por una *ideología de género* que prioriza la erotización de la sexualidad. La misma política conservadora y moralista impulsada por las autoridades está siendo aplicada al abordaje de las situaciones de discriminación y violencia de género ejercidas contra las personas LGBTIQ+, como lo evidencia la eliminación del Protocolo de Atención del *bullying* contra dicha población.

Así, las personas con expresiones diversas de la sexualidad, aquellas que no empatan con el discurso conservador promovido por quienes deberían reconocer y abordar las dinámicas *reales* de la sociedad actual costarricense, están siendo empujadas a contextos de vulnerabilidad y riesgo y, al mismo tiempo, están siendo privadas del acceso a las medidas que les permitirían adquirir conocimientos y competencias para la vivencia de una sana vida sexual y afectiva.

Son estas mismas necropolíticas las que están determinando la acumulación de enfermedad en los colectivos LGBTIQ+ y HSH. Esto es contraproducente para contener la epidemia del VIH, que afecta principalmente a los hombres, tanto homosexuales como a los que tienen sexo con hombres.

La estrategia de prevención combinada, base de la implementación de la PrEP como intervención biomédica preventiva de VIH, requiere de la promoción de cambios conductuales y estructurales que potencialicen la adopción de conductas de reducción de riesgos y que permitan un acceso real a los servicios de atención sociosanitarios. No obstante, en este estudio se determinó que el programa PrEP es implementado desde un enfoque eminentemente biomédico, y que existen múltiples factores que afectan negativamente todas las etapas del continuum del cuidado de la PrEP.

En primer lugar, la oferta de la PrEP se da en un contexto de medicalización de la vida y la salud. Esto significa que la terapia antirretroviral se ofrece como una alternativa fácil que no le representa al usuario, ahora devenido en paciente, un esfuerzo significativo para la modificación de las conductas que predisponen a la enfermedad o la pérdida de la salud. Se trata, así, de brindar una solución rápida por la que se crea una dependencia farmacológica. Prevenir la infección con el VIH queda vinculado al uso correcto y planificado del tratamiento profiláctico según el régimen farmacológico adoptado; no de la adopción de prácticas seguras o el trabajo en el bienestar emocional para valorar las condiciones en las que ocurren las prácticas sexuales.

Se ha documentado ampliamente el fracaso de las intervenciones biomédicas como única estrategia para reducir las tasas de ITS. La adopción de intervenciones conductuales y estructurales son fundamentales no solo para impactar sustancialmente dichos indicadores y cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible, sino que son también fundamentales para la sostenibilidad de los sistemas de salud. De esta manera, la adopción de un enfoque biomédico podría tener como consecuencia el fracaso del programa PrEP, sino al menos a una efectividad discreta.

Como agravante, no se cuenta actualmente con un informe oficial del cumplimiento de los indicadores del programa. Esto significa que las autoridades sanitarias podrían no tener noción de las limitaciones que está teniendo la propia implementación del programa en su efectividad.

Al respecto, uno de los cuatro constructos del modelo ecosocial de Nancy Krieger se refiere a la responsabilidad y la intervención de los gobiernos, las instituciones y las personas tomadoras de decisiones, a quienes insta a ser responsables nombrando y considerando los beneficios y limitaciones que afectan a distinto nivel las intervenciones implementadas para abordar las problemáticas sanitarias de las poblaciones. Cabe preguntarse cómo es posible que las autoridades encargadas de la salud pública costarricense sean responsables en cuanto a la implementación de la PrEP si habiendo finalizado la fase piloto no han publicado los resultados que permitan generar discusiones en torno a las razones de su éxito y fracaso, sus limitaciones y fortalezas.

Esta investigación genera elementos para dicha discusión. La revisión documental llevada a cabo en este estudio confirma la percepción de los participantes sobre el distanciamiento del sistema de salud de las necesidades de múltiples sectores afectados por el VIH. En lo referente a la promoción de la PrEP, el rol de ambas instituciones del sector salud costarricense queda invisibilizado por la falta de una campaña mediática que atraiga a potenciales usuarios del programa. La información que facilitaría la consciencia y voluntad para usar la PrEP escasea y esto podría estar impactando su aceptabilidad entre las poblaciones clave.

Por otro lado, la confianza en las autoridades del sector salud se ha desvanecido. Los participantes de este estudio acuden con mayor frecuencia a fuentes de información internacional, a sitios web de organizaciones e instituciones de diversa índole, medios de comunicación de contenido en *streaming* o *podcasts*, a los cuales atribuyen mayor veracidad y confiabilidad. Mientras tanto, el Ministerio de Salud y la Caja se perfilan como fuentes cuestionables y distantes, lo cual ocurre en un contexto en que esta autoridad se ha vuelto incapaz de responder a las demandas sociales, toda vez que se alinea con la política conservadora que amenaza el bienestar de los sectores más afectados y vulnerables a las ITS.

Por otro lado, esta investigación concluye que se están perpetuando y agravando ñas barreras de acceso que impactarían negativamente en los indicadores necesario para tomar decisiones en cuanto al escalamiento del programa PrEP a nivel nacional. Al respecto, durante los años de implementación de la PrEP por parte de la Caja se ha puesto en entredicho, al menos en tres ocasiones, la continuidad del programa a raíz de la incertidumbre sobre la disponibilidad tanto del tratamiento como del financiamiento para su compra. Para

algunos de los entrevistados esto ha generado una fuerte sensación de incertidumbre, por lo que han decidido reportar prácticas sexuales que no realizan y en ocasiones acumulan tratamiento para poder disponer de él en caso de que se suspenda el programa.

Este es un hallazgo que debe alertar a los proveedores y tomadores de decisiones debido a que informa de un uso ineficiente de los recursos que podría estar aumentando los costos de la implementación del programa y limitando el acceso a poblaciones que por ahora no se han visto beneficiadas del tratamiento, consecuencia estructural de la implementación centralizada en la GAM del programa. El primero de los aspectos llama la atención sobre los criterios de valoración aplicados para determinar la idoneidad del usuario para mantenerse en un régimen de toma diaria o de toma por evento. Sobre esto, el enfoque biomédico crea la percepción, común en los participantes, de que la participación en el programa no da la seguridad para gestionar un régimen de toma por evento en el que se hace un uso planificado del tratamiento en relación con los cambios en las prácticas sexuales.

Esto significa que los usuarios de PrEP no se reconocen como personas que pueden abandonar el uso del profiláctico farmacológico en favor de métodos de barrera, de alta seguridad, como el condón. Lo cual sugiere que sus conocimientos no son los suficientes para modificar sus estrategias de autocuidado. Esta es una de las principales deficiencias identificadas en las conductas sexuales de los entrevistados.

En cuanto a la creación de barreras de acceso, el uso ineficiente de los recursos plantea una distribución de los fármacos que está limitando las oportunidades de disponer del tratamiento a personas que, por sus condiciones socioeconómicas y de vida, podrían requerirlo debido a que no disponen de otras alternativas más eficientes para prevenir el VIH. En este aspecto, es importante reconocer que los participantes de este estudio son personas con condiciones laborales y económicas favorables para la adopción de métodos de prevención distintos al farmacológico.

Esto no significa que algunas poblaciones clave no que posean el derecho a acceder a la PrEP; sino que podrían no ser candidatos al fármaco porque sus factores de protección son suficientes para redirigirlos a intervenciones conductuales. Esto es un tema de equidad en el acceso a los servicios de salud y, por tanto, se refiere a la justa distribución de los recursos e insumos necesarios para abordar condiciones de vida y capacidades para transformarlas.

Sobre esto, cabe recordar que los entrevistados son, en términos relativos, un grupo homogéneo de personas con alto nivel de alfabetización, con estabilidad laboral, económica y redes de apoyo sólidas. Esto significa que el uso de la PrEP debería ser correctamente evaluado, determinando si los riesgos y beneficios les presentan un balance óptimo. En este sentido, el fortalecimiento de las capacidades para la valoración objetiva del riesgo y la adopción de nuevas estrategias preventivas según su conocimiento de sus prácticas sexuales favorecerían el cese del uso de la PrEP para adoptar otras estrategias.

No obstante, hasta ahora las autoridades sanitarias han minimizado el rol de profesiones como la enfermería, la psicología y el trabajo social. De esta manera, la educación para el autocuidado, las intervenciones en salud mental y de asistencia sociosanitaria han quedado separadas de la adherencia farmacológica y el éxito terapéutico, aun cuando la experiencia a escala global ha señalado que el uso de medicamentos como la PrEP depende de factores psicosociales y conductuales.

No reconocer esta evidencia implica la adopción de un enfoque de salud pública contrario a los presupuestos de la determinación social de la salud y es contrario a las funciones esenciales de la salud pública. En este sentido, cabe preguntarse por cuál es el paradigma de salud pública desde que se está abordando la salud en el país. Aquel en el que no se reconozcan los aportes de las disciplinas y ciencias sociales, está condenado a repetir una solución farmacológica que difícilmente impacta en una transformación profunda de las conductas y condiciones que crean enfermedad.

A partir de las conclusiones de esta investigación se elaboran recomendaciones que, de manera, puntual fomentan el compromiso de las autoridades, los prestadores y la población en general con la prevención del VIH/Sida.

Así, se insta a CONASIDA y al Ministerio de Salud a fortalecer su ejercicio de fiscalizador de las intervenciones en materia de VIH/Sida para que se implementen estrategias formuladas desde la Estrategia de Prevención Combinada que no privilegien el abordaje biomédico; sino que integren las intervenciones conductuales y estructurales que conduzcan a un cambio en el que se fomente la salud emocional y la organización colectiva como parte de la lucha contra la epidemia del VIH.

A los proveedores se les insta a eliminar las barreras geográficas y administrativas que limitan el acceso de las poblaciones beneficiarias. Durante los años de implementación

del programa se ha mantenido al margen a poblaciones costeras y fronterizas, donde las tasas de incidencia y prevalencia de VIH son altas, y se asocian a condiciones de pobreza, violencia y falta de oportunidades. El estudio de la realidad nacional y de los diagnósticos situacionales de la salud pueden orientar el escalamiento de los programas PrEP para que lleguen adonde son necesarios. Es injusto que el programa PrEP siga centralizado en la GAM; pero también lo es la oferta de servicios que expulsan a los usuarios, ya por sus precios, ya por su ineficiencia.

Tanto a los proveedores como al Ministerio de Salud se les recomienda también ampliar las campañas mediáticas para la prevención del VIH y para el uso de la PrEP. En este sentido, es necesario que se aborde críticamente las prácticas sexuales no convencionales, como la realizada por HSH, la de hombres y mujeres trans y de personas trabajadoras sexuales; así como las relaciones heterosexuales.

A la población en general se le recomienda consultar la información disponible sobre la prevención de ITS y las prácticas que conlleven un aumento de riesgo de infección de VIH. El virus del VIH puede infectar a todas las personas, independientemente de su identidad o preferencia sexual, o género. También se le insta a que analice la información que recibe y que no limite su prevención de ITS a la toma de un medicamento.

A las personas que se interesan en este tema se les recomienda profundizar los temas analizados en esta investigación. Su carácter exploratorio-descriptivo, además de ser el primer estudio sobre el tema realizado en Costa Rica, ha dejado múltiples preguntas por responder. Algunas temáticas de interés que se sugieren para la profundización están relacionadas con la identificación de los perfiles de usuarios del programa PrEP para comprender quiénes están participando, qué poblaciones clave no logran acceder a esta intervención y cuáles son los factores que intervienen en esta situación.

También se sugiere abordar, en el contexto del panorama actual de avance de la política neoliberal, de los discursos conservadores y de la amenaza a las intervenciones en salud pública, el rol que asumen las y los tomadores de decisiones del sector salud para determinar en qué medida se favorece la creación de condiciones de exclusión que impactan diferencialmente en distintos segmentos de la población. En este aspecto, es necesario explorar el posicionamiento de las personas proveedoras de salud frente al diseño de

intervenciones sanitarias para identificar de qué manera sus creencias, sesgos y prejuicios pueden contribuir a la transformación del sistema de salud.

En esta investigación se exploró el impacto del uso de la PrEP en las dinámicas interpersonales, afectivas y eróticas de las personas usuarias. Este tema, que ha ganado terreno en contextos internacionales ha permitido identificar que el impacto de las políticas de salud no puede medirse solamente a partir de indicadores cuantificables; sino que deben explorarse desde aproximaciones cualitativas a las que puede contribuirse desde las ciencias sociales. Por este motivo, se insta la conducción que indaguen en los factores perceptuales y de interacción social de tal manera que las intervenciones sanitarias puedan responder a los contextos culturales actuales y las necesidades reales de las poblaciones.

## Referencias

- Adrián, C. (2020). Estudio de aceptabilidad de profilaxis pre-exposición para el VIH en hombres gay, otros hombres que tienen sexo con hombres: Una indagación en LAMIS-2018 Chile [Tesis de maestría, Universidad de Chile].  
[https://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl/dspace/bitstream/handle/123456789/718/Tesis\\_Constanza%20Adrian.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl/dspace/bitstream/handle/123456789/718/Tesis_Constanza%20Adrian.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Allman, M., Nava, A., Asim, N., Brashear, B., Walton, Q., McFarlane, J., y Sharp, C. (2024). Using the Colaizzi method to explore intimate partner violence caseworkers' subjective experience: Pathways to intimate partner violence work and what keeps them going. *Violence Against Women*, 30(1), 174-188.  
<https://doi.org/10.1177/10778012231207039>
- Arciniega, G., Anderson, T., Tovar-Blank, Z., y Tracey, T. (2008). Toward a fuller conception of Machismo: Development of a traditional Machismo and Caballerismo Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 55(1), 19-33.  
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.55.1.19>
- Aspers, P. (2009). Empirical phenomenology: A qualitative research approach (The Cologne Seminars). *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 9(2), 1-12.  
<https://doi.org/10.1080/20797222.2009.11433992>
- Ávila, R., y Montenegro, M. (2011). Barebacking: Condiciones de poder y prácticas de resistencia en la biopolítica de la salud sexual. *Athenea Digital: Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 11, 27-49.

[https://www.researchgate.net/publication/280089420\\_Barebacking\\_condiciones\\_de\\_poder\\_y\\_practicas\\_de\\_resistencia\\_en\\_la\\_biopolitica\\_de\\_la\\_salud\\_sexual](https://www.researchgate.net/publication/280089420_Barebacking_condiciones_de_poder_y_practicas_de_resistencia_en_la_biopolitica_de_la_salud_sexual)

- Badilla, A., Aguilar, V., Chiriboga, M., y González, L. (2005). *Derechos Humanos y VIH/SIDA: Jurisprudencia del sistema interamericano y análisis comparativo del marco jurídico interno relativo al VIH/SIDA en los países centroamericanos*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- Batres, J. (2012). *La masculinidad como estructura de dominación: Análisis de las disposiciones de la masculinidad dominante en dos grupos de hombres en Costa Rica*. FLACSO.
- Berg, R. (2009). Barebacking: A review of the literature. *Archives of Sexual Behavior*, 38(5), 754-764. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9462-6>
- Blashill, A., Brady, J., Rooney, B., Rodriguez-Diaz, C., Horvath, K., Blumenthal, J., Morris, S., Moore, D. J., y Safren, S. A. (2020). Syndemics and the PrEP cascade: Results from a sample of young latino men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, 49(1), 125-135. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01470-7>
- Breihl, J. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Supl. 1), 13-27. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
- Brooks, R. A., Landrian, A., Nieto, O., y Fehrenbacher, A. (2019). Experiences of anticipated and enacted pre-exposure prophylaxis (PrEP) stigma among latino MSM in Los Angeles. *AIDS and Behavior*, 23(7), 1964-1973. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02397-9>
- Brubaker, C. (2007). *Doing health, doing gender: Testing a social constructionist view of health and risk behavior engagement* [Tesis de doctorado, Universidad de

Massachusetts Amherst].

<https://www.proquest.com/pqdtglobal/docview/304847292/E307142721D54BE5PQ/1?accountid=28692&sourcetype=Dissertations%20&%20Theses>

- Butler, J. (2023). *¿Qué mundo es este? Fenomenología y pandemia (Primera)*. Penguin Random House Grupo Editorial.
- Calabrese, S., Tekeste, M., Mayer, K., Magnus, M., Krakower, D., Kershaw, T., Eldahan, A., Gaston Hawkins, L., Underhill, K., Hansen, N., Betancourt, J., y Dovidio, J. (2019). Considering stigma in the provision of HIV pre-exposure prophylaxis: Reflections from current prescribers. *AIDS Patient Care and STDs*, 33(2), 79-88. <https://doi.org/10.1089/apc.2018.0166>
- Camp, C., Chan, C., y Saberi, P. (2023). Young adult perspectives on sex, dating, and PrEP use during the pandemic and improving the future of PrEP care. *AIDS and Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03970-5>
- Cardona, J. (1988). El concepto de salud, enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción. *Revista Centroamericana de Administración Pública*, 12, 103-136.
- Carter, M., Aaron, E., Nassau, T., y Brady, K. (2019). Knowledge, attitudes, and PrEP prescribing practices of health care providers in Philadelphia, PA. *Journal of Primary Care & Community Health*, 10, 2150132719878526. <https://doi.org/10.1177/2150132719878526>
- Cassel, J. (1976). The construction of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107-123. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112281>

- Castaño-Correa, J., Montoya-Flórez, P., y Cardona-Arias, J. (2023). Descripción de la experiencia de un programa de profilaxis preexposición (PrEP) a VIH en Medellín, Colombia. *Infectio*, 27(1), 44-48.
- CCSS. (2021). Atención integral para la prescripción de profilaxis pre exposición por VIH en la población expuesta a mayor riesgo por la infección del VIH. CCSS. <http://www.conasida.go.cr/docman/conasida/normativas-y-lineamientos/243-manual-de-instruccion-de-trabajo-para-la-atencion-integral-de-la-profilaxis-preexposicion-al-vih/file>
- Chakrapani, V., Newman, P., Shunmugam, M., Mengle, S., Varghese, J., Nelson, R., y Bharat, S. (2015). Acceptability of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) and implementation challenges among men who have sex with men in India: A qualitative investigation. *AIDS Patient Care and STDs*, 29(10), 569-577. <https://doi.org/10.1089/apc.2015.0143>
- Chakrapani, V., Newman, P., Shunmugam, M., Rawat, S., Baruah, D., Nelson, R., Roungraphon, S., y Tepjan, S. (2022). PrEP eligibility, HIV risk perception, and willingness to use PrEP among high-risk men who have sex with men in India: A cross-sectional survey. *AIDS Care*, 34(3), 301-309. <https://doi.org/10.1080/09540121.2021.1887801>
- Chautrakarn, S., Rayanakorn, A., Intawong, K., Chariyalertsak, C., Khemngern, P., Stonington, S., y Chariyalertsak, S. (2022). PrEP stigma among current and non-current PrEP users in Thailand: A comparison between hospital and key population-led health service settings. *Frontiers in Public Health*, 10, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1019553>

- Chaves, J. (2022). Condiciones de vida y atención: Un análisis de la Ley General sobre VIH-sida desde las experiencias de vida de hombres homosexuales que viven con VIH [Tesis de licenciatura]. Universidad de Costa Rica.
- Cisterna, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, 14(1), 61-71.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id29900107>
- COMISCA. (2021). Plan Estratégico Regional de VIH 2021-2026.  
<http://www.conasida.go.cr/documentacion/conasida/resoluciones-politicas-y-planes/157-plan-estrategico-regional-vih-2021-2026/file>
- CONASIDA. (2018). Estrategia de prevención combinada del VIH entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres trans en el Gran Área Metropolitana y Puntarenas. <http://www.conasida.go.cr/documentacion/mcp-cr/proyecto-vih/varios/149-estrategia-de-prevencion-combinada/file>
- CONASIDA. (2022). Medición del gasto y la respuesta nacional ante el VIH y Sida. Ministerio de Salud. <http://www.conasida.go.cr/documentacion/conasida/otros-documentos-de-interes/245-medicion-del-gasto-respuesta-nacional-vih-2022-cri/file>
- Condega, X. (2022). CCSS se prepara para seguir otorgando tratamiento profiláctico para el VIH a más de mil personas. *Elmundo.cr*. <https://elmundo.cr/costa-rica/ccss-se-prepara-para-seguir-otorgando-tratamiento-profilactico-para-el-vih-a-mas-de-mil-personas/>
- Connell, R. (1985). Theorising gender. *Sociology*, 19(2), 260-272.  
<https://doi.org/10.1177/0038038585019002008>
- Connell, R. (2005). *Masculinities*. University of California Press.

- Connell, R., y Pearse, R. (2018). Género desde una perspectiva global. Universitat de Valencia.
- Cordero, M. (2022). CCSS: Más de 1000 personas reciben en el país tratamiento profiláctico que previene transmisión del VIH. Semanario Universidad. <https://semanariouniversidad.com/pais/ccss-mas-de-1-000-personas-reciben-un-tratamiento-profilactico-que-previene-transmision-del-vih/>
- Cordero, M. (2024). Infecciones de transmisión sexual se disparan en el país. Semanario Universidad. <https://semanariouniversidad.com/pais/infecciones-de-transmision-sexual-se-disparan-en-el-pais/>
- Courtenay, W. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men ' s well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385-1401.
- Davis, M., Hart, G., Bolding, G., Sherr, L., y Elford, J. (2006). Sex and the Internet: Gay men, risk reduction and serostatus. *Culture, Health & Sexuality*, 8(2), 161-174. <https://doi.org/10.1080/13691050500526126>
- Doyle, C., Maheu-Giroux, M., Lambert, G., Mishra, S., Apelian, H., Messier-Peet, M., Otis, J., Grace, D., Hart, T., Moore, D., Lachowsky, N., Cox, J., y The Engage Study Team. (2021). Combination HIV prevention strategies among Montreal gay, bisexual, and other men who have sex with men in the PrEP era: A latent class analysis. *AIDS and Behavior*, 25(1), 269-283. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02965-4>
- Estrada, J. (2004). La infección por VIH/SIDA entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32, 127-137. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12058127018>

- Estrada, J. (2014). Hombres que tienen sexo con hombres (HSH): Reflexiones para la prevención y promoción de la salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(26), 44-57. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54531419004>
- Estrada-Montoya, J. (2014). Hombres que tienen sexo con hombres (HSH): Reflexiones para la prevención y promoción de la salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(26), 44-57. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.RGYPS13-26.htsh>
- Eubanks, A., Coulibaly, B., Dembélé, B., Anoma, C., Dah, E., Mensah, E., Kaba, S., Lokrou, K., Ouedraogo, F. R., Badjassim, A., Maradan, G., Bourrelly, M., Mora, M., Riegel, L., Rojas, D., Yaya, I., Spire, B., Laurent, C., Sagaon-Teyssier, L., ... Dagnra, C. A. Y. (2022). Socio-behavioral correlates of pre-exposure prophylaxis use and correct adherence in men who have sex with men in West Africa. *BMC Public Health*, 22(1), 1832. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14211-8>
- Fee, E., y Krieger, N. (1994). Thinking and rethinking AIDS: Implications for Health Policy. En *AIDS: The politics of survival*. Taylor & Francis.
- Frasca, T. (2002). Lecciones Aprendidas de las Actividades y Programas para la Prevención del SIDA entre Hombres con Prácticas Homosexuales. En *SIDA y Sexo entre Hombres en América Latina—Vulnerabilidades, Fortalezas, y Propuestas para la Acción: Perspectivas y Reflexiones desde la Salud Pública, las Ciencias Sociales y el Activismo* (pp. 139-166). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Red de Investigación en Sexualidades y VIH/SIDA en América Latina y ONUSIDA. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/54793/sidaysexoentrehombres.pdf>
- Gallagher, T., Link, L., Ramos, M., Bottger, E., Aberg, J., y Daskalakis, D. (2014). Self-Perception of HIV risk and candidacy for pre-exposure prophylaxis among men

- Who have sex with men testing for HIV at commercial sex venues in New York City. *LGBT Health*, 1(3), 218-224. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0046>
- Galvan, F., Bogart, L., Wagner, G., Klein, D., y Chen, Y.-T. (2014). Conceptualisations of masculinity and self-reported medication adherence among HIV-positive Latino men in Los Angeles, California, USA. *Culture, Health & Sexuality*, 16(6), 697-709. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.902102>
- García, R., Ballbé, A., y Iglesias, N. (2015). El análisis de la situación de salud y la participación social en la formación médica. *Educación Médica Superior*, 29(3), 660-668. <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v29n3/ems23315.pdf>
- Gardner, E., McLees, M., Steiner, J., Del Rio, C., y Burman, W. (2011). The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. *Clinical Infectious Diseases*, 52(6), 793-800. <https://doi.org/10.1093/cid/ciq243>
- Gillespie, D., de Bruin, M., Hughes, D., Ma, R., Williams, A., Wood, F., Couzens, Z., Jones, A., y Hood, K. (2022). Between- and within-individual sociodemographic and psychological determinants of PrEP adherence among men who have sex with men prescribed a daily PrEP regimen in Wales. *AIDS and Behavior*, 2, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03890-4>
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada (Primera)*. Amorrortu.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación (Sexta)*. McGraw-Hill.
- Herrero, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: Impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*, 10(2).

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es&tlng=es)

- Hoots, B., Finlayson, T., Nerlander, L., Paz-Bailey, G., y National HIV Behavioral Surveillance Study Group. (2016). Willingness to take, use of, and indications for pre-exposure prophylaxis among men who have sex with Men—20 US Cities, 2014. *Clinical Infectious Diseases*, 63(5), 672-677. <http://www.jstor.org/stable/26371970>
- Howren, M., Francis, S., Polgreen, L., Shafer, C., Hoth, A., y Ohl, M. (2021). Predictors of HIV preexposure prophylaxis initiation among public health clients in rural and small urban areas in Iowa. *Public Health Reports (1974-)*, 136(2), 172-182. JSTOR. <https://jstor.proxyucrelogim.com/stable/27083693>
- Hycner, R. (1985). Some guidelines for the phenomenological analysis of interview data. *Human Studies*, 8(3), 279-303. <http://www.jstor.org/stable/20008948>
- Jiménez, J. D. (2016). La criminalización de la diversidad sexual y el inicio del activismo gay en Costa Rica 1985 -1989. *Rupturas*, 6(1), 61-90.
- Kay, E., Batey, D., y Mugavero, M. (2016). The HIV treatment cascade and care continuum: Updates, goals, and recommendations for the future. *AIDS Research and Therapy*, 13(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s12981-016-0120-0>
- Kelley, C., Kahle, E., Siegler, A., Sanchez, T., del Rio, C., Sullivan, P., y Rosenberg, E. (2015). Applying a PrEP continuum of care for men who have sex with men in Atlanta, Georgia. *Oxford University Press*, 61(0), 1590-1597. <https://www.jstor.org/stable/26369214>
- Konda, K., Torres, T., Mariño, G., Ramos, A., Moreira, R., Leite, I., Cunha, M., Jalil, E., Hoagland, B., Guanira, J., Benedetti, M., Pimenta, C., Vermandere, H., Bautista-Arredondo, S., Vega-Ramirez, H., Veloso, V., Caceres, C., y Grinsztejn, B. (2022).

- Factors associated with long-term HIV pre-exposure prophylaxis engagement and adherence among transgender women in Brazil, Mexico and Peru: Results from the ImPrEP study. *Journal of the International AIDS Society*, 25(S5), e25974.  
<https://doi.org/10.1002/jia2.25974>
- Krieger, N. (1994). Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? *Social Science & Medicine*, 39(7), 887-903. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90202-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90202-X)
- Krieger, N. (2001). Teorías para la epidemiología social en el siglo XXI: una perspectiva ecosocial. *International Journal of Epidemiology*, 30, 668-677.  
<https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2015/11/krieger2.pdf>
- Krieger, N. (2005). Embodiment: A conceptual glossary for epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(5), 350-355.  
<https://jstor.proxyucr.elogim.com/stable/25570710>
- Krieger, N. (2008). Proximal, distal, and the politics of causation: What's level got to do with it? *American Journal of Public Health*, 98(2), 221-230.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.111278>
- Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the people's health. Theory and context.* Oxford University Press.
- Krieger, N. (2021). *Ecosocial theory, embodied truths, and the people's health.* Oxford University Press.
- Krieger, N., y Margo, G. (2020). *AIDS: The political of survival.* Routledge.
- Leal, N. (2004). El método fenomenológico: Principios, momentos, reducciones. *Revista electrónica de investigación científica, humanista y tecnológica*, 1(5), 52-60.

- Llamas, R. (1994). La reconstrucción del cuerpo homosexual en tiempos de SIDA. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 68, 141-171.  
<https://doi.org/10.2307/40183761>
- López, F., Oyón, U., Laguna, L., Coll, P., Andreu, A., Meulbroek, M., López Casasnovas, G., Estrada Cuxart, O., Ara Rey, J., Quiñones, C., Pérez, F., Fernandez, J., Rivero, À., Ricou Ríos, L., y Clotet, B. (2023). Cost-effectiveness analysis of the daily HIV pre-exposure prophylaxis in men who have sex with men in Barcelona. *PLOS ONE*, 18(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277571>
- Martínez, M. (1996). *Comportamiento Humano*. Trillas.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619.  
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
- Mata, L., y Valadez, J. (1988). Proyección del Síndrome de Inmunidad Adquirida (SIDA) en Costa Rica para el quinquenio 1988—1992. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*, 9(3), 53-62. <https://hdl.handle.net/10669/8991>
- McNairy, M., y El-Sadr, W. (2014). A paradigm shift: Focus on the HIV prevention continuum. *Clinical Infectious Diseases*, 59(1), 12-15.  
<https://doi.org/10.1093/cid/ciu251>
- Mecanismo Coordinar de País. (2018). Costa Rica: Transitando hacia la sostenibilidad de la respuesta al VIH con financiamiento doméstico.  
<http://www.conasida.go.cr/documentacion/mcp-cr/proyecto-vih/ii-subvencion/146-resumen-i-subvencion/file>
- Menjívar, M. (2010). *La Masculinidad a debate*. FLACSO.

- Ministerio de Salud. (2006). Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Asistencia del VIH y Sida 2006—2010.  
[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_132616.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_132616.pdf)
- Ministerio de Salud. (2010). Prevalencia de VIH, sífilis y comportamiento de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres del Gran Área Metropolitana de Costa Rica.  
[https://www.cipacdh.org/pdf/DVS\\_prevalencia\\_VIH\\_sifilis\\_comportamiento.pdf](https://www.cipacdh.org/pdf/DVS_prevalencia_VIH_sifilis_comportamiento.pdf)
- Ministerio de Salud. (2011a). Modelo conceptual y estratégico de la Producción Social de la Salud. Marco estratégico del Ministerio de Salud (3a edición). Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2011b). Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y sida 2011—2015. El Ministerio.
- Ministerio de Salud. (2012). Visualizando la salud reproductiva y la sexualidad desde diversas perspectivas: Un análisis a partir de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. [https://censos.ccp.ucr.ac.cr/documentos/cr/VSRSP-AENSSSR\\_CR10.pdf](https://censos.ccp.ucr.ac.cr/documentos/cr/VSRSP-AENSSSR_CR10.pdf)
- Ministerio de Salud. (2016a). II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva.  
<https://www.ucr.ac.cr/medios/documentos/2018/informe-2daencuesta-2015.pdf>
- Ministerio de Salud. (2016b). Norma nacional para la atención en salud libre de estigma y discriminación a personas lesbianas, gais, bisexuales, trans, intersex (LGBTI) y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
- Ministerio de Salud. (2016c). Plan Estratégico Nacional (PEN) en VIH y SIDA, 2016-2021. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/963-plan-estrategico-nacional-pen-vih-sida/file>

Ministerio de Salud. (2018a). Encuesta de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS y estimación del tamaño de poblaciones clave: Mujeres trans, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres trabajadoras sexuales de la Gran Área Metropolitana.

Ministerio de Salud. (2018b). Lineamiento General para la profilaxis pre-exposición al VIH en Costa Rica. Lineamiento General para la profilaxis pre-exposición al VIH en Costa Rica

Ministerio de Salud. (2020). Informe Medición del gasto de la Respuesta Nacional ante el VIH y Sida 2020 Costa Rica.

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca/material-educativo/material-publicado/indicadores-en-salud/indicadores-de-proteccion-financiera-en-salud/4881-medicion-del-gasto-de-la-respuesta-nacional-ante-el-vih-y-sida-2020/file>

Ministerio de Salud. (2021a). Lineamientos técnicos para la Profilaxis Preexposición al VIH (PrEP).

<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaprofilaxispreexposicionalvihprep-Acuerdo-2950.pdf>

Ministerio de Salud. (2021b). Plan Estratégico Nacional (PEN) de VIH Costa Rica 2021-2026. El Ministerio.

<http://www.conasida.go.cr/documentacion/conasida/resoluciones-politicas-y-planos/198-pen-vih-2021-2026/file>

Ministerio de Salud. (2025). Plan Estratégico Nacional de VIH y Sida 2024 -2027.

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas->

institucionales/planes-estrategicos-institucionales/8695-plan-estrategico-nacional-de-vih-sida-2024-2027/file

- Moir, C. (2022). Wilhelm Reich and sexology from below. *Berichte Zur Wissenschaftsgeschichte*, 45(4), 625-650. <https://doi.org/10.1002/bewi.202200007>
- Montess, M. (2021). Contextualizing risk in the ethics of PrEP as HIV prevention: The lived experiences of MSM. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 31(4), 343-372. <https://doi.org/10.1353/ken.2021.0026>
- Montess, M. (2023). Creating the conditions for trust around PrEP as HIV prevention: The relationships of MSM with sexual and romantic partners and healthcare providers. *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 16(1), 77-102. <https://doi.org/10.3138/ijfab-16.2.03>
- Morell, V., Gil, D., Ballester, R., y Díaz, I. (2014). Conductas de riesgo y actitudes relacionadas con la infección por VIH/SIDA en HSH. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 3(1), 409-414. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v3.518>
- Moreno, E., y Gil, J. (2003). El modelo de creencias de salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91-109. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>
- Morgan, A. (2011). *Investigating our experience in the world. A primer on qualitative inquiry.* The University of Tennessee Press.
- Muñoz, R. (2018). Estigma estructural, adherencia al tratamiento antirretroviral y cultura organizacional de cuidados en la atención hospitalaria en VIH y Sida en Guayaquil,

- Ecuador. *Andamios*, 15(36), 311-341.  
<https://www.scielo.org.mx/pdf/anda/v15n36/1870-0063-anda-15-36-311.pdf>
- Myers, J., Braunstein, S., Xia, Q., Scanlin, K., Edelstein, Z., Harriman, G., Tsoi, B., Andaluz, A., Yu, E., y Daskalakis, D. (2018). Redefining prevention and care: A status-neutral approach to HIV. *Open Forum Infectious Diseases*, 5(6), 1-4.  
<https://doi.org/10.1093/ofid/ofy097>
- Newcomb, M., Moran, K., Feinstein, B., Forscher, E., y Mustanski, B. (2018). Pre-exposure prophylaxis (PrEP) use and condomless anal sex: Evidence of risk compensation in a cohort of young men who have sex with men. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 77(4), 358-364.  
<https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001604>
- Nicholls, E., Rhodes, T., y Egede, S. (2021). Situating adherence to medicines: The embodied practices and hinterlands of HIV antiretrovirals. *Sociology of Health & Illness*, 43(5), 1085-1099. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13270>
- Nunn, A. S., Brinkley-Rubinstein, L., Oldenburg, C., Mayer, K., Mimiaga, M., Patel, R., y Chan, P. (2017). Defining the HIV pre-exposure prophylaxis care continuum. *AIDS*, 31(5), 731-734. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001385>
- Núñez, G. (2012). Who are the «MSM»? Sexual identities, social class, and strategies in the fight against AIDS in Mexico. *Journal of the southwest*, 54(4), 635-682.  
<https://doi.org/10.1353/jsw.2012.0031>
- Öhlén, J., y Friberg, F. (2023). Empirical phenomenological Inquiry: Guidance in choosing between different methodologies. *Global Qualitative Nursing Research*, 10, 233339362311735. <https://doi.org/10.1177/23333936231173566>

ONUSIDA. (2000). Programas nacionales de Sida. Guía para el monitoreo y la evaluación.

ONUSIDA. [https://data.unaids.org/publications/irc-pub05/jc427-mon\\_ev-full\\_es.pdf](https://data.unaids.org/publications/irc-pub05/jc427-mon_ev-full_es.pdf)

ONUSIDA. (2010). Combination HIV prevention: Tailoring and coordinating biomedical, behavioural and structural strategies to reduce new HIV infections.

[https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2007\\_Combination\\_Prevention\\_paper\\_en\\_0.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Prevention_paper_en_0.pdf)

ONUSIDA. (2011). Orientaciones terminológicas de ONUSIDA.

[https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2118\\_terminology-guidelines\\_es\\_0.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2118_terminology-guidelines_es_0.pdf)

ONUSIDA. (2017). Prevención de la infección por VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe.

<https://www3.paho.org/prevencion-vih-la-lupa-2017/#Pre-exposure-prophylaxis-PrEP>

ONUSIDA. (2022). Country sheet Costa Rica 2022.

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

OPS/OMS. (2007). Derechos Humanos y VIH. Legislación, política y práctica en cinco países de Centroamérica. Organización Panamericana de la Salud.

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54738/9789962642329\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54738/9789962642329_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Ortega, J. (2019). Percepciones del estigma anticipado en trabajadores/as gays y lesbianas del sector salud (Argentina). Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe, 17(1), e39558. <https://doi.org/10.15517/c.a.v17i1.39558>

- Paniagua, D. (2022). Masculinidad a pelo: La masculinidad aprendida y su incidencia en la salud sexual, un módulo educativo para prevención del VIH en hombres que tienen sexo con hombres [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Costa Rica].  
<https://repositorio.una.ac.cr/handle/11056/24876>
- Pham, Q. (2020). Pre-Exposure Prophylaxis Care Continuum among men who have sex with men in Vietnam [Tesis de doctorado, University of California].  
<https://www.proquest.com/pqdtglobal/docview/2477182538/3655EB567DA748FA/PQ/44?accountid=28692>
- Pico-Espinosa, O., Hull, M., MacPherson, P., Grace, D., Gaspar, M., Lachowsky, N., Mohammed, S., Demers, J., Kilduff, M., Truong, R., y Tan, D. (2022). PrEP-related stigma and PrEP use among gay, bisexual and other men who have sex with men in Ontario and British Columbia, Canada. *AIDS Research and Therapy*, 1, 1-10.  
<https://doi.org/10.1186/s12981-022-00473-0>
- Pinto, R., Berringer, K., Melendez, R., y Mmeje, O. (2018). Improving PrEP implementation through multilevel interventions: A synthesis of the literature. *AIDS and Behavior*, 22(11), 3681-3691. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2184-4>
- Popular Services International. (2012). Costa Rica (2012): Estudio TRaC de VIH/SIDA hombres que tienen sexo con hombres en San José, Costa Rica. Primera ronda nacional. <https://docplayer.es/57460769-Costa-rica-2012-estudio-trac-de-vih-sida-hombres-que-tienen-sexo-con-hombres-en-san-jose-costa-rica-1-era-ronda-nacional.html>
- Rana, J., Wilton, J., Fowler, S., Hart, T., Bayoumi, A., y Tan, D. (2018). Trends in the awareness, acceptability, and usage of HIV pre-exposure prophylaxis among at-risk men who have sex with men in Toronto. *Canadian Journal of Public Health / Revue*

Canadienne de Santé Publique, 109(3), 342-352. JSTOR.

<https://jstor.proxyucr.elogim.com/stable/27173974>

Rivera, M. (2022). Rol del médico de familia en la implementación de la estrategia de profilaxis pre-exposición al VIH en Costa Rica [Tesis de Especialidad en Medicina familiar y comunitaria].

[https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/88046/Rev\\_N%c2%b04\\_07\\_12\\_Tesis\\_posgrado\\_Mari%c3%aca\\_Marta....pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/88046/Rev_N%c2%b04_07_12_Tesis_posgrado_Mari%c3%aca_Marta....pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Rivera, M., y Herrera, L. (2006). Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(February), 158-163. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000500019>

Robles, B. (2011). La Entrevista en profundidad: Una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18(52), 11.

Rodríguez, C. (2015). «Entre las ánimas y el cuerpo»: Fenomenología del VIH en Guinea Ecuatorial: Estudio de caso [Tesis de doctorado, Universidad de Huelva].

<https://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/12679>

Rodríguez, E. (2021, septiembre 28). Pastilla para prevenir el VIH ya está disponible en el Hospital Metropolitano. *La República*. <https://www.larepublica.net/noticia/pastilla-para-prevenir-el-vih-ya-esta-disponible-en-el-hospital-metropolitano>

Rojas, D., Martínez, J., Ballesteros, J., García, S., y Romero, J. (2004). Conducta sexual de riesgo para infecciones de transmisión sexual en hombres que practican el sexo con hombres (HSH). *Desarrollo de un modelo Predictivo*. IMSALUD.

Sánchez, I. (2008). Los estilos de dirección y liderazgo: Propuesta de un modelo de caracterización y análisis. *Pensamiento y gestión*, 25.

<http://www.scielo.org.co/pdf/pege/n25/n25a02.pdf>

- Sánchez-Rubio, J., Martínez, J., Navarro, H., Fernández, S., Escobar, I., y Ventura, J. (2016). Percepción de los profesionales sanitarios sobre la profilaxis preexposición al VIH en España (Estudio PERPPRES). *Farmacia Hospitalaria*, 40(4).  
<https://doi.org/10.7399/fh.2016.40.4.10489>
- Sekhon, M., Cartwright, M., y Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: An overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*, 17(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8>
- Shernoff, M. (2006). *Without condom. Unprotected sex, gay men and barebacking*. Taylor & Francis.
- Smith, A., Lancaster, K., Rhodes, T., y Holt, M. (2023). Dosing practices made mundane: Enacting HIV pre-exposure prophylaxis adherence in domestic routines. *Sociology of Health & Illness*, 45(8), 1747-1764. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13687>
- Solar, I. (2010). *A conceptual framework for action on the Social Determinants of Health*. World Health Organization.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Sönmez, İ., Mesías-Gazmuri, J., Barbara, J., Adell, H., Meroño, M., Villar, M., Folch, C., y SexCohort Group. (2023). Factors associated with PrEP knowledge and intention to use PrEP among HIV-negative men and trans women sex workers in Spain. *AIDS Care*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/09540121.2023.2196392>
- Sontag, S. (1977). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Debolsillo.
- Soto, F., Lacoste, J., Panepfus, R., y Gutiérrez, A. (1997). El Modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Revista Española de Salud*

Pública, 71(4), 335-341.

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-)

57271997000400002

Trachman, M., Gelly, M., y Girard, G. (2018). Undoing and Redoing an At-risk Group: The Objectivation and Prevention of AIDS Among Male Homosexuals in the Antiretroviral Era. *Population-E*, 73(4), 751-770.

<https://doi.org/10.3917/pope.1804.0751>

Trejo-Martínez, F., y Trejo, F. (2012). Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Enf Neurol (Mex)*, 11(2), 98-101.

<http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

Tuohy, D., Cooney, A., Dowling, M., Murphy, K., y Sixsmith, J. (2013). An overview of interpretive phenomenology as a research methodology. *Nurse Researcher*, 20(6), 17-20. <https://doi.org/10.7748/nr2013.07.20.6.17.e315>

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003)

Williams, C. (2000). Doing health, doing gender: Teenagers, diabetes and asthma. *Social Science & Medicine*, 50(3), 387-396. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00340-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00340-8)

## **Anexos**

### **Anexo 1. Guía de entrevista semiestructurada**

1. ¿Cómo se enteró de la existencia de los programas PrEP?
2. ¿Cuáles fueron sus primeras impresiones sobre estos programas?
3. ¿Cómo se dio su acercamiento al programa PrEP? ¿Qué lo motivó a participar?
4. ¿Qué le ha parecido la atención que recibe en los programas PrEP?
5. ¿Cómo ha afectado su vida ser una persona usuaria de PrEP?
6. ¿De qué manera planifica su uso de PrEP con su vida sexual?
7. ¿Qué conocimientos cree que tiene ahora que no tenía antes de participar en el programa?
8. ¿Cuáles considera que son las fortalezas y las oportunidades de mejora del programa en el que usted ha participado?
9. ¿Qué necesidades cree que tienen los HSH al participar en los programas PrEP?
10. ¿Qué comentarios quisiera agregar a esta entrevista?

## Anexo 2. Aprobación de la investigación por parte del CEC-UCR



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

CEC Comité  
Ético Científico

16 de agosto de 2024  
CEC-416-2024

Alfredo López Badilla  
Estudiante  
Posgrado en Salud Pública

Estimado estudiante:

Reciba un cordial saludo. La Presidencia del Comité Ético-Científico ha determinado que las observaciones consignadas en el oficio CEC-231-2024 han sido atendidas satisfactoriamente y declara **aprobado** el trabajo final de graduación "Viviendo la Profilaxis: Experiencias de Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) en Programas de Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) en Costa Rica desde una Perspectiva de Salud Pública."

Sin otro particular, agradezco su atención.

Atentamente,

UCR | Firmado  
digitalmente

Dr. Jimmy Washburn Calvo  
Presidente Comité Ético Científico

JWC/tpc  
C. Archivo



**Anexo 3. Formulario de Consentimiento Informado aprobado por el CEC-UCR**

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

Posgrado de Salud Pública

**FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL “REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”**

Experiencias de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) usuarios de Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) al VIH en Costa Rica desde una Perspectiva de Salud Pública

**Código (o número) de proyecto:** \_\_\_\_\_

**Nombre de el/la investigador/a principal:** Alfredo López Badilla

**Nombre del participante:** \_\_\_\_\_

**Medios para contactar a la/al participante: números de teléfono** 89441185

**Correo electrónico** alfredo.lopezbadilla@ucr.ac.cr

**Contacto a través de otra persona:** sofia.corderom@gmail.com

**A. INFORMACIÓN SOBRE EL PROYECTO**

Esta investigación aborda las experiencias y percepciones de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en torno al uso de la Profilaxis Preexposición (PrEP) al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) como parte de su participación de los programas PrEP implementados en Costa Rica.

Se desarrolla como parte de los requisitos de grado de la Maestría en Salud Pública con énfasis en gerencia de la salud de la Universidad de Costa Rica. La misma es realizada por Lic. Alfredo López Badilla, bajo la supervisión del comité asesor dirigido por Dra. Sofía Cordero, y el equipo lector, formado por M.Sc. Karina Warner y M.Sc. Denis Carrillo. Este estudio no recibe fondos económicos de ninguna organización o institución sea pública o privada.

**B. PROPÓSITO DEL PROYECTO**

La investigación tiene como objetivo comprender las experiencias y percepciones de los usuarios de programas PrEP implementados como plan piloto en Costa Rica con el propósito de generar conocimientos de interés para la salud pública y la gerencia de servicios de salud para entender cómo caracterizan los HSH los servicios que reciben, qué factores identifican en su adherencia y seguimiento de los tratamientos e intervenciones y qué propuestas de mejora pueden considerarse en una etapa de escalamiento del plan piloto.

### **C. ¿QUÉ SE HARÁ?**

- a) Su colaboración consistirá en participar en una entrevista que será grabada en audio la cual podrá durar hasta dos horas y en la que no estarán otras personas presentes más que usted y el investigador;
- b) La información que usted provea se utilizará para ampliar los conocimientos sobre la implementación de programas PrEP en Costa Rica para responder a las necesidades de la población vulnerable al VIH desde una perspectiva de prevención combinada. Esta información se transcribirá y se comparará con lo que aporten otros informantes;
- c) Se realizará una sola entrevista. La información que usted provea se transcribirá para el análisis.
- d) Para la entrevista se utilizará una guía de preguntas temáticas que podrá variar conforme a la evolución de la entrevista.

### **D. RIESGOS**

1. En esta investigación no se recolectarán muestras biológicas ni información personal sensible. La información que usted provea se basa en sus conocimientos, experiencias y posiciones con respecto a los temas abordados. Existe un riesgo mínimo de que se le pueda identificar por sus opiniones; sin embargo, esta investigación cuenta con mecanismos para garantizar la confidencialidad de los informantes (apartado G), con la finalidad de reducir este riesgo.
2. Durante la entrevista usted podrá evitar referirse a los temas que usted desee omitir. En caso de que presente alguna molestia o incomodidad se podrá detener la entrevista sin que haya repercusiones por ello.

### **E. BENEFICIOS**

1. Por su participación no obtendrá beneficios económicos directos o indirectos. Sin embargo, sus conocimientos y experiencias aportarán al fortalecimiento de las intervenciones de salud pública destinadas a prevenir el VIH. Esto significa que usted podrá beneficiar a las personas que toman decisiones en el tema de estudio para brindar servicios adecuados a las necesidades de la población a la que se destinan.

2. A modo de compromiso ético con el aporte de los informantes, este estudio podrá ser publicado parcial o totalmente en revistas indexadas de tal modo que los conocimientos generados puedan expandirse a otras latitudes.

#### **F. VOLUNTARIEDAD**

Su participación en esta investigación es voluntaria y usted puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento sin perder los beneficios a los cuales tiene derecho; tampoco podrá ser castigado de ninguna forma por su retiro o falta de participación.

#### **G. CONFIDENCIALIDAD**

El investigador garantiza el estricto manejo y confidencialidad de la información que usted provea. Esto implica que no se divulgará información sobre su nombre o cualquier otro dato que permita su identificación, ya sea durante la elaboración del estudio como en la divulgación de los resultados. En dicho sentido, la grabación de su entrevista y la transcripción de esta estarán bajo protección y resguardo del investigador. Debido a que el estudio es supervisado por un comité asesor, podrá comentarse con sus miembros los aportes de las transcripciones de su entrevista; sin embargo, se garantizarán en este mismo caso mecanismos para proteger su identidad.

#### **H. MUESTRAS BIOLÓGICAS**

En esta investigación no se recolectan muestras biológicas de los participantes.

#### **I. INFORMACIÓN**

Antes de dar su autorización debe hablar con el profesional responsable de la investigación o sus colaboradores sobre este estudio y ellos deberán contestarle satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos. Si requiere información más adelante, puede obtenerla llamando a Alfredo López Badilla, al teléfono 89441185 para coordinar una reunión o explicación de cualquier duda generada. También podrá comunicarse con la señora Dra. Sofía Cordero (directora del comité asesor del estudio) al teléfono 88386532, de lunes a viernes de 1:00pm a 5:00pm.

Para cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica *a los teléfonos 2511-4201, 2511-1398*, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Puede también consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación al Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud (CONIS), teléfonos 2257-7821 extensión 119, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m.

- I. Al firmar este documento usted no perderá ningún derecho. De igual manera, recibirá una copia firmada para su uso personal.

### CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

**\*Este documento debe de ser autorizado en todas las hojas mediante la firma, (o en su defecto con la huella digital), de la persona que será participante o de su representante legal.**

---

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

---

Lugar, fecha y hora

---

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

---

Lugar, fecha y hora

---

Nombre, firma y cédula del/la testigo

---

Lugar, fecha y hora

**Versión 2 – Junio 2021**

Formulario aprobado en sesión ordinaria N° 216 del Comité Ético Científico, realizada el 02 de junio del 2021.

## Anexo 4. Certificado de curso de Buenas Prácticas Clínicas



**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**  
VICERRECTORÍA DE ACCIÓN SOCIAL

Otorga el presente

**CERTIFICADO DE APROVECHAMIENTO A:**

*Alfredo José López Badilla*

Cédula: 1-1435-0049

Por haber cumplido con los requisitos del curso

**Buenas Prácticas Clínicas**

Impartido del 25 de julio al 11 de agosto del 2023 por la Facultad de Farmacia en el marco del proyecto: "Programa de Educación Continua de la Facultad de Farmacia ED-372", con una duración de 31 horas.

Aprobado por el CONIS en sesión N°93 del 08 de febrero de 2017 y sus modificaciones en sesión N° 05 del 06 de febrero de 2019.

Asistencia efectiva: 31 horas. Calificación: 9.5

Firmado en la Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, en el mes de septiembre de 2023.

Firmado digitalmente  
por LUIS ESTEBAN  
HERNANDEZ  
SOTO (FIRMA)  
Fecha: 2023.09.07  
18:10:13 -0600'

*Dr. Luis Esteban Hernández Soto*  
*Decano Facultad de Farmacia*

MARIA PATRICIA QUESADA VILLALOBOS (FIRMA)  
PERSONA FÍSICA CPF:02-0422-0889  
Fecha declarada: 25/09/2023 03:48:17 PM  
Esta es una representación gráfica únicamente,  
verifique la validez de la firma.

*Mag. Patricia Quesada Villalobos*  
*Vicerrectora de Acción Social*

**Anexo 5. Cronograma de actividades**

Calendario	20	ene-24				feb-24				mar-24				abr-24				may-24				jun-24				jul-24				ago-24				Set-2024				oct-24				nov-24				dic-24				ene-25				feb-25				mar-25			
	23	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Actividades	52																																																												
Elaboración del protocolo de investigación	x																																																												
Solicitud de aprobación del protocolo de investigación	x																																																												
Revisión por lectora externa	x	x																																																											
Aprobación del protocolo por la Comisión de TFG																																																													
Envío de Protocolo al CEC																																																													
Aprobaciones del CEC																																																													
Realizar entrevistas																																																													
Transcripción de entrevistas																																																													
Análisis de las entrevistas																																																													
Tutorías con el Comité Asesor																																																													
Entrega de avances propuestos en el curso																																																													
Revisión de las correcciones y recomendaciones																																																													
Revisión de los resultados																																																													
Preparación del informe final de investigación		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x												
Defensa de la investigación (Propuesta)																																																		x	x	x	x								



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

SEP Sistema de  
Estudios de Posgrado

**Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.**

Yo, Alfredo José López-Badilla, con cédula de identidad 114350049, en mi condición de autor del TFG titulado Viviendo la prevención: experiencia de implementación de la profilaxis pre-exposición (PrEP) al VIH desde la perspectiva de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) participantes del programa PrEP en Costa Rica desde 2021 hasta 2024

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI  NO \*

\*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: \_\_\_\_\_ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.