



La situación en derechos y salud sexual y reproductiva de personas lesbianas, trans e intersex en Costa Rica

Investigación exploratoria

Autora: Soledad Díaz Pastén

Colaboradora: Luz Paulina Torres Mora

**ma
ma
cash**
(She changes the world)

**MULABj**
Espacio Latinoamericano de Sexualidades y Derechos

Índice



- Introducción
- Los objetivos
- Marco teórico - conceptual
 - La teoría
 - Los conceptos
- Marco metodológico
- Los resultados
- Las conclusiones
- Bibliografía

612.6

D338i

Díaz Pastén, Soledad

Investigación exploratoria sobre la situación en derechos y salud sexual y reproductiva de personas lesbianas, bisexuales, trans e intersex en Costa Rica/ Díaz Pastén, Soledad. -- 1a. ed. -- San José, C.R.: S. Díaz Pastén, 2012.
40 p.; 27.21 x 21.5 cm.

ISBN 978-9930-9460-0-8

1. Sexualidad. 2. Derechos sexuales y derechos reproductivos.
3. Lesbianas, bisexuales, trans, intersex. 4. Investigación. I.
Díaz Pastén, Soledad. II. Torres Mora, Paulina, colabor. III.
Título.

Introducción

Por lo acontecido en los últimos tiempos en Costa Rica, podemos inferir que la situación de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas es cada vez más lábil.

Los gobiernos han firmado y ratificado diversos instrumentos internacionales sobre derechos humanos en los cuales se reconocen los derechos reproductivos. Un cuestionamiento fundamental, y motivo de muchas discusiones en los eventos internacionales, ha sido si se considera o no a los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

La jurisprudencia más desarrollada ha sido en materia de derechos reproductivos, que se argumenta está contenida, desde el derecho a la salud, en la Declaración de Derechos Humanos hasta la Convención, que marca un hito fundamental para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres en 1979 (CEDAW), y más tarde el Comité de la CEDAW ha ido promulgando Recomendaciones específicas para los Estados, que incluyen los derechos y la salud reproductiva. Las recomendaciones de este Comité más importantes relacionadas con esta investigación son la 19, la 24 y la 28.

Otros documentos clave han sido la Plataforma y Programa de Acción de la Conferencia de la Mujer (1995) y la de Población y Desarrollo (1994), respectivamente, donde se encuentran argumentos contundentes sobre los derechos reproductivos. Los informes del Relator Especial de las Naciones Unidas para el Derecho a la Salud también contienen directrices clave para que los gobiernos cumplan con el reconocimiento y garantía de los derechos humanos, incluidos los derechos reproductivos.

La Declaración de Viena, de diciembre de 1993 vuelve a ratificar los derechos humanos, con una mención específica en el párrafo 18 al reconocimiento de que las mujeres y las niñas también son sujetas pasibles de derechos humanos.

En el nivel internacional existe un documento llamado “Los principios de Yogyakarta”, los cuales se refieren a la aplicación internacional sobre derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género.

El gobierno actual de Costa Rica, presidido por

Laura Chinchilla Miranda (2010-2014), ha declarado abiertamente que los derechos sexuales y derechos reproductivos no son materia de prioridad para el desarrollo de políticas públicas. Es más, la jerarquía católica, representada por la Conferencia Episcopal costarricense, está estrechamente vinculada al gobierno, pues desde antes que Laura Chinchilla fuera elegida presidenta se le nombró Hija Predilecta de la Virgen de Los Ángeles¹. Por tanto, una presidenta ungida de tal investidura, casi cercana a la virgen, difícilmente podrá interesarse por los asuntos relacionados a la sexualidad y la reproducción.

Durante el año 2010, promovido desde el Ministerio de Salud se constituyó un grupo interinstitucional (del que participó Mulabi) para diseñar y construir una Política Pública de Sexualidad; igualmente, el año pasado se realizó una Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. El Ministerio de Salud dio a conocer la Política de Sexualidad, especialmente presentando a esta como una manera de evidenciar la importancia clave de contar con una política sobre asuntos relacionados a la sexualidad.

El abordaje del tema de la sexualidad y la reproducción no ha sido camino fácil; durante la legislatura anterior hubo una diputada que presentó un proyecto de ley para incluir en la Ley General de Salud un capítulo sobre derechos y salud sexual y reproductiva; hoy, ese proyecto no interesa a nadie de los y las diputadas actuales para ser incluido en la agenda legislativa. En ese proyecto había una referencia a la atención de la salud y a la seguridad social para parejas del mismo sexo.

Una de las pretensiones que se busca como consecuencia de este estudio exploratorio es identificar el cómo a las mujeres lesbianas, bisexuales, trans e intersex (LBTI) se les garantiza el derecho a la salud integral; es decir, saber que las acciones y actividades de la salud, tanto de prevención como de curación no se concentren sólo en las infecciones de transmisión sexual.

Es importante señalar que los instrumentos nacionales e internacionales sobre derechos humanos, y el derecho a la salud se refieren a la identidad género de las personas desde la concepción estrecha del sistema

1 Patrona de Costa Rica, a la cual, todos/as los/as católicos le hacen peregrinación cada 2 de agosto.

sexo/género, por tanto, será un elemento clave a tomar en cuenta. Porque las personas expresan el género, las identidades y las prácticas sexuales en una diversidad que va más allá de la mirada dicotómica del mundo; esa es una realidad social que se hace necesario evidenciar en esta investigación. Otra pretensión será ampliar las miradas políticas sobre las identidades para, de alguna manera, aportar a la discusión sobre la garantía y reconocimiento de los derechos humanos de las personas LGBTI.

Los objetivos

- Describir la situación de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres lesbianas, bisexuales, intersex y trans en Costa Rica.
- Describir la situación de salud sexual y salud reproductiva de las mujeres lesbianas, bisexuales y trans en Costa Rica.

Marco teórico - conceptual

La teoría

Se reconoce la existencia de una cultura patriarcal que promueve una mirada dicotómica del mundo, pretendiendo ubicar a las personas en dos extremos y, según esta aseveración, las personas son sanas, saludables, lindas, correctas y normales, y otras podrían ser feas, anormales e incorrectas. En esta apreciación binaria del mundo también se incluye al sexo biológico de las personas para definir el género, delimitando la expresión del género a lo masculino y lo femenino, por tanto, si se nace hembra habrá que aprender a comportarse como mujer y si se nace macho habrá que aprender a comportarse como hombre, según los parámetros y los mandatos de la cultura patriarcal.

Esta cultura que privilegia lo masculino es androcéntrica en su manera de mirar la realidad; las relaciones de poder entre hombres y mujeres son desiguales porque lo masculino se representa como el paradigma de lo humano y lo femenino queda relegado a la subvaloración, generándose situaciones de discriminación, exclusión y subordinación de las mujeres y todo lo que se identifique como femenino.

Desde la teoría feminista es posible ahondar en la mirada de la realidad social cuando se tratan asuntos sobre sexualidad y reproducción. Las categorías de sexo, género e identidad son útiles para el análisis, especialmente el cómo estas son cruzadas por variables como la edad, la religión, la orientación sexual, la nacionalidad, el nivel de escolaridad, el origen geográfico, la situación socioeconómica, la clase. El feminismo, en su propuesta filosófica, ideológica y política, pretende eliminar las relaciones desiguales de poder en la sociedad para superar las situaciones de desigualdad y discriminación entre las personas,

y generar cambios profundos en la sociedad con los cuales se logre alcanzar la igualdad, la solidaridad, la sororidad y la justicia.

Otro enfoque teórico fundamental es el de derechos humanos; se considera a este como el presupuesto mínimo de consenso sobre principios y valores que, en conjunto con el feminismo, se debe procurar en las sociedades para caminar hacia la igualdad y la no discriminación; la raíz y principio de los derechos humanos fundamentales es la dignidad humana, este será el argumento que sustente esta investigación exploratoria para el abordaje descriptivo respecto de los derechos humanos de las mujeres lesbianas, trans, intersex y bisexuales, incluyendo los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Los derechos humanos son aquellas facultades y atributos esenciales de la persona, inherentes a su dignidad y naturaleza humanas. Estos se reconocen a toda persona, por el sólo hecho de serlo, esto es, sin distinción de edad, etnia, sexo, clase, nacionalidad, orientación sexual, identidad de género o cualquier otra condición, así, no puede haber discriminación alguna para ninguna ser humano, en el goce de los derechos humanos.

Los derechos sexuales y derechos reproductivos son derechos humanos. Si se hace un recorrido histórico se ubica que la normativa sobre estos derechos nace en la Declaración Universal de Derechos Humanos en el marco de las Naciones Unidas (1948). Luego, los pactos internacionales de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966, dieron más contenido a estos derechos e indicaron los deberes y las responsabilidades de los Estados frente a las personas, definiendo mecanismos

para verificar su cumplimiento. En su artículo 12 el PIDESC establece que los Estados parte “reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Además se crearon respectivamente, los Comités de Derechos Humanos y el de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales para vigilar el cumplimiento de lo ratificado por los Estados parte.

En la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, celebrada en Teherán en 1968 para conmemorar los 20 años de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se reconoce por primera vez el derecho humano a determinar libremente el número de hijos e hijas y el intervalo de sus nacimientos. En 1974, en la Conferencia Mundial de Población de Bucarest que aprobó el Plan de Acción Mundial para Población, se reafirmó el derecho a la decisión reproductiva y se amplió para incluir a las parejas y a los individuos.

En el párrafo 96 de la Plataforma de Acción de Beijing (1995) encontramos un concepto de derechos sexuales:

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíproco y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual.

En el párrafo 7.3 del Programa de Acción de la Conferencia sobre Población y Desarrollo de Cairo (1994) se lee:

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

Para asegurar el acceso de las mujeres a la salud, la Recomendación general No. 24 sobre salud del Comité CEDAW en el párrafo 29 señala:

Los Estados Partes deberían ejecutar una estrategia nacional amplia para fomentar la salud de la mujer durante todo su ciclo de vida. Esto incluirá intervenciones dirigidas a la prevención y el tratamiento de enfermedades y afecciones que atañen a la mujer, al igual que respuestas a la violencia contra la mujer, y a garantizar el acceso universal de todas las mujeres a una plena variedad de servicios de atención de la salud de gran calidad y asequibles, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva.

La Recomendación General No 19 del mismo Comité es contundente, pues se refiere a la situación de violencia, así dice en el párrafo 7:

La violencia contra la mujer, que menoscaba o anula el goce de sus derechos humanos y sus libertades fundamentales en virtud del derecho internacional o de los diversos convenios de derechos humanos, constituye discriminación, como la define el artículo 1 de la Convención. Esos derechos y libertades comprenden:

- a) El derecho a la vida;
- b) El derecho a no ser sometido a torturas o a tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes;
- c) El derecho a protección en condiciones de igualdad con arreglo a normas humanitarias en tiempo de conflicto armado internacional o interno;
- d) El derecho a la libertad y a la seguridad personal;
- e) El derecho a igualdad ante la ley;
- f) El derecho a igualdad en la familia;
- g) El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental;
- h) El derecho a condiciones de empleo justas y favorables.

La Recomendación general No. 28 del Comité CEDAW ofrece nuevos elementos para la interpretación del artículo 2 de la Convención. El artículo 2 se refiere a la obligación de los Estados parte de condenar la discriminación contra las mujeres en todas sus formas. A grandes rasgos, esta Recomendación expresa que los Estados tienen la obligación de cambiar o eliminar leyes, regulaciones, costumbres y prácticas que constituyen discriminación contra las mujeres, especialmente grupos de mujeres como las lesbianas, mujeres

migrantes, mujeres privadas de libertad, mujeres con discapacidad, es decir, aquellos grupos más vulnerables a la discriminación mediante leyes civiles y penales, regulaciones y prácticas. Asimismo, la Recomendación señala en su párrafo 18 que la discriminación contra las mujeres basada en sexo y género está ligada de manera intrínseca con otros factores que afectan a las mujeres, tales como etnia, religión, estado de salud, estatus, edad, clase, orientación sexual e identidad de género.

La discriminación con base en el sexo y género puede afectar de manera diferenciada a las mujeres pertenecientes a dichos grupos. Los Estados parte deben reconocer legalmente y prohibir estas formas de discriminación y su impacto negativo en las mujeres, adoptando e implementando políticas y programas diseñados para eliminar estas formas de discriminación particulares.

Los Principios de Yogyakarta (2007) estipulan en su preámbulo algunos aspectos esenciales para abordar la protección y respeto de los derechos humanos según la orientación sexual y la identidad de género:

OBSERVANDO que la legislación internacional de derechos humanos impone una absoluta prohibición de la discriminación en lo concerniente al pleno disfrute de todos los derechos humanos, civiles, culturales, económicos, políticos y sociales; que el respeto a los derechos sexuales, a la orientación sexual y a la identidad de género es esencial para la realización de la igualdad entre hombres y mujeres y que los Estados deben adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar los prejuicios y las prácticas que se basen en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en roles estereotipados para hombres y mujeres, y observando asimismo que la comunidad internacional ha reconocido el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente en asuntos relacionados con su sexualidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva, sin sufrir coerción, discriminación, ni violencia.

Los conceptos

La orientación sexual² se refiere a la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como a la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas.

La identidad de género³ se refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales.

Para los efectos de esta investigación se reconoce la complejidad de la sexualidad humana como una construcción histórica, social y política, tomando como base conceptual lo siguiente: **la sexualidad**

“...es una construcción histórica, que reúne una multitud de distintas posibilidades biológicas y mentales-identidad genérica, diferencias corporales, capacidades reproductivas, necesidades, deseos y fantasías- que no necesariamente deben estar vinculadas, y que en otras culturas no lo han estado. Todos los elementos constitutivos de la sexualidad tienen su origen en el cuerpo o en la mente, y no pretendo negar los límites planteados por la biología o los procesos mentales. Pero las capacidades del cuerpo y la psique adquieren significado sólo en las relaciones sociales...”⁴

Salud, el concepto que nos guiará en esta investigación es el que acuñó J. Breilh (1994):

La salud en el ser humano no es fenómeno biológico, es un proceso socio-biológico integrado y dinámico. El ser humano es un ser social por excelencia y sus procesos biológicos están en permanente interacción con los procesos sociales dándose una mutua transformación.

2 Tomado de Principios de Yogyakarta, 2007.

3 Tomado de Principios de Yogyakarta, 2007.

4 Jeffrey Weeks, en El sexo como juez universal del ser humano.

La diversidad sexual es una construcción social y psico-biológica que abarca más allá de la genitalidad y otras posiciones esencialistas. Gloria Careaga⁵ propone considerar que la diversidad sexual abarque tres dimensiones para su análisis y definición:

...la orientación sexual, de acuerdo a la dirección erótico-afectiva del objeto amoroso; la identidad sexual, de acuerdo a la definición sexual que adopta la persona; y la expresión sexual, de acuerdo a las preferencias y comportamientos sexuales que adopta la persona.

La persona transgénero es una persona que vive en un sexo diferente del asignado al nacer. En el término trans es una forma de incluir, semánticamente, a aquellas identidades que involucran movimientos en el género. No existe una obligatoria relación entre anatomía, expresión de género y sexualidad (Cabral & Leimgruber, 2004). Es posible identificar como personas transgénero de mujer a hombre o de hombre a mujer, y pueden o no, haberse sometido a intervención quirúrgica o terapia hormonal.

La persona travesti es aquella que nace y se le asigna el género masculino, pero su expresión de género se corresponde con la versión cultural de la feminidad; es una persona que no quiere modificar sus genitales sino más bien usar permanentemente ropas del sexo opuesto; el travestismo es independiente de la orientación sexual. Se denominan las travestis a quienes se asumen desde una subjetividad femenina travesti (Cabral & Leimgruber, 2004).

La persona transexual se identifica como aquella que asume que pertenece al sexo opuesto diferente del asignado al nacer, un fuerte malestar sobre su propio cuerpo, y el deseo de cambiar su sexo al del sexo opuesto a través de cirugías y/o del uso de hormonas (Cabral & Leimgruber, 2004).

Las personas que tienen cuerpos que no corresponden a las normas definidas por el sistema patriarcal son denominadas **intersexuales**; esto porque tienen órganos genitales no definidos, o bien a la vez órganos masculinos y femeninos, es decir, el término intersexual “designa al conjunto de variaciones que pueden producirse en la anatomía de una persona

-y particularmente, en los genitales- respecto de la corporalidad masculina o femenina culturalmente standard” (Cabral & Leimbruger, 2004:70).

La mujer que siente atracción sexual y erótico-afectiva por personas de su mismo sexo se llama lesbiana; cuando la mujer siente atracción sexual y erótico-afectiva por ambos sexos se denomina bisexual.

En la Conferencia de Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994 se definió a la salud reproductiva como:

...un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidirlo hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

La definición de **salud sexual** que se menciona en el párrafo 7.2 de la Plataforma de Acción de El Cairo dice: “...Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”

No obstante, como señalan Cook, Dickens y Fathalla (2003), se puede agregar que una definición más completa de salud sexual debiera de incluir los consiguientes elementos:

- capacidad de disfrutar relaciones sexuales mutuamente satisfactorias
- ausencia de abuso sexual, coerción o acoso
- seguridad frente a las enfermedades de transmisión sexual, y
- éxito en el logro o la prevención del embarazo.

⁵ Gloria Careaga, en El sexo como juez universal del ser humano.

Marco metodológico

El problema abordado en esta investigación, es decir, qué pasa o cuál es la situación de los derechos y la salud sexual y reproductiva de personas LGBTI, es un asunto de la realidad nacional a la que no se le da mayor atención. Esta es la razón por la cual inscribir la investigación dentro de un enfoque cualitativo de tipo exploratoria, porque el derecho internacional de derechos humanos ha reconocido ya los derechos sexuales y derechos reproductivos como derechos humanos, y la cuestión es averiguar qué ocurre en la sociedad costarricense con este asunto.

Como consecuencia de esta investigación se podría esperar mayor preocupación por las autoridades nacionales por el reconocimiento de la diversidad de las personas en cuanto a orientación sexual y/o identidad de género, la que se traduciría en la inclusión de las demandas y necesidades de población LGBTI, que no se

consideran cuando se diseñan medidas legislativas y no legislativas en materia de sexualidad y reproducción.

Para la recolección de datos se entrevistó a siete mujeres lesbianas, trans y bisexuales, y a un hombre trans; se aplicó una entrevista semi-estructurada. No fue posible conseguir entrevistas de personas menores de edad.

También se entrevistó personal de salud y de educación, tanto proveedores y proveedoras directas, así como funcionarios y funcionarias del nivel técnico (fueron siete).

Se revisó y analizó documentación sobre leyes o políticas públicas relacionadas a derechos y salud sexual y reproductiva, y también se examinó el comportamiento de algunos indicadores de salud relevantes al tema de investigación.

Los resultados

Las voces de los unos y los otros

Diseño de acciones específicas dirigidas a atender el derecho a la atención a la salud de las personas LGBTI desde la entidad proveedora de servicios de salud (CCSS).

No se han desarrollado programas específicos, puesto que se considera que las acciones institucionales van dirigidas a toda la población sin hacer diferencias por orientación sexual o identidad de género, además, el accionar de la CCSS responde a principios establecidos en la Constitución Política y de la Declaración Universal de Derechos Humanos, donde las gestiones van dirigidas a llenar las distintas necesidades de salud de la población; sin embargo, con este discurso de una pretendida homogeneidad se ignoran las diferencias de la sociedad costarricense.

Se han hecho algunos esfuerzos por desarrollar programas dirigidos específicamente de atención a la salud sexual, por recomendaciones recibidas de parte de organizaciones de la sociedad civil, pero esto no se traduce en algún éxito o avance en los derechos de la población en estudio.

Programas de salud dirigidos a las mujeres LGBTI jóvenes (12-35 años), con los que cuenta actualmente la CCSS.

La referencia al tema es que cualquiera de los programas que se desarrollan desde la CCSS, ya sea generales o especializados, son de acceso universal, es decir que todas las personas en el ejercicio de su derecho a la salud pueden tener acceso a estos, incluidas las personas LGBTI jóvenes; el obstáculo en materia de derechos humanos es que no existen programas pensados y/o desarrollados para esta población en específico.

Se menciona al programa “La Unidad de prevención y Control del VIH/SIDA/ITS”, que nació a partir de la atención dirigida a mujeres en prostitución.

En los servicios de salud hay una mirada biologicista de la atención; se han venido haciendo esfuerzos para proponer un paradigma integral en los procesos de modernización y reestructuración, sin embargo, se reconoce que los procesos son lentos y los cambios observados son mínimos.

Ante la indagación sobre la existencia de manuales técnicos para la atención en salud de la población LGBTI joven, la respuesta es negativa; aunque tal como mencionan los profesionales entrevistados, desde el Programa para Personas Adolescentes se generan manuales para toda la población en general pero sin discriminar en temas específicos. La especificidad tan sólo se ha desarrollado en Manuales para la atención en salud a personas con discapacidad.

Acciones desarrolladas por las áreas para la prevención del uso de drogas y la rehabilitación para las mujeres LGBTI jóvenes.

Desde la Sección de Salud de la Mujer y Sección de Adolescentes no se han desarrollado programas para la prevención del uso de drogas y la rehabilitación para las mujeres LGBTI. Sí se han hecho avances en programas y elaboración de guías en cuanto a la prevención de todo tipo de adicciones, alcoholismo y tabaco para la población toda, porque se considera un tema prioritario en salud pública, y se le ha dado énfasis porque la prevención es un paradigma importante.

Recomendaciones de los programas de atención integral en la prevención de embarazo no deseado en las jóvenes bisexuales y lesbianas.

Desde las Áreas de Atención Integral de mujeres y adolescentes sobre el tema del embarazo no deseado en jóvenes bisexuales y lesbianas, identifican que las recomendaciones deben ser las mismas que para todas las mujeres, y que la orientación sexual no es un asunto de distinción o discriminación.

Mencionan que lo que se recomienda para todos los casos es ofrecer consejerías específicas de acuerdo a las necesidades de las personas, donde es el profesional quien debe de atender las necesidades y demandas específicas de las personas usuarias.

Sin embargo, cuando se le preguntó a las personas bisexuales y lesbianas, ellas dicen que cuando necesitan de consejería en salud sexual y/o reproductiva acuden a las amigas, a internet o en espacios amigables que no son el sistema público de salud.

Acciones implementadas por la CCSS para la promoción del uso de anticonceptivos y de métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual en la población joven BLT

Se manifestó que, en general, la institución viene trabajando en aumentar acceso a métodos anticonceptivos, en promover y fortalecer los programas de prevención de VIH y sida y, asimismo, que se considere la temática de salud sexual y salud reproductiva como eje transversal en la atención integral de la salud de las personas.

Cuando se indagó sobre anticoncepción de emergencia, se dijo que no está aprobada oficialmente por la institución, por tanto, no se han delineado estrategias para ofrecer el método. Sin embargo, el Área de Salud de la Mujer identifica haber informado sobre el método Yuzpe⁵ al personal de salud.

Acerca de Programas y/o tratamientos sobre hormonización en la CCSS

Desde las áreas consultadas, Mujer y Adolescentes, no se conoce sobre algún programa existente en el tratamiento de hormonización; se identifica que es clínicamente un tema muy especializado, por lo que le correspondería a cada servicio ofrecerlo y, en ese sentido, no es asunto de las áreas de salud integral intervenir; la excepción sería si existiera un programa específico para el grupo de personas trans.

Desde lo político, no existe nada que les exija a las Áreas de Salud Integral a implementar este tipo de programas, y se deja entrever en las entrevistas que si estadísticamente no existen datos que evidencien esto como una prioridad, entonces no se desarrollan políticas o protocolos para la atención.

Promoción de los estilos de vida saludables

Se menciona de la existencia de programas para la promoción de estilos de vida saludables que enfatizan

5 El método Yuzpe se usa cuando no es posible conseguir el producto dedicado de levonorgestrel solo. Este método consiste en usar una combinación de píldoras anticonceptivas regulares que contengan Levonorgestrel 0,15mg y Etinilestradiol 0,03mg, como por ejemplo, la Microgynon®. De este se toman 4 pastillas en una primera dosis y 12 horas más tarde, 4 pastillas en la segunda dosis.

principalmente en alimentación y ejercicios, pero no abordan la temática de la sexualidad, es decir, no tienen una mirada integral.

Todas las personas usuarias de la CCSS tienen acceso a los programas desarrollados independientemente de su orientación sexual e identidad de género, esto es, no hay programas específicos creados para esta población.

Participación en la elaboración de programas por parte de la población LGBTI

La premisa es que si no se han implementado programas específicos para la población LGBTI, implica que no se les ha dado participación en la elaboración de estos. Es llamativo que, en el caso del diseño de programas que se implementan en la CCSS, todas las personas pueden participar, independientemente de su orientación sexual e identidad de género, pero la práctica nos muestra que no hay una mirada en los programas desarrollados ni visibilización alguna de personas lesbianas, bisexuales, trans e intersex.

Articulación entre el eje de salud sexual y reproductiva en la atención integral de las mujeres BLTI jóvenes desde la CCSS.

Desde las Áreas de Salud de la Mujer y Adolescentes reconocen al eje de salud sexual y salud reproductiva como vital, que debe prevalecer en los programas de atención integral a la salud de toda la población, sin distinción de género ni de orientación sexual.

Sin embargo, es un tema cargado de mitos y tabúes y de imaginario social negativos, que hace que en la sociedad exista temor y miedos injustificados y prejuicios que efectivamente influyen en la vivencia de la sexualidad de las personas.

Idealmente, las y los funcionarios públicos profesionales no debieran tener limitaciones en la atención de la salud, es decir, que los prejuicios y mitos no influyan en su práctica profesional. Igualmente, debiera haber servicios especializados donde las personas se sientan cómodas y atendidas en un espacio seguro, con un trato adecuado, libre de discriminación y técnicamente apropiado.

La prevención de la violencia hacia las mujeres jóvenes BLTI desde el Ministerio de Educación

Ética, estética y ciudadanía es la propuesta estrella de esta administración, para que en las materias de

Cívica, Música, educación física y Artes plásticas se aborde el respeto a la diversidad en todo el sentido. El enfoque central es el enfoque de género: los y las docentes tienen que trabajar con un enfoque de género-sensitivo. El objetivo es aprender a respetar la ética y la estética desde el enfoque de derechos; ha transcurrido poco tiempo como para evaluar, puesto que empezó hace dos años.

La prevención de la violencia se debe de hacer en el aula todos los días y, en el ámbito extracurricular, se deben diseñar panfletos y talleres que posibiliten las denuncias.

La participación del Ministerio de Educación en el desarrollo integral de las mujeres BLTI jóvenes

Se tienen como referencia la Política de Equidad e Igualdad de Género (PIEG) y la Convención-CEDAW, y se establece que no sólo hay que hacer acciones afirmativas sino fortalecerlas.

La PIEG pretende que haya acceso a educación técnica sin discriminación de género y de sexo, hoy las carreras técnicas también se abren y ofrecen a las chicas.

Servicios públicos de salud integral para la atención de la salud sexual y reproductiva de mujeres LBTI jóvenes

Todas las personas entrevistadas coinciden en que no existen servicios públicos específicos para la atención de salud integral destinados a la población LBTI, así como tampoco existen programas para la población joven en general.

Fue interesante escuchar un cuestionamiento a la necesidad de generar programas específicos para ciertos grupos poblacionales por su situación de orientación sexual o identidad de género ya que, según los entrevistados, esto puede estigmatizar más. Mencionan que es en el espacio privado de la consulta médica donde se puede abordar la diferencia.

Para el caso de la población trans, se indica que en el Hospital de las Mujeres no se conoce de casos que hayan llegado a hacer solicitudes de atención o de cambio de sexo, el Hospital no cuenta con la capacidad tecnológica y médica para esto porque no hay cirujanos plásticos.

Se infiere que la mirada médica sobre la transgeneridad se intenta resolver sólo desde la transformación

corporal a través de la cirugía, y no incluye otros aspectos integrales de la atención.

Hospital Nacional de Niños

Los niños y las niñas agredidos son valorados por medio del Comité del Niño Agredido; en general, cuando son pequeños o pequeñas no es muy valorada la sexualidad. Esto porque la sexualidad de niños y niñas no se explora, a menos que se identifique un trauma que afecte la sexualidad, pero no es una rutina.

Cuando hay niños o niñas con problemas de identidad de género o sexo, de ambigüedad sexual, su sexualidad no se toma en cuenta sino se busca la resolución médica, si se hace o no cirugía, si se les da hormonas o no, se trata con psicología buscando un grado de identidad. Las y los niños intersexuales son tratados en endocrinología, si la decisión es el internamiento se evalúa si se hace o no cirugía.

Clínica de Adolescentes-Hospital Nacional de Niños (HNN)

En esta Clínica se atiende a adolescentes que buscan una definición sobre su orientación sexual; allí se hace ese acompañamiento tomando en cuenta que es una definición dentro de una sociedad que discrimina.

Además, han trabajado con adolescentes que han nacido con ambigüedad sexual, hiperplasia suprarrenal congénita, con trastorno hormonal, con genitales ambiguos o diferenciados. En el país el diagnóstico se hace rápidamente, al momento de nacer, y las decisiones sobre la operación se hace con los padres y madres; pero cuando llegan ya a adolescentes no son necesariamente bien abordados, son adolescentes que arrastran dudas, preocupaciones, que tienen cambios importantes que sólo ha sido considerados desde la parte médica y biológica, y no desde lo psicológica y emocional.

Básicamente se reconocen tres grupos con los cuales trabaja la Clínica: adolescentes con orientación sexual que le genera disconformidad y se le acompaña en su definición; adolescentes con patología congénita, ambigüedad sexual o eudo hermafroditas, y adolescentes con orientación sexual bien definida.

Insisten en la prevención, porque muchos de estos adolescentes llegan con infección por VIH por haber estado sumidos en explotación sexual.

Clínica de Adolescentes del Hospital Calderón Guardia (HCG)

En esta Clínica no hay servicios para personas LGBTI, pero el personal está sensibilizado, entonces en el espacio privado de la consulta se brinda un ambiente que favorece a la persona usuaria para que tenga la posibilidad de expresarse con el fin de ofrecerle un servicio más integral.

La experiencia ha sido la de preguntar directamente en la historia clínica; es probable que pueda ser más difícil con mujeres adolescentes, porque se piensa que las mujeres adultas se encuentran mucho más empoderadas sobre su identidad u orientación sexual. La práctica es preguntar directamente en el momento de la atención si se es lesbiana o bisexual, (esto lo aprendió el personal de esta Clínica por una capacitación recibida en Chile).

Una particularidad interesante de esta Clínica es que es un espacio de cita abierta, es decir, que llegan las personas adolescentes en cualquier momento que quieran o lo necesiten; tienen citas con fechas definidas también.

En esta Clínica se han atendido muy pocas pacientes trans, unas con disgenesia gonadal o pacientes con ambigüedad en genitales externos. La mayoría han sido intervenidos en la infancia, lo definen los médicos del Hospital de Niños y los padres y madres. A la Clínica llegan adolescentes, a las que son mujeres se les hace intervención y tratamiento hormonal, pero es fundamental tomar en cuenta lo que la chica quiere; la presión de los padres y madres es muy fuerte.

Principales métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual y de embarazos no deseados utilizados por las adolescentes y mujeres lesbianas y bisexuales jóvenes

Hospital de las Mujeres

Todas las menores de 16 años que llegan con sintomatología son diagnosticadas como abuso deshonesto y se hace un reporte; si son niñas, se internan.

Hospital de Niños.

Si llegan niñas embarazadas y con ITS, se sabe que son diagnóstico de certeza del abuso sexual, inmediatamente empieza una investigación por abuso. Cuando se identifica el virus de papiloma humano (VPH), en zona genital se considera altamente sospechoso de abuso sexual. Se hace manejo integral de la situación.

Clínica de Adolescentes HNN

La información que tienen las y los adolescentes es muy mala. Más del 60% de adolescentes no consideran que el VIH se puede transmitir por medio del sexo oral sin protección. Las y los adolescentes no saben dónde buscar consejería acorde a sus demandas y necesidades, esta realidad es más severa en la población homosexual. Hay una población joven flotante, entre 20 a 25 años, que no tiene dónde acceder servicios y que está tan desprotegida como la población adolescente. Es un segmento de la población que no cuentan con seguro social, no tienen trabajo, o hacen trabajos muy mal calificados; los que logran emplearse lo hacen por servicios profesionales, y tienen que optar por el seguro de trabajador o trabajadora independiente.

El personal de salud no está acostumbrado a promover información para la prevención entre la población de mujeres lesbianas o bisexuales; lo de informar sobre la barrera de látex no es conocida o no se habla de rutina.

Clínica de Adolescentes HCG

La población adolescente heterosexual prefiere practicar el *coito interruptus*, y prácticas anales y orales para conservar la virginidad, creyendo que las ITS sólo se pueden transmitir por la vagina. Las recomendaciones que reciben son, ante el riesgo de inicio de relaciones sexuales, el uso de anticoncepción hormonal, dispositivos intrauterinos, y condón en todos los encuentros sexuales.

Entre la población de mujeres lesbianas, la percepción es de que como no hay penetración vaginal no se van a enfermar; acuden a la consulta como auto-cuidado y lo manejan como prevención; piensan que por la vagina no les va a pasar nada;

piden examen de sangre para el VIH, tienden a ser más cuidadosas con eso. Alguna vez tuvieron en la Clínica barreras de látex.

La CCSS no tiene un lineamiento específico para las recomendaciones de prevención para población LGBTI, depende de quien realice la Consejería. Allí en la Clínica usan una página web de Boston para recomendaciones a la población joven.

Población de mujeres lesbianas y bisexuales y métodos de prevención de embarazo no deseado e ITS.

Hospital de las mujeres

A todas las mujeres se les da la misma información, tienen poco material impreso. No hay ningún método específico para algún grupo en cuanto a prevención de ITS, todo es lo mismo.

Se debería dar información apropiada según las prácticas sexuales, como por ejemplo felación o sexo oral, esto es, la existencia de barreras de látex.

Hospital Nacional de Niños (HNN)

En la Clínica de Adolescentes se les brinda información para la protección referida. La Anticoncepción de Emergencia se usa de manera solapada, en situaciones de abuso, pero no es reconocida como un tratamiento.

Recomendaciones sobre principales lineamientos de la CCSS en el tema de salud sexual y reproductiva de las mujeres BLTI jóvenes.

Todas las personas entrevistadas coinciden en que no existen lineamientos institucionales.

Hospital de las Mujeres

Debería de haber lineamientos, sólo se cuenta con un Módulo de Sexualidad preparado por una enfermera obstetra. Se ha dado un curso para médicos generales sobre sexualidad

La persona entrevistada propone que la información y la atención deben de ser iguales para todas las personas, independientemente de su orientación sexual; si tuviera que hacerse algo distinto, sería discriminatorio.

Hospital Nacional de Niños (HNN)

Se menciona que es muy difícil que un niño o niña se autodefina, es por solicitud de los padres o la escuela que se atienden y los refieren a psiquiatría. Si es adolescente, a la Clínica de Adolescente.

Hay algunos pediatras del Hospital Nacional de Niños que siguen los lineamientos de la Academia Americana de Pediatría sobre el abordaje de niños gay o niñas lesbianas, pero por interés personal y no institucional.

Clínica Adolescentes HNN

La propuesta de la persona entrevistada es que se debe crear servicios integrales para adolescentes, sin hacer referencia a un grupo o grupos específicos.

Se debe capacitar al personal para que trabaje con adolescentes, se requiere de un proceso de sensibilización grande puesto que la cultura patriarcal permea también en la atención en los servicios. La gente que trabaja en la Clínica está sensibilizada, pero es por los años de trabajo y experiencia. Tiene que haber confianza y empatía de quien atiende a la población adolescente, para que pueda abrirse a los temas que tienen que ver con sexualidad

Clínica de Adolescentes HCG

La propuesta desde esta Clínica es que debe haber dos aspectos de lineamientos:

- Para el personal es clave la educación y la sensibilización para que aprehendan la capacidad de mostrar empatía y respeto.
- Con los servicios: La población debe saber que el servicio existe y que la CCSS puede atender esas necesidades y demandas, a través de campañas. Por ejemplo, así como las mamás llevan a vacunar a los hijos al EBAIS, así de natural la población gay debe saber que tiene derecho a recibir los servicios de la CCSS.

Promoción de estilos de vida saludables y para el beneficio de la salud mental de las mujeres BLTI jóvenes.

No existe una consulta especial para personas LGBTI en ningún centro, se atiende a todas las personas por igual.

Hospital de las Mujeres.

Hay un programa de estilos de vida saludables, está a cargo del área de Enfermería, Trabajo social, Psicología y Nutrición; se encargan de difundir todo lo referente a vida saludable, pero no en específico a preferencias sexuales.

Clínica de Adolescentes HNN.

La persona entrevistada refiere que en Estados Unidos el suicidio en adolescentes tiene como primera causa la homosexualidad, esta es una referencia sobre el estado de la salud mental. En el HNN no hay estadísticas al respecto.

En Costa Rica el suicidio es el tercer lugar en causa de muerte en población adolescente, el 40% de total de suicidios son personas menores de 30 años, 88% hombres y 12% mujeres (datos entregados por la persona entrevistada).

Aspectos que demandan atención urgente en relación con la oferta de servicios de salud dirigida a las personas BLTI jóvenes

Hospital de las Mujeres

Se piensa que no debe haber algo especial para la oferta de servicios a las mujeres LGBTI, debe existir igualdad de derechos sexuales y reproductivos, ni más ni menos en cuanto a servicios para una población u otra. Se atiende una población eventualmente por el fin de la salud, no interesa si es LTBI.

Hospital Nacional de Niños

Es clave que existan equipos sensibilizados en la atención integral a niños y niñas trans e intersex, actualmente sólo atienden desde el punto de vista médico.

La información debe centrarse en disminuir la homofobia y transfobia por parte del personal de salud, y para así no estigmatizar a las niñas o niños trans o intersex. Además, se deberían crear equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios para la atención de este grupo de niños y niñas.

Clínica Adolescentes HNN

La CCSS tiene en abandono a las personas

adolescentes y jóvenes. Es necesario crear servicios de atención integral en adolescentes, con capacitación y sensibilización al personal para que incorpore a esta población como parte de las estrategias de trabajo.

Clínica Adolescentes HCG

Lo más importante que se propone en esta Clínica es asegurar el acceso al servicio y trabajar con la población en actividades de prevención de ITS, auto-cuidado, práctica deportiva, dietas y proyecto de vida.

Protocolos de atención para el tratamiento hormonal de las mujeres trans e intersex jóvenes

Hospital de las Mujeres

No se presentan estos casos en su área.

Hospital Nacional de Niños.

Hay un seguimiento de pacientes y los protocolos los definen los endocrinólogos, y si existe necesidad de terapia hormonal es manejada por los médicos especialistas.

La persona entrevistada hace referencia a que los temas de niños y niñas trans o con trastornos de la genitalidad, como las malformaciones genitales, nunca son tratados en congresos de pediatría a nivel nacional.

La realidad es que en el HNN se reciben casos de niños o niñas agredidas o violentadas a causa de sus manifestaciones acordes a su identidad de género.

Clínica de Adolescentes HNN

Se pueden encontrar los siguientes casos en adolescentes: adolescentes a las que no se hizo un abordaje integral, están bien desde la salud física, pero la atención al proceso emocional que implican los cambios propios de la etapa vivencial no es de buena calidad; adolescentes cuyos problemas aparecen en la pubertad; testículos no funcionales que no producen testosterona y desarrollan mamas, se le da sustitución hormonal y se resuelve, diagnosticado adecuadamente no da un problema adicional; y adolescentes que están planteando un problema de disconformidad con su orientación

sexual producto de la discriminación y estigma, este es el grupo flotante que no está teniendo acceso a los servicios de salud.

Uno de los acompañamientos significativos que se debe dar es la salida del closet, especialmente entre la población bisexual y homosexual, no así con la trans e intersex, esta última está más protegida porque ha habido más atención.

Las personas trans son totalmente rechazadas y aparece en edades más tardías.

Clínica de Adolescentes HCG

Aquí el personal se basa en los protocolos del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, porque en la CCSS no existen.

Lo que hacen es básicamente remplazo hormonal: dependiendo de la paciente se usan estrógenos conjugados, valeriato de estradiol, progesterona o medroxiprogesterona. Se les da un carnet y seguimiento.

“Pero como mujer sexualmente diversa no hay nada específico para nosotras, en el servicio público, las preguntas van enfocadas a mujeres heterosexuales y casadas o en pareja” (Silvia).

“El acceso que tenemos, en todos los niveles, primaria hasta nivel superior, amparados en marcos internacionales, lo ideal es q toda la población tenga acceso a la educación” (Silvia)

En consecuencia, se reconocen ambos sistemas, educativo y salud, como espacios excluyentes para las mujeres lesbianas, bisexuales, trans e intersex. Esto es, el irrespeto y la vulneración de estos derechos son cotidianos en la vida de las personas LGBTI.

“Que yo pueda ir a un servicio de salud (...) y que pueda hablar abiertamente de que soy lesbiana o que tengo practicas lésbicas, que nadie me vaya a juzgar, pero no quiere decir que en la realidad sea así” (Carla).

“Lo ideal sería recibir atención especializada en la temática intersex, asesoría en endocrinología, en genética, integral con equipos interdisciplinarios que incluyan endocrinólogos, cirujanos plásticos, psicólogos psiquiatras, que la calidad de vida mejore, en lo concreto no existe nada de eso” (Ximena).

El coro polifónico de la diversidad

Salud y educación

Todas las mujeres y hombre trans entrevistadas mostraron conocimiento básico sobre sus derechos, tanto en el ámbito de la salud como de la educación.

En Costa Rica, la seguridad social ofrece acceso universal a los servicios de salud; sin embargo, las personas entrevistadas reconocieron que el ejercicio de los derechos a la salud y la educación está mediado por los recursos económicos que se tiene para solventar gastos de educación y salud privadas. Este hecho grafica las limitaciones que sobrellevan las personas LGBTI en el acceso a la salud y la educación, puesto que ellas en las entrevistas describieron situaciones de discriminación en el sistema público, lo que provocó que dejaran o desertaran de la escuela o del colegio. En lo relativo a salud expresan que la discriminación se hace evidente cuando no reciben información y atención adecuadas a sus necesidades.

“Cuando me enfermo me automedico” (Lucía).

Políticas Públicas en salud sexual y reproductiva relativas a orientación sexual y/o identidad de género

Cinco de ocho mujeres entrevistadas expresaron no conocer ninguna iniciativa en este sentido, las otras tres mujeres hicieron referencia a algunas leyes o decretos relacionados, como la Ley general del VIH/ sida o el Día Nacional contra la Homofobia, además dos de ellas manifiestan que conocen muy bien que no se han diseñado políticas específicas para la diversidad sexual en general y como, por ejemplo, no hay protocolos en los servicios de salud dirigidos a la atención de la población LGBTI.

“Abiertamente dirigidas a una población no, se habla de políticas contra prostitutas, de darles condones, se oye más de las trans femeninas que de lo trans femenino, orientado a la prostitución, no está claro el concepto de lo trans que manejan” (Marcos).

“Sobre expresiones de la sexualidad y diversidad lo más que conozco es la declaración del día contra la homofobia y el compromiso que a partir de esta

asumen distintos centros y municipalidades por la no discriminación” (Mónica).

“No se ha decidido cómo educar al costarricense en el campo de la sexualidad y sus implicaciones, y las negociaciones están encaminadas, hacia la sexualidad hacia el vista reproductiva, no afectivo, como el amo el placer, sexualidad y cariño y de otras construcciones” (Ana).

“Lo más cerca es la Ley general de sida q se prohíbe la discriminación, pero no habla de identidades ni de intersex, lo único que habla es sobre la orientación sexual. No hay políticas específicas para la diversidad sexual en general” (Lucía).

Control de Salud o Enfermedad

Todas las entrevistadas indicaron que acuden al sistema público de salud en caso de control de salud o por enfermedad; sin embargo, la práctica del control preventivo de salud no es regular, es más frecuente que recurran al sistema de salud en caso de una emergencia, cuando ya se presentó la dolencia o enfermedad.

Algunas de las entrevistadas mencionaron que en el caso de atender sus necesidades de salud ginecológica, pagarían un servicio privado si tuvieran el dinero, y otras dijeron que pagan atención privada por considerarla más segura y respetuosa de su orientación sexual e identidad de género.

Las mujeres entrevistadas exteriorizan la vivencia de situaciones discriminatorias en el sistema de salud público, esta es una razón por la cual sienten temor de acudir al sistema público de salud.

“(…) la última vez que tuve que ir, fue a una clínica privada la Jerusalén y justo ahí porque en los hospitales estatales no me iban a atender” (Lucía).

“Control normal voy a la U y lo ginecológico voy a consulta privada, (...) es una mujer ginecóloga y ella es más sensible al ser yo mujer bisexual. Ella pregunta por pareja, no por novio o esposo, y toma en cuenta cuestiona más específicas sobre mujeres bisexuales y lesbianas” (Silvia).

“Yo tengo un doctor, como de cabecera ella es de medicina familiar y tiene mi historial desde los 15 años y sabe que soy lesbiana y con ella me veo

algunas cosas que me afectan, algunos problemas de salud y con ella le doy algunos seguimientos” (Isabel).

Consejería y/ o información en salud sexual y reproductiva

Ninguna de las entrevistadas conoce de un lugar en específico para buscar o recibir información y/o consejería en salud sexual o salud reproductiva.

Las entrevistadas señalaron que la manera de contrarrestar esta falencia es centrar la búsqueda de información entre amigas, personas conocidas, indagar por internet o en libros.

“Mi opción es internet, biblioteca, el SIBDI” (Ana).

“Busco información en internet, pero en sitios confiables, como de cuestiones de sexología, confiables porque son organismos reconocidos, como la Colectiva o AMES” (Silvia).

Con las amigas la verdad, con los grupos cercanos, nunca a un servicio médico, y el uso de internet o libros y demás” (Carla).

Otros espacios mencionados fueron la Comisión de Género de la Universidad, el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), o la médica de cabecera. A pesar de que las entrevistadas dijeron acudir a estos lugares, lo hacen con poca certeza de que la información que reciben sea realmente la que necesitan o buscan; además, cuestionan que muchas veces los amigos y amigas les sugieren buscar la información en el sistema público, pero este a la vez no brinda la información y/o consejería pertinente a su situación de salud.

“No sabría porque la verdad no sabría quién podría ayudarme, podría escribirle a un activista intersex que son mis amigos para ver si me puede aconsejar desde su experiencia” (Lucía).

“En la U, hay una comisión de genero yo a veces pregunto cosas, sobre cosas que a uno le pasan. Conocí ese espacio por amistades” (Lauren).

Prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS)

Todas las mujeres entrevistadas se sorprendieron sobre la pregunta de cómo prevenir un embarazo, ya que les

pareció un tema ajeno a sus vivencias, lo cual traduce el mito de que las mujeres lesbianas y/o bisexuales o un hombre trans en etapas iniciales de hormonización no podrían pasar por la experiencia de un embarazo, además es como una negación ante la posibilidad de hechos de violencia sexual, cuyo resultado pudiera ser un embarazo no deseado.

En general, las entrevistadas conocen los métodos básicos para la prevención de embarazos, como por ejemplo el uso del preservativo.

Cuando se preguntó sobre prevención de infecciones de transmisión sexual nombraron los condones y barreras de látex. El aseo y mantener las uñas cortas fueron mencionadas como formas de prevención en las relaciones entre mujeres. Asimismo, la referencia a la abstinencia o evitar la promiscuidad son expresiones míticas respecto de cómo prevenir ITS en las relaciones homo eróticas.

“Lo conozco porque mi background es farmacéutico, y a amigos que sus novias que son embarazables yo les doy consejos, mi primer es el condón” (Ana).

“A partir de la operación, no hay útero. (...) Se previene siendo lesbiana, no acostándose con hombres, con preservativo y anticonceptivos, el diu” (Isabel)

“No tener sexo, la abstinencia (...) Barrera de latex, guantes, preservativo si usa dildo, higiene manos limpias, juegos limpios, manos limpias,” (Isabel).

“Lo más seguro es no ser una persona promiscua, una vez al año me hago exámenes de sida, trato de tener precauciones como no tener relaciones si uno ve una rajadita, una cortadita, si hay algo que esta fuera del orden médico prefiero restringir el sexo hasta estar seguro” (Marcos).

“pues con el uso del condón, sea para pene (en caso de sexo hetero) o cortándolo para usar como barrera de látex en caso de sexo oral con otra mujer, también con el uso de guantes, una higiene adecuada, tanto en las manos y genitales como en el uso de aparatos o juguetes” (Mónica).

Modificación del cuerpo.

Las personas trans entrevistadas han usado, de manera acompañada o no por atención médica, hormonas para la transformación corporal.

“Uso enantato de testosterona, me lo recetó el médico, ahora me lo está dando la Caja” (Marcos).

“Usé una vez hormonas, como 2 meses, usé unas cosas que tenía mi mamá, las usaba para la menopausia (...) era una época en que conocía el ambiente, mucha gente cuando inicia en el ambiente trans usa hormonas de fácil acceso que usan las mujeres” (Natalia).

“Me lo dijo una travesti, y dijo que una usa cualquier hormona y le salen caderas y le salen pechos, y uno en ese sueño, las tomaba a escondidas, una al día No me gustó, me dio mucho calores y después conociendo más del tema conocí que no era lo que uno tenía que consumir” (Natalia).

“No he ido a la Caja, tal vez porque no he sentido esa confianza, como con ganas de contar en la clínica que me den seguimiento, no me siento como que me de confianza de ir” (Natalia).

Solamente una tiene acceso al medicamento hormonal y a acompañamiento terapéutico por el sistema público de salud, pero porque fue diagnosticada como paciente con *Disforia de Género*, es decir, hubo que recurrir a ubicarla dentro de una patología psiquiátrica para recibir el tratamiento, que incluye antidepresivos (que él no se toma). En la entrevista relató que, mientras tuvo apariencia de mujer, insistió en la CCSS para tener acceso al servicio de hormonización.

“Uso testosterona en el 2009 unos 10 meses después de operarme. Los cambios fueron divertidos y difíciles, ver el cuerpo cambiando es gratificante, es un poderío fuerte. Si uno no está solvente emocionalmente termina matándose” (Marcos).

“Yo no me pregunto cuando me di cuenta de que era hombre, es cuando me di cuenta de que no quería ser mujer (...) Cuando uno es transexual uno lo sabe desde chiquitico, pero tomar una decisión se debe pensar y meditar un par de años” (Marcos).

Otra mujer trans entrevistada recurre al servicio de salud privado para su tratamiento hormonal de modificación corporal.

“Estoy en terapia hormonal hace 10 años. Uso lo correcto, estoy con un medico endocrinólogo, tengo acceso privado, uso finasteribe 5mg es un supresor de la testosterona, se usa para el cáncer

de próstata, pero un efecto secundario es que inhibe la producción de testosterona, y tomo estrógenos, estradiol 2mg diarios” (Ana)

Una de las mujeres lesbianas se refirió al tema de la transformación de lo corporal desde la performatividad, es decir, ella apela a esta para identificarse desde su orientación sexual en el aspecto de género.

“Como mujer lesbiana, sobre todo desde la forma de vestir, es un proceso, desde la adolescencia que pueden surgir ideas de que yo no sé si lo que yo deseo es ser mujer o no ser mujer, o tener una apariencia más masculina o no (...) Desde la aceptación o del sentirse bien con el cuerpo y el deseo” (Carla).

Educación y Discriminación

La discriminación en el ámbito educativo, primario o secundario, se dio según si hicieron pública o no su orientación sexual y/o identidad de género.

Las personas que se mantuvieron ocultas o “en el closet” en ese período dijeron no haber sufrido discriminación; sin embargo, internamente sentían algún tipo de alteración emocional por no saberse normales o por no saber si eran las únicas o únicos sintiéndose diferentes al resto de sus compañeros y compañeras de clase.

Las personas que sí hicieron pública su orientación sexual y/o identidad de género recibieron constantes ataques discriminatorios y cuestionamientos sobre la vivencia de su sexualidad.

“La identidad para mí ha sido más fuerte que mi orientación, si alguien me pregunta si soy trans o soy gay, yo digo que trans yo no me identifico como gay, pero me identifico como trans” (Natalia).

En el caso de las mujeres lesbianas entrevistadas, ninguna identificó discriminación en el sistema educativo directamente relacionada con su orientación sexual; no obstante, eso ocurrió porque era evidente la invisibilidad, al parecer este hecho doloroso marca la diferencia en cuanto a la vivencia de la discriminación en la escuela o en el colegio.

“No tuve problemas, porque mi lesbianismo era mío, que no lo tenía tan claro, eso paso después que salí del cole” (Isabel).

En el caso de las mujeres y hombres trans entrevistados, sí identificaron situaciones concretas de discriminación porque no respondían con la norma social hegemónica correspondiente a su sexo.

“Sí, burlas, maltratos, abusos violaciones, los profesores, se confabulaban con los compañeros, le decían a los compañeros que seguro me inyectaba hormonas por los pechos, me golpeaban me hacían bromas pesadas y humillantes, con tal de que me fuera del colegio, pero logré terminar el bachillerato” (Ximena).

“En la escuela no porque estaba oculta, por presión social era una mujer, no representaba un problema social, sino interno, en las últimas cosas que he hecho digo que soy Marcos” (Marcos).

“La escuela es un campo de concentración para un transgénero, los chicos te meten en peleas campales de tratar de cuestionar quien es más fuerte, cosas que no pasa en el bando de las mujeres” (Ana).

“El colegio fue un campo de batalla mi papá no me mando al Saint Francis, no quiso y me mando al Liceo de Costa Rica, a donde fue él, y el segundo año yo ya no soportaba, y me sentaba en un parque a esperar que pasara toda la mañana porque no soportaba más así duré dos años, después de segundo año, le rogué que me sacaran del colegio que me dejara trabajar y yo pagara mis estudios, a los 16 salí” (Ana).

Salud y discriminación

Los relatos de las personas entrevistadas con relación al tema de la salud son impactantes. La discriminación a la que hicieron referencia se da tanto en el ámbito de la salud física como de la salud mental.

“Pero una vez en un curso un profesor, a él se le noto su homofobia hacia un hombre, era del clínica de psicología de la salud y a una compañera le toco atender a un muchacho gay, que su motivo era apoyo para salir del closet, pero ella por sus creencias religiosa, y apoyada por el profesor, cambiaron totalmente y se enfocaron a revisar otros aspectos en la relación con su hermano y entonces su necesidad quedo invisibilidad, y eso fue falta de ética de ella y del profesor, (...)” (Silvia).

“¿Por qué me pueden dar calmantes para una vida que quiero vivir?”(Marcos).

“se me reventó una úlcera, y no me atendieron, la enfermera me humilló y me decía peores cosas le han metido que no me quejara, e inconsciente me hicieron la prueba de vih sin mi consentimiento, me dieron un tratamiento y me sacaron, esperé 14 horas, y fue porque mi mamá se peleó sino me muero en sala de espera” (Lucía).

Algunas mujeres lesbianas identifican que no han sentido discriminación, sino que califican la situación como de ignorancia absoluta, en especial cuando se trata del formulario de historia clínica en la que el énfasis es heterocéntrico; otras califican que la discriminación también se hace evidente cuando no es visible la orientación sexual lésbica, porque el hecho de hacerse visible podría tener consecuencias violentas.

“A veces prefiero no ir al sistema de salud para evitar decir que soy lesbiana” (Carla).

“Cuando me pregunta sobre los compañeros sexuales, le dije que ninguno, que solo compañeras, y él me dijo que es lo mismo, yo le dije que él me pregunto por compañeros, y a partir de ahí paró el cuestionario porque supongo que no tenía más nada que preguntarme, ahí se acabó la entrevista” (Isabel).

Los prejuicios del personal de salud en el sistema público respecto de la existencia lésbica son cotidianos, este hecho tiene sus consecuencias para la salud de las mujeres. Una de las entrevistadas contó de su experiencia durante la adolescencia sobre la información que recibió de un médico al preguntar ella sobre sus intereses lésbicos; la respuesta fue que en la adolescencia era normal la bisexualidad y la confusión por el objeto de deseo. Luego, cuando preguntó sobre “el dolor de ovarios”, la respuesta obtenida fue que se le iba a quitar cuando tuviera hijos, a lo que ella expresó que no le interesa la maternidad y el profesional nuevamente la desvalorizó como persona adolescente diciéndole que “eso no lo podía saber aún”.

Otros prejuicios que surgen por la desinformación, y que alcanza a las mujeres lesbianas es sobre la prueba del Papanicolau para la prevención precoz del cáncer de cuello uterino; como se presupone que las prácticas lésbicas no incluyen una penetración, no se hacen la prueba, con el riesgo de alteración de la salud.

“El primer pap me lo hice a los 38 años, por algún nivel de prejuicio, muy cerrada en el tema de no

tener relaciones con hombres no era necesario, y comprendí que tenía que hacérmelo por un tema de salud y de prevención, tomé conciencia. (...) Ninguno me dijo q me hiciera el pap” (Isabel).

De allí la importancia de exigir al sistema público el diseño e implementación de protocolos de ginecología para la atención de las mujeres en toda su diversidad, para así hacer conciencia sobre el cuidado del cuerpo, la prevención de cáncer de mamas, de cuello uterino, y también para poder preguntar libremente, sin temor a ser discriminadas. Obviamente, no todas las mujeres tienen una situación económica solvente que permita pagar una consulta privada.

Asimismo, para el caso de la población intersex es importante informar a médicos y médicas para que tomen conciencia acerca de las manifestaciones intersex; es decir, la intersexualidad no aumenta la mortalidad, y tampoco significa que es necesario e imperativo operar a menos que exista una malformación que genere problemas a la salud de la persona intersex.

Desde la mirada de la medicina patriarcal proviene ese afán de normativizar, específicamente a través de las operaciones. Es importante que se creen grupos de apoyo para los padres y las madres, en esta sociedad en que todo lo que es diferente en cuanto a género e identidades, se incluye en el costal de gays o travestis. En esta sociedad patriarcal, difícilmente se enseña a las personas a convivir con lo diferente; la pretensión es la homogeneidad, se espera que todas las personas sean iguales.

Es tal esta pretensión que en la medida que se verbaliza la existencia fuera de la heteronormatividad, se dispone todo el sistema para excluir y discriminar

Los indicadores hablan

En el resumen ejecutivo de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva del año 2010 se encuentra información sobre algunos indicadores en materia de sexualidad y reproducción.

Del total de personas entrevistadas entre los 15 y 44, un 67,9% de los hombres y un 51,4% de las mujeres iniciaron las relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años. La primera relación sexual ocurrió, para casi toda la población de 15 a 44 años, antes de los 24 años.

El 100% de hombres y mujeres en unión conoce al menos un método anticonceptivo. Los métodos orales y los condones masculinos son los más populares, y el nivel de noción sobre anticoncepción de emergencia aumentó con relación a la Encuesta de 1999. El uso o la prevalencia de métodos anticonceptivos se mantienen igual, en un 82%. El método más usado es la salpingectomía

Con respecto al embarazo no deseado, el 47% de las mujeres entre los 15 y 49 que han tenido al menos un hijo/a vivo/a, no deseaban el último embarazo. En el caso de mujeres menores de 20 años, menos del 30% deseaban su último embarazo. En el caso de las mujeres no unidas, esta cifra alcanza a 54%.

En cuanto a educación y prevención, se reconoce como formas de prevención del VIH y otras ITS (como uso del condón y fidelidad), la cifra es superior al 90% en toda la población. Sin embargo, en zonas rurales el porcentaje es menor. Aún perduran las creencias incorrectas sobre las formas de transmisión del VIH, especialmente entre personas habitantes de zonas rurales.

A pesar de que el uso del condón tiende a la disminución todavía es reconocido por casi un 92% prevención y protección ante el VIH y otras ITS. El 30% de las personas menciona otras formas de prevención: la fidelidad, la abstinencia y el evitar relaciones sexuales con desconocidas.

Más del 93% de las personas está de acuerdo con que en los centros escolares se imparta educación para la sexualidad. Asimismo, ocurre con la posibilidad de incluir en el currículo escolar temas relacionados a tecnología anticonceptiva.

Con relación a la violencia sexual, los resultados fueron que el 15,1% de las mujeres reconoce haber aceptado tener relaciones sexuales sin desearlas por temor a represalias; casi el 21% afirma haber recibido ofrecimientos a cambio de relaciones sexuales; el 6,3% ha recibido amenazas como una forma de coacción para tener relaciones sexuales; el 8% corresponde a mujeres que fueron agredidas durante una relación sexual y el 12,3% a mujeres que han sufrido violación. Las mujeres con menor nivel educativo, menor nivel socioeconómico y más jóvenes aparecen como las más vulnerables.

a) Existencia de leyes sobre derechos sexuales y reproductivos:

No existe en Costa Rica una ley que proteja y promueva los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas; es posible encontrar menciones a la promoción de la salud sexual y salud reproductiva en leyes que se han promulgado como marco normativo nacional en materia de salud.

b) Existencia de normativa que permite la esterilización voluntaria:

En junio de 1999 se promulgó el decreto 27913-S denominado de Salud Reproductiva en el que se establece la anticoncepción quirúrgica voluntaria (la salpingectomía) a demanda de las mujeres, sin la necesidad de recurrir a la autorización de un comité de médicos o del marido. También se incluye la vasectomía como parte de la oferta de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

c) Existencia de normativa sobre Fertilización in vitro:

Esta técnica de reproducción asistida es prohibida en Costa Rica; actualmente, el Estado está demandado ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos precisamente buscando que se revierta esta situación que vulnera los derechos humanos de las mujeres que necesitan de esta técnica para embarazarse.

d) Existencia de normativa que permite la prevención de embarazos no deseados a solicitud de las mujeres:

Está establecida en las Normas Técnicas de Atención Primaria de Salud la oferta de tecnología anticonceptiva de la CCSS a solicitud de las mujeres, que son básicamente los anticonceptivos hormonales orales e inyectables, condón masculino y dispositivo intrauterino.

e) Existencia de normativas para la interrupción voluntaria del embarazo por causas terapéuticas, violación, o incesto:

El artículo 121 del Código Penal establece la figura del aborto impune debe ser realizado sólo cuando el embarazo pone en riesgo la vida o la salud de la mujer. Sin embargo, las autoridades de la CCSS no han implementado una Guía de Procedimientos,

por lo tanto, es un derecho que no se cumple porque el personal de salud no conoce la legislación a cabalidad ni tampoco tiene la certeza que necesita para realizar ese acto médico, la interrupción terapéutica del embarazo.

f) Existencia de anticonceptivos de emergencia a disposición del público:

En Costa Rica no está incluida la anticoncepción de emergencia en la oferta de anticonceptivos hormonales de la CCSS, ni tampoco en la normativa de atención a la violencia sexual.

g) Existencia de políticas de incorporación de la educación sexual en la enseñanza media:

En el año 2001 se elaboró una Política de Educación para la Sexualidad Humana en el Ministerio de Educación, pero no ha sido implementada. No existe en el sistema educativo costarricense un programa de educación para la sexualidad.

h) Existencia de políticas de población que consideran la prevención de embarazos no deseados como un derecho:

No existen políticas de población implementadas como un derecho de las mujeres a prevenir un embarazo no deseado como se señaló más arriba, ni siquiera está disponible la anticoncepción de emergencia que es el único método de uso poscoital para prevenir un embarazo no deseado.

Las políticas y los planes

En Costa Rica no se ha diseñado una política pública sobre salud sexual y salud reproductiva, esto es un reflejo de las dificultades que existen desde las autoridades para abordar los aspectos de salud relacionados a la sexualidad y la reproducción, y más aún cuando se trata de diseñar acciones en salud para la atención a personas cuya orientación sexual e identidad de género no se corresponden con lo que pretende el patriarcado.

La omisión ante una situación de la realidad social, como es lo relativo a sexualidad y reproducción, es una manera de hacer política pública. Es decir, el silencio que proviene tanto del Poder Ejecutivo como del Legislativo es/será la política pública nacional que

imperera en la actualidad sobre salud sexual y salud reproductiva.

La Política Nacional de Sexualidad (2011) emitida por el Ministerio de Salud es un documento novedoso en el que se incluye una mirada más amplia de la sexualidad, las orientaciones sexuales e identidad de género. En él está plasmado en su marco teórico el reconocimiento de la diversidad de la sociedad costarricense y, además, la pretensión del abordaje de las actividades en consejería y a la atención en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos.

En tanto se respete la autonomía, la autodeterminación, la diversidad de las personas y los derechos, la atención a los asuntos ligados a sexualidad y reproducción se entenderán desde una perspectiva holística e integral. Para tal efecto, se necesita además la implementación de un programa de educación para la sexualidad en el sistema educativo, libre de prejuicios, que promueva información veraz, científica y laica, y que estimule el respeto por la diversidad y la pluralidad de la sociedad costarricense. Esto como una manera de asegurar la posibilidad de las personas de construir una sexualidad libre y placentera (Política Nacional de Sexualidad, 2011).

En la definición de la Áreas de Intervención de la Política Nacional de Sexualidad (2011) se identifican las siguientes: Información, sensibilización, comunicación y divulgación; Ciudadanía sexual; Educación integral de la sexualidad; Servicios integrados integrales y con calidez para la atención de la salud sexual y la salud reproductiva; Violencia sexual; Actividad sexual remunerada de personas adultas; Formación de capacidades y competencias institucionales; Información, investigación, monitoreo y seguimiento, y Coordinación y articulación. Para cada una de ellas se define líneas de acción estratégicas.

En materia de salud se ha desarrollado un nivel aceptable de marco de políticas, sin embargo, en cada una de estas hay una somera mención a asuntos relacionados a sexualidad y reproducción de las personas. Así, tenemos las siguientes:

- Plan Nacional de Salud (2010-2021)
- Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género (2007-2017)
- Plan Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial (2008-2010)

- Política Nacional de VIH y sida y Plan Estratégico Nacional VIH y sida (2011-2015)
- Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia (2009-2021)
- Política Pública de la Persona Joven (2010-2013)

En materia de educación, en el año 2008 salió a circulación un Manual llamado “Buenas Prácticas para la No Discriminación de personas menores de edad insertas en el sistema educativo”, este tiene el propósito de promover entre las personas que trabajan en el sector público actitudes y prácticas no discriminatorias y libres de violencia, y estimulando una educación integral de la sexualidad. En este documento se hace referencia a que el personal docente y administrativo del Ministerio de Educación no debe discriminar a las personas en razón del género, la nacionalidad, la orientación sexual, condición económica, etnia, entre otros, y que el enfoque fundamental es el respeto a los derechos humanos.

Las conclusiones

La situación de salud sexual y salud reproductiva del país es dramática, no obstante, desde el Ejecutivo se expresa que los derechos sexuales y derechos reproductivos no son la prioridad para su gobierno; quizás esta aseveración política se corresponde con los acuerdos convenidos con la Conferencia Episcopal costarricense, arrojándose esta como actor político cuando se trata de abordar lo relativo a sexualidad y reproducción, puesto que se siente amparada por el artículo 75 de la Constitución Política de Costa Rica.

Además, se concibe de manera obtusa, desde los espacios conservadores del poder, que cuando se hace referencia a los derechos sexuales y derechos reproductivos se están pretendiendo abordar sólo los temas del aborto y la homosexualidad, presentando ante la opinión pública discursos falaces desprovistos de veracidad científica que pretenden provocar temor entre las personas. Esta manera de mirar el mundo tiene coherencia con lo que plantea Foucault (1998), él dice que el locus del control social se ubica en los cuerpos de las personas, esto significa que la pretensión simbólica y concreta de las sociedades es mantener el orden de las cosas, es decir, la imposición de la heterosexualidad obligatoria como práctica del deseo erótico-afectivo. Las instituciones patriarcales responsables de mantener y reproducir este control, como son el derecho y la medicina, han establecido una serie de normas, valores y mandatos para vigilar la sexualidad de las personas.

Los resultados de esta investigación son un reflejo de lo señalado en párrafos más arriba o, que es lo mismo decir, es la expresión gráfica y precisa de lo que ocurre en la vida de las mujeres lesbianas, bisexuales, trans e intersex: una vulneración constante de sus derechos humanos, de sus derechos sexuales y reproductivos; lo impactante es que la comunidad proveedora de servicios de salud y de educación no hace esta lectura, sino que se queda en el discurso del acceso universal a la salud, negando así la heterogeneidad propia de las personas y de la sociedad costarricense en cuanto a asuntos relacionados a la identidad de género y orientación sexual. Es más, alegan que si se diseñan programas o protocolos en que reflejen la diversidad o la especificidad, se corre el riesgo de promover la discriminación.

En general, se asume que la mirada de la gineco-obstetricia es muy masculina y muy cargada de prejuicios respecto de los mandatos patriarcales para las mujeres (en el país en su mayoría son hombres médicos). Esto tiene sus consecuencias en la práctica profesional, no existe un entrenamiento al personal de salud para abordar temáticas como el aborto, embarazos no deseados, las diversas expresiones de la sexualidad, orientación sexual e identidad de género. Por tanto, difícilmente podrán orientar o informar a la población LGBTI sobre sus necesidades y demandas en salud.

De allí a que surjan mitos sobre la salud, como que la población LGBTI no sea atendida desde una mirada integral y que, por ejemplo, se centre la atención sólo en asuntos de prevención de ITS y VIH/sida, obviando otros aspectos de salud, puesto que persiste el concepto de poblaciones de riesgo en cuando a la prácticas sexuales. El otro mito frecuente es que las mujeres lesbianas no se hacen la prueba de Papanicolau porque no tienen prácticas de sexo coital.

Las mujeres entrevistadas relataron sus experiencias en el ámbito de la salud y la educación, y en casi todos asomó la discriminación. La interrupción de los estudios ocurre cuando se atreven a “salir del closet”, a vivenciar y a expresar públicamente la identidad de género o la orientación sexual, que obviamente, no es la heterosexual. Se conculca el derecho a la educación porque la discriminación y el odio experimentados se hacen insostenibles. Esta es la realidad concreta, a pesar de los intentos del Ministerio de Educación de ir frenando la homofobia y/o la transfobia.

Las consecuencias de la paralización de los estudios limita sus posibilidades de trabajo, de allí a que muchas mujeres trans y travestis tengan como única alternativa la de ejercer la prostitución, la cual es una expresión de violación del derecho al trabajo.

El derecho a la salud implica no solo la provisión de servicios de salud y/o de saneamiento ambiental, involucra también satisfacer otros derechos de las y los ciudadanos, y uno de ellos es el derecho al más alto nivel de salud. Se debe entonces asumir la salud como meta social y, por tanto, una responsabilidad de toda la sociedad, porque el derecho a la salud se incluye dentro de los derechos económicos, sociales y culturales del derecho internacional de derechos humanos.

Costa Rica es signatario de todos los instrumentos internacionales de derechos humanos, tanto del sistema universal como del regional, sin embargo, ni su legislación, ni sus medidas no legislativas se ajustan al derecho internacional. En los planes y políticas revisados, a pesar de hacer mención al respeto a los derechos humanos, a la igualdad y la no discriminación, no es posible encontrar nada relativo a la población LGBTI.

Las recomendaciones generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales deben ser acatadas por los Estados signatarios. El comentario general n°20 se refiere a la No Discriminación en Derechos Económicos, Sociales y Culturales y fue redactado en mayo de 2009. El artículo 2.2 del PIDESC exige que los Estados parte garanticen que los derechos del Pacto sean aplicados sin discriminación de ninguna clase, ya sea por motivos de etnia, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición (párrafo 2).

La discriminación prohibida por el Pacto se define en el Comentario General como: “toda distinción, exclusión, restricción o preferencia u otro trato diferente que directa o indirectamente se base en los motivos prohibidos de discriminación y que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos reconocidos en el Pacto.”

Lo interesante es que este comentario general se relaciona con la Convención CEDAW en su preocupación por eliminar la discriminación.

Con relación al tema de esta investigación, el comentario general n°20, en su párrafo 32, dice con respecto a la discriminación sobre la base de orientación sexual e identidad de género que también está prohibida. El acoso de personas transgénero, transexuales o intersexuales se identifica como una de las formas de tal discriminación que puede infringir el goce igualitario de los individuos de los derechos de la Convención. Aunque la orientación sexual y la identidad de género no están expresamente enumeradas como categorías prohibidas de discriminación en el artículo 2.2 del PIDESC, el Comité ha confirmado incuestionablemente su inclusión bajo “cualquier otra condición”, lo cual indica la naturaleza no taxativa de la lista de categorías discriminatorias.

Asimismo, en el documento de recomendaciones a

Costa Rica de parte del Comité de la CEDAW, surgidas después de que el país presentara su informe en julio de este año, en el párrafo 41 dice que el Estado debe intensificar sus esfuerzos para combatir la discriminación en contra de las mujeres basada en su orientación sexual e identidad de género. Esto implica que se deben realizar campañas dirigidas al público en general, así como procesos de capacitación a personal del poder judicial y proveedor de servicios de salud para evitar los malos tratos y abusos de estas mujeres.

En otras latitudes se ha avanzado bastante en lo concerniente a proponer protocolos de atención a personas trans. En el Estado español la Red por la despatologización de la transexualidad ha elaborado una Guía que pretende, por un lado, la importancia del reconocimiento de la identidad de género de las personas trans como no patológica y, por el otro, buscar una salida a la demanda de derechos a la salud de las personas trans.

En el ámbito internacional, actualmente se están llevando a cabo acciones de incidencia política relevantes, puesto que se espera para el año 2013 la V edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, más conocido por sus siglas en inglés DSM. Las acciones de incidencia que hace la comunidad trans e intersex buscan eliminar del manual la *disforia de género* como un trastorno de la identidad, como una patología. Sin embargo, la propuesta de la estructura del DSM-V contempla aún mantener la categoría de la disforia de género con tres sub-categorías (disforia de género de niños, de adolescentes y adultos y disforias inespecíficas). Obviamente que los acuerdos a los que llegue el grupo de trabajo del DSM-V tendrán su repercusión en la atención a la salud integral de personas trans e intersex en el país.

De allí la importancia de mantener la lucha política que en lo relativo a la identidad sexual y la identidad de género se ubican en el ámbito de los derechos humanos y no en la enfermedad, para poder tener acceso a la atención integral de la salud, como por ejemplo tratamientos para la modificación del cuerpo.

En junio de 2010, la Organización de los Estados Americanos aprobó una resolución que en el párrafo 1 dice: “Condenar los actos de violencia y las violaciones de derechos humanos contra personas a causa de su orientación sexual e identidad de género, e instar a los Estados a investigar los mismos y asegurar que

los responsables enfrenten las consecuencias ante la justicia.”

Es evidente que aún queda mucho camino por recorrer en la lucha por el reconocimiento, respeto y cumplimiento de los derechos humanos de las personas lesbianas, trans, bisexuales e intersex, a pesar de todas las recomendaciones y resoluciones emanadas desde los organismos encargados de velar por el derecho internacional de derechos humanos. El gran desafío es lograr que se cumplan a nivel nacional las recomendaciones que provienen del nivel internacional.

Bibliografía

Cabal, M. & Leimgruber, J. (2004). Un glosario en construcción. En: Series para el debate N° 3, Campaña por la Convención de los Derechos sexuales y derechos reproductivos. Lima:

Castro, M (2003). El sexo como juez universal del ser humano. <http://www.cenesex,sld.cu/webs/marielads.html>

Cook, R., Dickens, B. y Fathalla, M. (2003). Salud Reproductiva y Derechos Humanos. Bogotá: Profamilia.

Díaz, S. & Solano, M. (2010). Módulo de Capacitación en derechos humanos de las mujeres. Derechos sexuales y/o reproductivos. Abogacía para el cambio. San José: IIDH.

Facio, A (2003). Asegurando el futuro. Las instituciones nacionales de derechos humanos y los derechos reproductivos. San José: UNFPA.

Ministerio de Salud (2011). Marco conceptual y normativo de la política de sexualidad San José: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud (2011). Análisis de situación: enfoques, asuntos críticos y áreas de intervención de la política de sexualidad. San José: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud (2011). Informe de los resultados de la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva 2010. San José: Ministerio de Salud.

Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español (2010). Guía de buenas Prácticas para la Atención Sanitaria a personas trans en el marco del sistema de salud. Consultado el de, de 201, de: <http://stp2012.info/guia/STP-propuesta-sanidad.pdf>

UNFPA (2004). Programa de Acción, aprobado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994. Nueva York: ONU.

Principios de Yogyakarta (2007). Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Nueva York: ONU.

Páginas web de interés

American Psychiatric Association.
<http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/GenderDysphoria.aspx>

Instrumentos internacionales en <http://www.cesdepu.com/>

O.E.A. http://www.oas.org/dil/esp/AG-RES_2504_XXXIX-O-09.pdf

Recomendaciones a Costa Rica del Comité CEDAW, 2011.
<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/co/CEDAW-C-CRI-CO-5-6.pdf>

Resolución de la OEA sobre Derechos Humanos, orientación sexual e identidad de género. http://www.oas.org/dil/esp/AG-RES_2504_XXXIX-O-09.pdf

Resumen del Comentario General N° 20 del Comité DESC: No Discriminación en Derechos Económicos, Sociales y Culturales. <http://www.programamujerescdh.cl/columnas/detalle.tpl?id=20090915112052>

