



América Latina y el Caribe

Programa Global de VIH/SIDA

BANCO MUNDIAL

Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica

Costa Rica: Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia

Costa Rica



**Reduciendo la Vulnerabilidad al
VIH/SIDA en Centro América:**

***Costa Rica Situación del VIH/SIDA y
Respuesta a la Epidemia***

Región de Latino América y el Caribe
y Programa Global de VIH/SIDA

BANCO MUNDIAL

Diciembre 2006

Documento de Discusión del Programa Global de VIH/SIDA del Banco Mundial

Esta serie es producida por el Programa Global de VIH/SIDA de la Red de Desarrollo Humano del Banco Mundial, para publicar rápidamente, un trabajo nuevo e interesante sobre el VIH/SIDA, para hacerlo de amplia disponibilidad y promover su discusión y debate.

Las opiniones, interpretaciones y conclusiones expresadas en la presente publicación son las de los autores y no reflejan necesariamente la opinión de los miembros del Directorio Ejecutivo del Banco Mundial ni de los países representados por éste. La citación y el uso del material aquí presentado deberá tener en cuenta que puede ser provisional.

Estos documentos son publicados en www.worldbank.org/AIDS (ir a “publications”). Para una copia gratuita de los documentos presentados en esta serie por favor contactar al correspondiente autor cuyo nombre aparece al pie de esta página.

Preguntas sobre esta serie y presentaciones deberán hacerse directamente a Joy de Beyer (jdebeyer@worldbank). Las presentaciones deberán ser previamente revisadas y aprobadas por el departamento patrocinante, quien sufragará el costo de la publicación. El departamento patrocinante y los autores tienen exclusiva responsabilidad de la calidad de los contenidos técnicos y la presentación del material en la serie.

Este conjunto de series se realizó con el apoyo de la Región de Latino América y el Caribe. Para cualquier pregunta relacionada con esta serie contactar a:

Marcelo Bortman, LCSHD:
World Bank, 1818 H Street, NW, Washington DC, 20433.
Tel. (202) 458-9730 – fax: (202) 614-0202
Correo Electrónico: mbortman@worldbank.org

Foto de la cubierta: Costa Rica Situación del VIH/SIDA y Respuesta a la Epidemia
Cortesía de la Biblioteca de Fotografías del Banco Mundial

© 2006 Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433

Derechos reservados.

Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centro América: *Costa Rica Situación del VIH/SIDA y Respuesta a la Epidemia*

Marcelo Bortman;¹ Luis B. Sáenz;² Isabel Pimenta;³ Claudia Isern;⁴ Antonia Elizabeth Rodríguez;⁵ Marianella Miranda, Leonardo Moreira, y Danilo Rayo.⁶

Este estudio fue realizado por LCSHD con apoyo financiero del BNPP. Los objetivos principales del estudio fueron establecer una línea de base para medir el progreso e identificar nuevos retos para el Proyecto Regional de VIH/SIDA en Centro América y para apoyar el diálogo de política sobre el liderazgo político y compromisos para preparar un plan de acción regional con políticas comunes y estrategias coordinadas.

Palabras claves: HIV/AIDS, Costa Rica, Banco Mundial, Centro América

Banco Mundial	
Vice Presidenta	Pamela Cox
Directora de País	: Jane Armitage
Directora Sectorial	: Evangeline Javier
Gerente de Sector	: Keith Hansen
Gerente de Proyecto	: Marcelo Bortman

¹ Especialista Senior en Salud Pública, LCSHH, World Bank.

² Director de Proyecto para este estudio, Sanigest, Costa Rica.

³ Especialista en Salud Pública, WBIHD, World Bank.

⁴ Asistente Administrativa para Apoyo de Clientes, LCSHD, World Bank.

⁵ Coordinadora para el Proyecto Regional de VIH/SIDA en Centro América.

⁶ Grupo de Consultores de Sanigest, Costa Rica.

Acrónimos y abreviaciones

ADPIC	Aspecto de los Derechos de Propiedad Intelectual
AED/F	Academia para el Desarrollo Educativo en consorcio con The Futures Group
AID	Agencia para Desarrollo Internacional
ALCA	Áreas de Libre Comercio de las Américas
ART	Terapia Antirretroviral (antiretroviral therapy)
ARV	Medicamentos Antiretrovirales
ASOVIHSIDA	Asociación Costarricense de Personas Viviendo con Sida
BGLT	Población Bisexual, Gay, Lésbico y Transexual
BNPP	Bank Netherlands Partnership Programme
CAFTA	Tratado de Libre Comercio en Centro América
CCP	Centro Centroamericano de Población
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
CDC	Centros de Control de la Enfermedad
CENIDH	Centro Nicaragüense de los Derechos Humanos
CIPAC	Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos
CONASIDA	Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA
CPMP	Committee for Proprietary Medicinal Products (Comité para Propietarios de Productos Medicinales)
CTAMS	Comisión Técnica de Asistencia Médico Social
DEISH	Departamento de Educación Integral de la Sexualidad Humana
ESR	Encuesta de Salud Reproductiva
FDA	Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos
FUNDESIDA	Fundación para el Desarrollo de la Lucha contra el Sida
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSH	Hombres que tienen Sexo con otros Hombres
ICMRT	Internacional Center for Medical Research and Training in Costa Rica (Centro Internacional de Investigación y Adiestramiento Médico)
IDESPO	Instituto de Estudios Sociales en Población
IDU	Usuarios que se inyectan drogas
IEC	Información, Educación y Comunicación
IIDH	Instituto Interamericano de Derechos Humanos
ILPES	Instituto Latinoamericano de Prevención y Educación en Salud
INAMU	Instituto Nacional de las Mujeres
INCIENSA	Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
INISA	Instituto de Investigaciones en Salud
INS	Institución Nacional de Seguros
IPEC	Programa para la Erradicación del Trabajo Infantil
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LCSHD	Departamento de Desarrollo Humano para Latino América y el

	Caribe
LCSHH	Sector Salud
MINSA	Ministerio de Salud
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
ONUSIDA	Programa de las Naciones Unidas en VIH/SIDA
OPEC	Organización de Países Exportadores de Petróleo
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAIA	Programa de Atención Integral de la Adolescencia
PANI	Patronato Nacional de la Infancia
PASMO	Asociación Panamericana de Mercadeo Social
PIB	Producto Interno Bruto
PVVS	Persona Viviendo con VIH/SIDA
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSR	Salud Sexual Reproductiva
TAR	Tratamiento Antirretroviral
TCS	Trabajadores Comerciales de Sexo
TLC	Tratado de Libre Comercio
UCR	Universidad de Costa Rica
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA)
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WBIHD	Instituto del Banco Mundial División de Desarrollo Humano

Índice

Acrónimos y abreviaciones.....	v
Reconocimientos.....	ix
Resumen Ejecutivo – Situación Regional	xi
Resultados principales, las conclusiones y recomendaciones.....	xii
Respuestas nacionales.....	xiv
Costa Rica: Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia	1
Grupos vulnerables	5
Respuesta Nacional al VIH/SIDA	10
Marco legal y regulador para la respuesta y la atención al VIH/SIDA	10
Experiencias exitosas en la prevención y atención grupos vulnerables.....	15
Tratamiento y cuidado de las PVVS	26
Referencias.....	32
Anexo 1. Hallazgos y evidencias provenientes de la encuesta sobre discriminación, Costa Rica. 2006	34
Anexo 2. Formulario para Selección de experiencias exitosas.....	35
Anexo 3. Formulario para Evaluación de Discriminación.....	37
Anexo 4. Resumen de experiencias exitosas	38
Anexo 5. Marco Lógico del Proyecto “Facilitando condiciones de vida saludables: jóvenes en situación de exclusión social en la prevención del VIH/SIDA”(“Manos a la Obra)	39

Tablas

Tabla 1. Estadísticas recientes de VIH-SIDA. Costa Rica	2
Tabla 2. Estudios de percepción de VIH-SIDA en Costa Rica.....	9
Tabla 3. Ley General sobre VIH/SIDA, artículos relacionados con la protección de los derechos de las PVVS. Costa Rica	11
Tabla 4. Resultados del Proyecto CIPAC	22
Tabla 5. Acciones estratégicas a cargo de CIPAC dentro del Plan Nacional Estratégico de Abordaje Integral del VIH/SIDA.....	23
Tabla 6. Resultados del Censo de Diagnóstico en PVVS en Hospitales Rurales y Urbanos, 2004.....	25
Tabla 7. Proporción de PVVS bajo cuidados.....	25
Tabla 8. Tareas desarrolladas por pares	25
Tabla 9. ARV comprados por la CCSS	27
Tabla 10. Costos de prevención y tratamiento del VIH/SIDA, Costa Rica 2004.....	29
Tabla 11. Costo de Tratamiento según esquema, Costa Rica, 2006.....	30
Tabla 12. Comparación de precios en dólares de dos medicamentos genéricos y patentes	31
Tabla 13. Comparaciones entre el ADPIC y las disposiciones del TLC en el tema de medicamentos. Costa Rica.....	31

Figuras

Figura 1. Tasa de incidencia de SIDA según cantón. Costa Rica, 2004.....	2
--	---

Figura 2. Proceso de Compra de medicamentos	28
---	----

Gráficos

Gráfico 1. Tasa de incidencia de SIDA por cada 100 mil habitantes según año (1983-2004)	1
Gráfico 2. Mortalidad por casos de SIDA según año. Costa Rica. 1995-2004.....	4
Gráfico 3. Casos de HIV según vía de transmisión. Costa Rica. 1983-1999	5
Gráfico 4. Número de compañeros sexuales en los últimos 6 meses en HSH según serología para VIH. Costa Rica. 2004	6

Reconocimientos

Este estudio fue preparado por un equipo liderado por Marcelo Bortman e integrado por Luis Sáenz, Marianella Miranda, Leonardo Moreira y Danilo Rayo; Claudia Isern, Isabel Pimenta y Antonia Elizabeth Rodríguez.⁷ Este informe es el resultado de un esfuerzo de equipo y como tal se ha beneficiado de numerosas contribuciones de diferentes personas a lo largo de Centro América, tanto en aspectos técnicos como por su compromiso para diseminar la situación y las experiencias del VIH/SIDA en la Región. A todos ellos les estamos muy agradecidos.

El equipo del estudio está especialmente agradecido al Real Gobierno de Holanda, por su apoyo a través de donación BNPP que permitió su financiamiento. El equipo también agradece a los revisores técnicos Joana Godinho (Especialista Senior en Salud del Banco Mundial), Jonathan C. Brown (Asesor de Operaciones del Programa Global de VIH/SIDA del Banco Mundial), Joy de Beyer (Especialista de Gestión del Conocimiento del Programa Global de VIH/SIDA del Banco Mundial), e Ian Walker (Especialista Principal de Protección Social del Banco Mundial).

Nuestro especial agradecimiento a

Costa Rica

Dr. Oscar Porras, Servicio de Inmunología del Hospital Nacional de Niños
Lorena González, Oficial de Programa Ombudsman y Derechos Humanos del IIDH
Licda. Edda Quiros
Dra. Giselle Lucas, Ministerio de Salud
Dr. Solón Chavarría coordinador del programa VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual de la CCSS
Licda. Cinthya Chacon, Asociación Demográfica Costarricense
Dr. Albin Chaves, Director Farmacoterapia CCSS
Oscar Valverde Cerros, UNFPA
Daria Suárez Rehaag, CIPAC
Edgar Briceño, ASOVIHSIDA
Licda. Miriam Fernández Esquivel, FUNDESIDA
Licda. Gabriela Solano, Clínica HIV/SIDA Hospital Calderón Guardia
Rodrigo Chinchilla, FONDO MUNDIAL⁸
Dra. Teresa Solano, Ministerio de Salud Vigilancia de la Salud
Luis Leiva, ASOVIHSIDA
Catalina Devandas, Banco Mundial

⁷ Marcelo Bortman es Especialista Senior en Salud Pública en el Banco Mundial; Luis B Sáenz es el Director para este estudio en SANIGEST; Claudia Isern es Asistente Administrativa para el Apoyo a Clientes del Banco Mundial; Isabel Pimenta es Especialista en Salud en el Banco Mundial; y Antonia Elizabeth Rodríguez es Coordinadora del Proyecto Regional de VIH/SIDA en Centro América.

⁸Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria.

Resumen Ejecutivo – Situación Regional ⁹

Centro América es la sub-región más afectada, después del Caribe, por la epidemia de VIH/SIDA en la región de Latino América y el Caribe. Cuatro de los seis países de América Latina con mayores tasas de prevalencia de infección por VIH están en Centroamérica, y en dos de ellos las tasas de prevalencia son superiores al 1%. La epidemia amenaza avanzar sin control a menos que los esfuerzos de prevención en grupos altamente vulnerables, como los trabajadores comerciales del sexo (TCS), los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) y las personas privadas de libertad, se intensifiquen

La prevención de nuevas infecciones por VIH, el tratamiento de las personas con infección por el VIH/SIDA, y el cuidado de aquellos afectados directa o indirectamente por la epidemia representa un gran reto para los seis países de la región. El Banco Mundial está actualmente apoyando las iniciativas de los gobiernos centroamericanos para revertir la epidemia de VIH. En este contexto, este estudio se llevó a cabo con los siguientes objetivos específicos:

- 1) Examinar la epidemiología del VIH y el SIDA en Centroamérica;
- 2) Examinar los Programas Nacionales contra el SIDA, incluyendo los sistemas de vigilancia, la capacidad de laboratorio, la prevención, el tratamiento y la atención clínica;
- 3) Analizar el marco legal y normativo y la discriminación contra las personas con el VIH y SIDA, - en particular con las mujeres -, su repercusión sobre el tratamiento y la prevención; y
- 4) Revisar intervenciones exitosas y buenas prácticas relacionadas con el VIH/SIDA en Centro América, llevadas a cabo por ONGs y organizaciones públicas, incluyendo el desarrollo de los sistemas de monitoreo y evaluación.

Este estudio se realizó para apoyar el diálogo actual en la política para fortalecer la respuesta nacional del VIH/SIDA, en particular con relación a: (i) fortalecimiento del liderazgo político y compromiso para preparar un plan de acción regional con estrategias coordinadas y políticas comunes, (ii) fortalecimiento y armonización del marco legal e institucional para tratar la epidemia de VIH/SIDA, (iii) identificación y difusión de “mejores prácticas” para la prevención a través de esfuerzos integrados por el sector salud, otras agencias gubernamentales y la sociedad civil y promover monitoreo y evaluaciones de impacto, y (iv) promover el proceso de adquisición regional relacionado con medicinas, equipos y otros insumos relacionados al VIH.

Finalmente, este estudio estableció una línea de base para medir el progreso e identificar nuevos desafíos para el Proyecto Regional de VIH/SIDA del Banco Mundial. El objetivo

⁹ El estudio incluye Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, y Panamá. Se han publicado informes separados para cada país y para la región en general. Este resumen ejecutivo ha sido tomado del informe regional.

de desarrollo del Proyecto Regional de VIH/SIDA es proporcionar conocimiento y herramientas para los responsables de formular políticas y decisiones en todos los países de la región, para manejar y controlar el VIH/SIDA, y las infecciones oportunistas. El componente 1, Laboratorio Regional, apoya el establecimiento de un laboratorio regional al implemento de funciones sumamente especializadas, como una única institución regional. El componente 2, la Vigilancia Epidemiológica, apoya la puesta en práctica de un sistema regional de vigilancia epidemiológica de segunda generación, para permitir mejor caracterización de la epidemia de VIH en Centroamérica. El componente 3, Fortaleciendo la Capacidad Regional de Respuesta, aumentará la armonización de los marcos legales e institucionales necesarios a las intervenciones estratégicas de incremento, en respuesta a la epidemia del VIH. También fortalecerá el liderazgo y compromiso político que conduzca preparación de un Plan de Acción Regional para tratar la epidemia de una manera coordinada. Por último, el componente 4, Prevención en las Poblaciones Móviles, se centra en grupos que son particularmente vulnerables al VIH. Las poblaciones móviles, son consideradas un factor clave en la propagación de la epidemia. Los programas de prevención que se concentran en estas poblaciones son todavía pocos y la escala de las intervenciones es aún pequeña.

La información presentada en este informe se recopiló en las entrevistas con personas claves en Centroamérica y de la revisión de los documentos proporcionados por las organizaciones nacionales, las ONG y las organizaciones de desarrollo bilaterales e internacionales. Además, se celebraron siete talleres para presentar y tratar la información recopilada por el estudio con los diversos interesados directos y personas claves.

El estudio se publica en una serie de siete informes: Uno resume la situación del VIH en Centroamérica; los otros seis describen la situación en cada uno de los países de Centro América. La información de diferentes países no siempre es comparable. Esto refleja en parte las diferencias del nivel de organización de los diferentes programas respondiendo a la epidemia, así como las variaciones en el acceso del estudio a la información sostenida por diferentes instituciones y organizaciones.

Resultados principales, las conclusiones y recomendaciones

Honduras y Guatemala son dos de los seis países con la prevalencia de infección por VIH más alta en América Latina. La prevalencia de infección por VIH en los adultos es ya superior a 1% en Honduras (1,6%) y Guatemala (1%). Panamá (0,9%), Costa Rica (0,6%), El Salvador (0,6%) y Nicaragua (0,2%) todavía tienen tasas de prevalencia de infección por VIH debajo de un 1%. Se ha estimado que para el año 2010, la epidemia puede alcanzar una tasa de prevalencia en la población adulta en Centroamérica del 2%, cifra que en algunos casos podría sobrepasarse.

Se calcula que más de 200.000 personas actualmente viven con el VIH en Centroamérica.¹⁰ La transmisión de VIH en Centroamérica, está principalmente asociada al sexo heterosexual, similar a la del Caribe. La excepción es Costa Rica, donde los HSH

¹⁰ CDC. Global AIDS Program for Central America. Program Profile, 2004.

representan una proporción mucho mayor de las personas infectadas que en otros países en la región. Aunque hay más hombres que mujeres con el VIH en Centroamérica, la brecha de género se está cerrando rápidamente. La epidemia está aún concentrada en grupos de alta vulnerabilidad como los trabajadores comerciales del sexo y sus clientes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los privados de libertad y la población garífuna (un grupo de población afro-caribeño de la costa Atlántica de Honduras). El aumento de las defunciones en adultos por el SIDA ha conducido a un número ascendente de huérfanos y jóvenes vulnerables que quedan sin hogares, alimentos, cuidados de salud y educación. La epidemia tiene repercusiones económicas tanto para los hogares como para los sistemas de salud del país, así también como para la economía.

Además de las variaciones en las tasas de prevalencia y en los grupos afectados en los seis países, hay también importantes variaciones hacia el interior de cada país. La epidemia está concentrada en ciertas áreas geográficas, particularmente en zonas urbanas, las rutas comerciales y los puertos. Los grupos asociados con poblaciones móviles, los TCS y HSH tienen tasas de prevalencia de VIH más altas, y son la población puente para transmisión de la epidemia a la población en general. Principalmente aquellos que se exponen a comportamientos de riesgo y que tienen un alto nivel de interacciones entre estos grupos y la población general. Sin embargo, los mecanismos de transmisión de VIH deben conocerse aún mejor para que las intervenciones de salud pública puedan estar mejor diseñadas y ejecutadas, y que sean más eficaces. Identificar la naturaleza y el grado del problema en ciertos grupos, como las personas que viven con discapacidades, los niños en riesgo del abuso sexual, las personas privadas de libertad, las minorías étnicas, los empresarios y los uniformados (militar/policial) continúa siendo un desafío.

Hay diferencias importantes de las condiciones sociales y económicas entre los países centroamericanos que pueden explicar en parte las diferencias de las tasas de prevalencia de infección por VIH. Otros factores contribuyen a la epidemia, como la inmigración, el turismo y la proximidad al Caribe donde la prevalencia es aún mayor. La inmigración tiene dos componentes: 1) los trabajadores temporarios que se mueven dentro de los países de esta sub-región; y 2) los inmigrantes que intentan moverse permanentemente a los Estados Unidos, de quienes se estima sólo cerca del 10% tiene éxito, mientras el 90% transita la sub-región de regreso a sus países. Durante este transitar, los inmigrantes pueden estar expuestos a comportamientos sexuales de alto riesgo, aumentando su vulnerabilidad a contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Las tasas de prevalencia mayores de VIH están en San Pedro Sula (puerto del Caribe en Honduras) y en la población garífuna (indígenas con raíces en el Caribe) sugiere que el tránsito entre el Caribe y Centroamérica ha tenido repercusión sobre la epidemia centroamericana.

Algunas de las diferencias en la prevalencia de infección por VIH entre estos países podrían ser explicados por deficiencias en los sistemas de vigilancia y notificaciones insuficientes. Por ejemplo, aunque el rol de los usuarios de drogas intravenosas (UDIs) no parece ser un factor importante en la epidemia en Centroamérica, esto puede ser el resultado de una sub-notificación. Una mayor prevalencia de la infección por VIH notificada en HSH en Costa Rica puede reflejar una cultura más liberal y menor

discriminación, en lugar de diferencias reales con los restantes de los países centroamericanos.

Una vez que una epidemia de VIH se generaliza, los grupos más afectados son personas en edades de máxima producción laboral. Como se ha visto en África, esto tiene consecuencias negativas para el tamaño de fuerza laboral y la productividad, con importantes repercusiones a largo plazo tanto para la economía como para el sistema de salud. Países como Brasil, Tailandia y Uganda han mostrado sin embargo que, si hay un fuerte liderazgo, y las intervenciones se seleccionan sobre la base de evidencia de su efectividad y de su costo-beneficio y son adecuadamente dirigidas a los grupos más vulnerables como los TCS y HSH, es posible mantener la epidemia bajo control.

Respuestas nacionales

Todos los países centroamericanos han establecido respuestas nacionales coordinadas para tratar la epidemia de VIH. No obstante, importantes desafíos quedan para hacer estos sistemas efectivos. En lo que se refiere a la prevención, el reto principal sigue siendo alcanzar eficazmente los grupos más vulnerables con intervenciones basadas en evidencia y costo-efectivas, incluyendo las estrategias de prevención apropiadas para promover prácticas sexuales y conductas reproductivas más sanas y seguras. Por el lado del tratamiento, las respuestas necesitan proporcionar no sólo los medicamentos antirretrovíricos sino también todo el apoyo y el seguimiento clínico necesario. A nivel regional, los esfuerzos apoyados por el proyecto financiado por el Banco Mundial y organizaciones de otro tipo seguirán centrándose en los "corredores de transmisión" y las zonas fronterizas entre países.

Es esencial que cada país defina las prioridades estratégicas nacionales y asigne los recursos que reflejen las realidades de su propia epidemia. Los sistemas de vigilancia son todavía muy débiles y la mayoría aún con énfasis en la notificación de los casos de SIDA. Sin embargo, alguna de la información necesaria acerca de la epidemia está disponible y está incluida en este estudio. Los países centroamericanos necesitan mejorar el nivel de análisis de los datos disponibles para permitir una planificación y ejecución apropiada de las políticas y programas nacionales contra el VIH/SIDA.

Los grupos vulnerables y la población en general todavía tienen una comprensión muy limitada del VIH y el SIDA. Se requieren intervenciones rápidas que desalienten las prácticas sexuales peligrosas, especialmente entre grupos altamente vulnerables, y a identificar mejor los casos de VIH y proporcionarles tratamiento ARV. Un desafío especial es la coordinación de las acciones de las ONG y los servicios de salud pública, especialmente para proporcionar respuestas eficaces en los tres niveles de atención de salud.

Los talleres en los países que trataron los resultados del estudio y el análisis de costo efectividad de las estrategias de intervención llegaron a la conclusión que con el nivel de recursos actuales, solo podría prevenirse un 25% de infecciones. Esto refleja la dificultad de llegar a los grupos de más alta vulnerabilidad. Las estrategias más costo efectivas

identificadas por los participantes en el taller incluyeron: i) liberar la distribución de los condones entre grupos altamente vulnerables y vulnerables, ii) promover el mercadeo social de los condones, iii) dirigir la información, educación y comunicación a los grupos altamente vulnerables y vulnerables; y iv) proporcionando consejería y acceso a las pruebas de diagnóstico rápidas.

El financiamiento actual para prevenir y controlar la epidemia está lejos de ser adecuado y debe ser dirigido a la prevención en los grupos altamente vulnerables y vulnerables. El Banco Mundial desarrolló un modelo de efectividad en función de los costos para ayudar a los gobiernos a que determinen la asignación de los recursos de forma tal que permita prevenir el máximo número de nuevas infecciones. Según este modelo, un programa nacional bien diseñado puede tener una repercusión sustancial sobre la epidemia aún con recursos limitados, siempre y cuando estos se canalicen a las intervenciones más costo-efectivas. Un análisis en Guatemala, Honduras y Panamá indicó que el gasto de salud tendría que aumentar en \$1 millón por año para impedir que el número de pacientes aumente de un 10% a 20% en el mismo período. En el 2000, los tres países gastaron aproximadamente \$9,6 millones en los programas contra infección por el VIH/SIDA.¹¹

Sistemas de Vigilancia. La vigilancia del VIH y el SIDA en Centroamérica se basa en la notificación obligatoria de los casos y en algunos estudios de prevalencia. La identificación y seguimiento en los casos del VIH y el SIDA, a nivel de país, que hacen los sistemas de vigilancia no responde a las necesidades de información planteadas por el seguimiento de la dinámica de la epidemia. Estos sistemas necesitan transformarse en vigilancia de segunda generación, aumentando su capacidad para recoger y analizar información relacionada a los factores de riesgo y a los comportamientos. Esta transformación requiere implementar nuevas estrategias de vigilancia, (unidades de centinelas y sitios). A nivel regional, es necesario acordar normas comunes que permita el intercambio de la información entre los países, incluyendo definiciones de caso, protocolos de las unidades y sitios centinelas, informes de casos y los indicadores. Para alcanzar esta meta, es importante considerar el desarrollo de una plataforma de información electrónica regional integrada.

Marco legal y normativo. Aunque todos los países han elaborado un marco legal para la provisión de atención de salud para las personas que viven con el VIH y el SIDA, muchos casos de discriminación se han notificado en la región y las personas infectadas por el VIH/SIDA han tenido que recurrir a instancias judiciales para defender sus derechos. En algunos países, existen aún contradicciones entre las leyes que deben resolverse. Además, mejorar el conocimiento acerca de los derechos de las PVVS en el marco de las leyes vigentes sigue siendo un reto, así como la implementación de sanciones a quienes cometen actos de discriminación. Las intervenciones con éxito en el campo de los derechos humanos, en particular en Guatemala y Panamá, han visto varios casos resueltos a favor de los pacientes que presentaron demandas. El estudio pudo identificar las áreas donde son necesarios cambios en la legislación o las leyes generales de VIH/SIDA. Los problemas de la reciprocidad entre los países de la región para el

¹¹ The World Bank. HIV/AIDS in Central America: The Epidemic and Priorities for its Prevention. LAC Region: Washington DC: 2003

tratamiento y la atención de las PVVS deben resolverse. Los órganos regionales como el Sistema de Integración Centroamericana (SICA) pueden proporcionar el paraguas necesario para integrar los marcos legales a nivel regional.

La prevención. Todos los países han adoptado un enfoque amplio para la prevención y el control de la epidemia de VIH. La lista de grupos potencialmente destinatarios de las intervenciones ha aumentado para incluir a toda la población. Esta estrategia debe examinarse para asegurar que los limitados recursos disponibles sean asignados a grupos que son clave para prevenir la transmisión (TCS, HSH, privados de libertad y las poblaciones móviles).

En Centroamérica, además de los servicios públicos, hay muchas ONG que apoyan las respuestas nacionales contra el VIH y el SIDA. Estas ONG abarcan una amplia gama de intervenciones, ofreciendo la protección de los derechos humanos, y prevención, tratamiento y servicios de atención. La evaluación de los indicadores de coberturas, parecería señalar que muchos de estos proyectos han tenido éxito en alcanzar sus metas. Sin embargo, muchas intervenciones sólo siguen indicadores de procesos, y no se ha hecho una evaluación de impacto por lo que se desconocen sus resultados.

Algunos proyectos pueden informar sobre los resultados: por ejemplo, el aumento del uso de los condones por la población destinataria que se observó en Guatemala después de un esfuerzo de mercadeo social por PASMO. De manera análoga, el proyecto de Canasta Familiar Básica del Ministerio de Salud en El Salvador ha mostrado una reducción de la transmisión materno-infantil del VIH. Los proyectos dirigidos hacia la población garífuna en Honduras tienen gran potencialidad. Lo mismo puede decirse de los programas que se dirigen a la población de Xochiquetzal en Nicaragua y de un esfuerzo por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Ministerio de Juventud para señalar a la atención de la epidemia en Costa Rica. Dos intervenciones con éxito incluyen la traducción en idioma autóctono de los mensajes de prevención para los Garífuna. Sin embargo, los temas que incluyen a la población indígena y los grupos afro-descendiente de la región son muy complejos y requieren mayor atención. Algunos proyectos tuvieron éxito al transferir el conocimiento a grupos vulnerables. Sin embargo, la mayoría de las intervenciones no han seleccionado indicadores para medir el impacto de este cambio de conocimientos sobre el cambio de hábitos y sobre la prevalencia de infección por VIH en los grupos vulnerables. La falta de mecanismos apropiados de medición no significa que estas intervenciones no han tenido una repercusión, o no lo tendrán en el futuro. Más bien, señala la necesidad de mejores sistemas de monitoreo y evaluación, incluyendo mejores indicadores.

Tratamiento y cuidado a la salud. Todos los países centroamericanos están proporcionando tratamiento y atención de salud a las PVVS, incluyendo el acceso a las terapias antirretrovíricas. El tratamiento se realiza mediante una mezcla de entidades públicas y privadas. La coordinación de las actividades de seguimiento de los servicios públicos de salud y de las ONGs que proporcionan terapia antirretrovírica es un importante reto para los programas de país. De hecho se requiere mejorar el manejo de los efectos adversos del tratamiento, incrementar el acceso a las pruebas de laboratorio y

desarrollar mecanismos que incrementen la adherencia al tratamiento. Tratar con pacientes analfabetos o pertenecientes a algunos grupos étnicos, muchos de ellos sin cobertura de los servicios de atención de salud, agregan aún más desafíos.

Todos los países también enfrentan retos con respecto a la disponibilidad de los ARV. Se han logrado acuerdos para establecer precios preferenciales para drogas de marca. Además, en la mayoría de los países, los medicamentos genéricos están ahora disponibles mediante procesos de licitación institucional o a través de los organismos de adquisiciones y las fundaciones internacionales. Queda aún por avanzar en la planificación de compras conjuntas de ministerios de salud y las instituciones de seguridad social, en la definición de protocolos de tratamiento uniformes, y estableciendo una infraestructura para el seguimiento de pacientes y para el monitoreo de la resistencia a los medicamentos.

A nivel nacional, los países necesitan establecer los mecanismos para facilitar la compra de medicamentos genéricos de alta calidad, ya sea usando mecanismos como el del Fondo Rotatorio de la OPS o a través de convenios bilaterales. A nivel regional, debe considerarse la posibilidad de establecer una alianza de los países centroamericanos para la compra en escala de grandes cantidades de los medicamentos, procurando reducir sus costos. Esta alianza daría a los países mayor poder de negociación, facilitando el acceso a los medicamentos y otros suministros relacionados a precios inferiores.

Capacidad de laboratorio. La capacidad de los laboratorios a nivel nacional necesita no solo aumentar los servicios de diagnóstico, sino también dar apoyo al seguimiento de la terapia antirretrovírica. Esto no solo requerirá mayor inversión en recursos humanos calificados, equipos y reactivos, si no también de procesos de referencia de los servicios de salud. A nivel regional, el Banco Mundial está apoyando el establecimiento y la ejecución de un laboratorio regional en la Ciudad de Panamá. Este establecimiento tendrá las siguientes funciones para apoyar los laboratorios nacionales: (i) diagnóstico y seguimiento de muestras para casos complejos, (ii) acceso a, y transferencia de nuevas tecnologías de laboratorio, (iii) control de calidad, (iv) adiestramiento en nuevas técnicas, (v) investigación y (vi) desarrollo de un sistema integrado de información con los laboratorios del país.

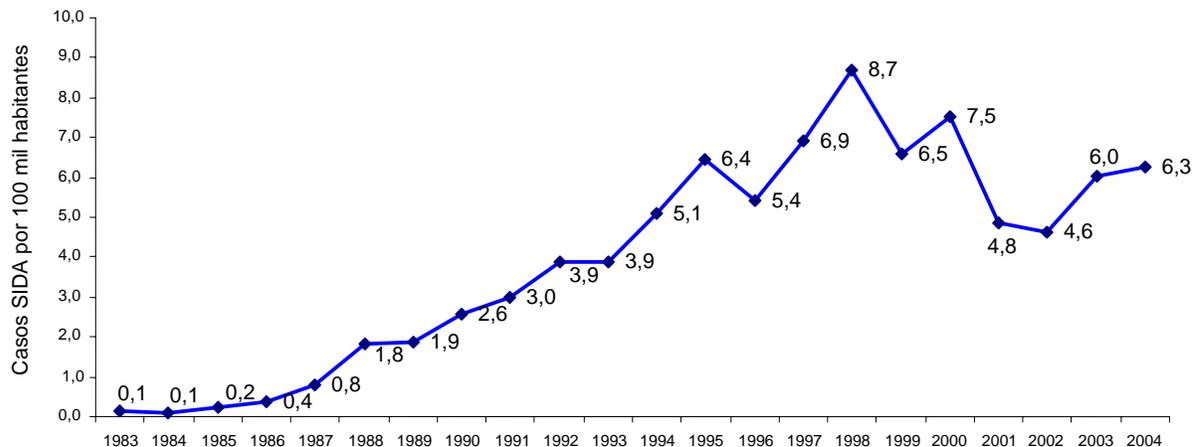
Costa Rica: Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia

Esta sección presenta información sobre la epidemiología del VIH y el SIDA en Costa Rica y cómo la población en general percibe la epidemia. La sección final incluye información sobre la respuesta nacional a HIV y SIDA.

Situación del VIH/SIDA.

Desde el año 1983 a 2004, se registraron un total de 3.196 casos de SIDA. La incidencia anual de SIDA (notificaciones) creció en forma sostenida durante los primeros 16 años (grafico 1). Después de 1998, que representa un punto de inflexión, la tasa ha oscilado entre 6,5 a 4,5 notificaciones anuales por cada 100.000 habitantes. Este comportamiento en el último tramo hasta el 2004 se puede deber varios factores, a que los datos a partir del año 2001 son preliminares, a subregistro, a una reducción real relacionada a cambios en el comportamiento de la población, o a la introducción de los ARV en el tratamiento de personas portadoras del VIH.

Gráfico 1. Tasa de incidencia de SIDA por cada 100 mil habitantes según año (1983- 2004)¹²



Fuente: Ministerio de Salud y el CCP-UCR, 2006

En el año 2003, ONUSIDA estimó la prevalencia de VIH en 0,6% en la población de 15 a 49 años. También indicó que había unas 12.000 personas viviendo con VIH, de los cuales el 33% eran mujeres entre los 15 y 49 años de edad. A pesar de la falta de información, se estima que la epidemia del VIH/SIDA pone en estado de vulnerabilidad a alrededor de 1,4 millones de personas en el país.¹³ Se desconoce cuántas de ellas se han

¹² Las cifras del año 2001 hasta el 2004 son datos preliminares remitidos por el Ministerio de Salud, 2006.

¹³ Nicole Schwab y otros. Optimizando la Asignación de Recursos para la Prevención del VIH en Costa Rica, Banco Mundial, 2004.

Muchos de los cantones presentan baja incidencia en este período, en especial aquellos pertenecientes a zonas rurales, mientras, las mayores incidencias se concentran en el área Metropolitana, donde vive la mayor parte de la población del país y en donde la población de las áreas rurales con frecuencia recibe tratamiento especializado. San José (ciudad capital) acumula el 58% de todos los casos de VIH y SIDA del país. En Alajuela, por su parte se concentra otro 12%. Sin embargo y de acuerdo a los especialistas, en términos de tasas de incidencia la población que presenta mayores cifras actualmente es Heredia. Este tipo de análisis es posible dado que los registros de casos contienen información sobre el lugar de atención y el lugar de residencia. Otro de los grupos con mayor riesgo de adquirir el VIH es el que reside en áreas de frontero, un patrón que reafirma la relación entre el VIH y la movilidad poblacional.

Hasta septiembre de 2001, del total de casos reportados, 1.948 fueron de sexo masculino y 271 del sexo femenino. La razón hombre mujer ha cambiado significativamente en los últimos años. En 1992 hubo 13 casos de SIDA en varones por cada caso en mujer, mientras que en 1999 esta relación era 5 a 1. En el año 2004, de los 266 nuevos casos de SIDA notificados, 86% fueron del sexo masculino, lo que implica una razón de 5,4:1, reflejando que la feminización de la epidemia persiste.

El grupo de edad más afectado es el de 25 a 39 años, que tiene el 58% de los casos de SIDA acumulados, lo cual sugiere que el contagio de la enfermedad se está dando en la población adolescente y joven del país, hecho que refuerza la importancia de concentrar los esfuerzos preventivos en este grupo poblacional, sobre todo porque este rango de edad representa a personas adultas en edades tanto reproductivas como productivas.

Desde que se inició la epidemia, la principal vía de transmisión ha sido la sexual, con mayor frecuencia entre los HSH (44,3%), seguido por heterosexuales (24,8%), y bisexuales (15,5%).¹⁵ A partir del año 2000, las notificaciones de nuevos casos de VIH/SIDA disminuyó cada año hasta la fecha, pero los expertos creen que hay subregistro. La transmisión entre hemofílicos y por transfusión sanguínea parece haberse interrumpido. Estas vías de transmisión han sido responsable del 3% de los casos, en tanto la transmisión perinatal 1,3%, y en usuarios de drogas intravenosas un 1%.

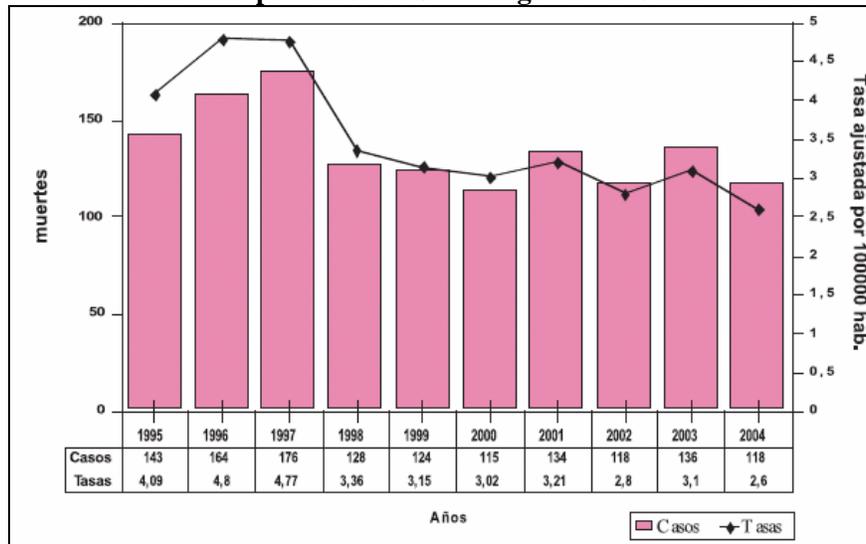
Según cifras del Ministerio de Salud el número de muertes por SIDA creció cinco veces en el período 1995-2003, con un pico en los años 1996 y 1997. La tasa de mortalidad ha tendido a bajar desde entonces (gráfico 2). Del total de muertes, el 78% fueron varones y 22% mujeres, en tanto el 53% del total fue en personas de entre 35 a 49 años de edad.

La tendencia después del año 1997 puede estar relacionada al hecho que el VIH/SIDA se identificó como prioridad nacional, se implementaron iniciativas para prevenir la enfermedad, y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), comenzó a proveer tratamiento con ARV, así como provisión de servicios especializados e integrales, en el tercer nivel de atención. Las iniciativas incluyeron: la obligatoriedad de reportar los casos, la implementación de la Ley General de SIDA, campañas de sexualidad responsable, la puesta en funcionamiento del Consejo Nacional de Atención Integral del

¹⁵ Unidad de Control del SIDA y las ITS, CCSS, noviembre, 2001.

VIH/SIDA y la oferta de servicios de salud integral con especial enfoque en las poblaciones de riesgo.

Gráfico 2. Mortalidad por casos de SIDA según año. Costa Rica. 1995-2004



Fuente: Unidad de Estadística, Ministerio de Salud, 2005

Vigilancia epidemiológica. Costa Rica carece de un sistema eficaz para recopilar los datos sobre la enfermedad. Como resultado, probablemente se subestiman las dimensiones y la complejidad de la epidemia. En general, poco se sabe acerca del VIH en las poblaciones móviles, en particular inmigrantes y en tránsito, quienes con frecuencia son indocumentados y por lo tanto no van a centros de salud, y otros grupos vulnerables. Por otra parte los registros generan intranquilidad en las PVVS o en quienes se han presentado voluntariamente para realizar pruebas del VIH por temor a la falta de confidencialidad.

El sistema de vigilancia epidemiológica para el HIV/SIDA recopila datos provenientes de las clínicas de VIH/SIDA y algunas instituciones privadas de todo el país. Esta recolección la realizan actualmente mediante una ficha epidemiológica en la cual se define un código de identificación, sexo, edad y lugar de residencia. Estas características definen al sistema como de vigilancia de primera generación y pasivo. La información del sistema no es del todo confiable porque se carece de un mecanismo estándar para general el código de identificación. Además, no se cuenta con intercambios de información acerca de la atención de los pacientes, por lo que algunos pacientes están registrados varias veces. Incluso se han detectado casos en los que se incorporaron casos hasta tres veces, sin que, como lo establece la norma, la prueba confirmatoria haya sido positiva.

Las pruebas diagnósticas se realizan en todas las clínicas y hospitales de la CCSS, entidad encargada de la atención a toda la población. Los exámenes también se realizan en laboratorio o clínica privada del país. La notificación de los casos positivos a la Dirección de Epidemiología es ahora obligatoria.

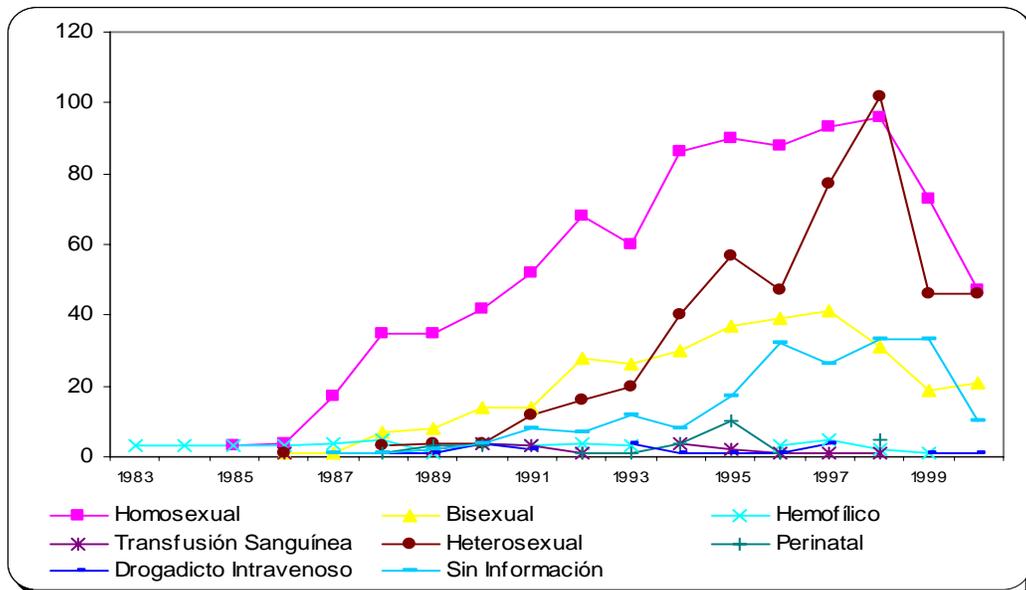
La mayoría de los casos detectados en niños, están relacionados a pacientes VIH positivas detectadas durante los cuidados prenatales.¹⁶ Si el niño se encuentra internado, el hospital tiene la potestad de realizar todo lo clínicamente necesario para mejorar su salud. Es decir, si detectan que es necesario realizar una prueba no se necesita el consentimiento de los padres para hacerla.

La falta de información es un obstáculo para la elaboración de programas y políticas que centren los esfuerzos en el VIH/SIDA y establecen las estrategias eficaces. Se requiere diseñar e implementar un nuevo protocolo, más confiable en la identificación de los pacientes a la vez que resguarde la confidencialidad. Que utilizando una plataforma tecnológica adecuada, genere un sistema integrado para registrar y consolidar todos los casos en el sistema de salud.

Grupos vulnerables

Como se muestra en el gráfico, desde 1983 hasta 1999, se han identificado en el país distintos grupos vulnerables. Aunque solo hay información sobre ciertos grupos, cabe resaltar que el espectro es más amplio y abarca numerosas poblaciones o grupos. Un estudio realizado por Schwab y otros, estimó que, en el año 2002, un 0,23% de la población vulnerable era portadora del HIV.¹⁷ Sin embargo, según ONUSIDA y el Ministerio de Salud la estimación de portadores de VIH sería cuatro veces superior.¹⁸

Gráfico 3. Casos de HIV según vía de transmisión. Costa Rica. 1983-1999



Fuente: Ministerio de Salud y el CCP-UCR

¹⁶ Servicio de Inmunología del Hospital Nacional de Niños.

¹⁷ Schwab N y otros. Optimizing the Allocation of Resources for HIV Prevention in Costa Rica, World Bank, 2004.

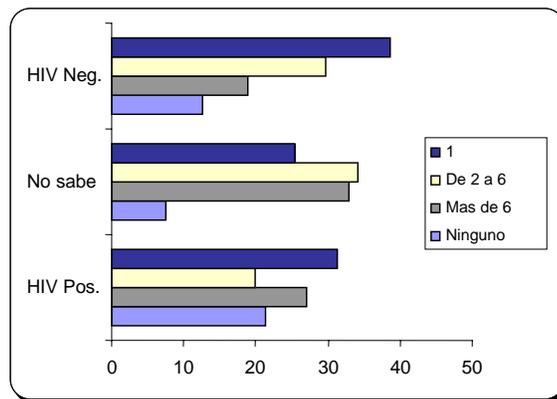
¹⁸ UNAIDS, Ministerio de Salud, “La situación del VIH/SIDA en Costa Rica, 2004.

Trabajadoras comerciales del sexo (TCS) En Costa Rica hay aproximadamente 8.750 mujeres TCS de las cuales 2.700 han consultado la Unidad de Control del ITS/VIH/SIDA de la CCSS y 0,8% estaban infectadas por el VIH/SIDA.¹⁹ Este unidad ha informado que de cada 100 trabajadoras del sexo que consultan, 6 tienen sífilis y 1 es VIH positivo, y que de cada 100 hombres trabajadores del sexo que consultan, 6 tienen sífilis y 7 son VIH Positivos.

Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) En Costa Rica, más de la mitad de los casos de SIDA durante el período 1998-2002 se produjeron en HSH. Un porcentaje significativo de ellos, también tenía relaciones sexuales con mujeres. Consecuentemente la tasa de infección en HSH afecta la tasa de infección en la población general. Según una encuesta acerca de prácticas sexuales y transmisión del VIH realizada en el año 2004, solo 49% de una muestra de 730 HSH, identificó correctamente métodos de prevención de la transmisión del VIH por vía sexual, y solo 47% refirió usar condón en sus relaciones sexuales.²⁰

Como muestra el gráfico 4, el 27% de las HSH que viven con VIH/SIDA ha tenido más de seis compañeros sexuales en los últimos seis meses. En este estudio, se determinó que ni la edad ni el grado de conocimiento sobre relaciones sexuales seguras eran variables determinantes de la práctica sexual, y que los hombres que desconocen su condición serológica, no sólo tenían más compañeros sexuales sino que también son los que tenían mayor número de prácticas sexuales de riesgo.

Gráfico 4. Número de compañeros sexuales en los últimos 6 meses en HSH según serología para VIH. Costa Rica. 2004



Fuente: CIPAC. HSH drogas, alcohol y sida en Costa Rica

Personas privadas de libertad En Costa Rica hay un total de 12.800 personas privadas de libertad. Una estimación realizada en el año 2004, sobre la base de pruebas voluntarias (los prisioneros no son sometidos sistemáticamente a este tipo de pruebas),

¹⁹ Programa VIH/SIDA e ITS de la CCSS, 2006.

²⁰ CIPAC, 2004. HIV/AIDS Drugs, Alcohol, and AIDS in Costa Rica.

sugiere una prevalencia de 0,03%.²¹ ONUSIDA determinó que entre las causas de propagación del VIH en este grupo altamente vulnerable se encuentran la práctica de compartir jeringas para la inyección de drogas intravenosas, relaciones sexuales, que en algunos casos son violaciones y el compartir agujas o pistolas para tatuajes.

Mujeres La incidencia del VIH/SIDA en mujeres embarazadas es de 0,2%. Mientras que en el año 2003 de 45 mujeres embarazadas infectadas con VIH/SIDA, hubo 7 niños que contrajeron la enfermedad. En el año 2004, de los 35 casos registrados dos niños resultaron infectados. Sólo el 11% de las mujeres entrevistadas en la Encuesta de Salud Reproductiva (ESR), realizada en 1999-2000 utilizaban condón, representando una disminución de un 5% comparado con la ESR de 1992. En las mujeres inmigrantes nicaragüenses incluidas en el la encuesta 1999-2000, solo 7% usaban condón.

Jóvenes vulnerables En el año 2004, la tasa estimada de la incidencia del SIDA en el grupo de 30 a 34 años de edad, fue de 17,4 por cada 100 mil habitantes, mientras en el grupo de 35 a 39, fue de 15,2 por cada 100 mil habitantes. Algunos elementos que determinan la vulnerabilidad de este grupo son:^{22, 23}

1. Inicio temprano de la actividad sexual sin protección. Según la Encuesta Nacional de Conductas de Riesgo (2001), la Región Huetar Norte exhibe el segundo más alto porcentaje de población adolescente que reportó haber tenido relaciones sexuales (33%) junto al más alto porcentaje de personas jóvenes que, teniendo actividad sexual nunca había utilizado métodos anticonceptivos (14%).
2. Explotación sexual comercial de niños, niñas y principalmente adolescentes.
3. Mayor incidencia de la pobreza en la población menor de 17 años.
4. Fenómeno creciente de deserción-expulsión escolar.
5. Adolescentes trabajadoras(es) expuestas(os) a la explotación laboral y riesgos asociados. Según la Encuesta Nacional de Conductas de Riesgo (2001), en la Región Huetar Norte fue donde, más adolescentes reportaron, después de la Región Brunca, trabajar sin que su empleador pagara su seguro social.
6. Movimientos migratorios que exponen a los jóvenes a mayores riesgos y a situaciones de exclusión social. Según datos de Instituto de Estadística y Censos, el 16% de los migrantes nicaragüenses son adolescentes (52.800) de los cuales solo 28.385 (poco más del 50%) se encuentra matriculados en el sistema de educación pública.
7. Poco acceso a servicios de salud. Además de las barreras por la actitud de las personas jóvenes, se agregan la falta de sensibilidad de los servicios de salud a las necesidades y particularidades de la población joven y la falta de conocimiento del derecho a la salud.

²¹ Schwab N y otros. Optimizing the Allocation of Resources for HIV Prevention in Costa Rica, The World Bank, 2004

²² UNFPA, Nuestra población: retos y oportunidades, 2003

²³ Valverde, Solano, Alfaro, Rigioni y Vega Encuesta Nacional sobre Conductas de Riesgo en los y las Adolescentes de Costa Rica, 2001

Niños Desde el año 2003, hubo 8 casos nuevos por año de niños infectados por VIH. En el año 2006 había 51 casos registrados en la Clínica del Hospital Nacional de Niños, con edades entre menos de un año y los 18 años. De ellos 26 eran niños y 25 niñas, el 94% de adquirió el VIH antes del nacimiento, uno era hemofílico, y su infección ocurrió fuera del país, en tanto en un 4% de los casos no se habían determinados el mecanismo de infección. Por grupos de edad, 21 casos eran niños de 0 a 4 años, con mayor concentración en la edad de 3 a 4 años; 27 tenían 5 a 11 años y 3 tenían 12 o más años. Las zonas con mayor número de casos son, San José (16 casos), Limón (9), Puntarenas y Alajuela (8 cada uno), Guanacaste y Heredia (4 cada uno), y Cartago (2). En el tratamiento, 48 de los pacientes están bajo terapia ARV, dos están por iniciar y en un caso, la familia no ha aceptado que se realice tratamiento. Los medicamentos para los niños son provistos en jarabe y se emplea el mismo esquema que el de los adultos.

Huérfanos De acuerdo a estimaciones 12% de los niños huérfanos perdieron sus padres debido al SIDA, Esta cifra que ha venido creciendo en los últimos años en 1995 se estimaba que los huérfanos por causa del SIDA eran el 3% de todos los huérfanos y llegó a 9% en el 2001.²⁴

Información de la población general acerca del VIH/SIDA.

La tabla 2 resume los hallazgos de diferentes estudios de percepción de la población sobre VIH y SIDA incluyendo estrategias e intervenciones para prevención y control.²⁵ La mayoría de los entrevistados conoce sobre la enfermedad y los mensajes de las campañas de prevención. Diez años de distribución de condones, la campaña del estado y los múltiples esfuerzos de las ONG y las agencias donantes, resultaron en un mayor conocimiento general sobre la enfermedad. Sin embargo, desde el año 2003, se observa la necesidad de incorporar elementos de manera más amplia y socialmente aceptable, como son las campañas de HSH, TCS y juventud. Algunos de estos temas son tabú en Costa Rica por su tradición cultural. Esto ha limitado la respuesta del Gobierno a la epidemia y son las ONG las que tradicionalmente han desempeñado la función preponderante en estos temas.

²⁴ UNICEF, UNAIDS, USAID. Informe Mundial: Niños al borde del abismo, 2002.

²⁵ AED/Futures y CID-Gallup 1997 y 2003. Proyecto Acción SIDA de Centroamérica; e Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO) y Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA de la CCSS y el Departamento de Educación Integral de la Sexualidad Humana (DEISH) del Ministerio de Educación Pública –Estudio sobre percepción de la población sobre HIV/AIDS.

Tabla 2. Estudios de percepción de VIH-SIDA en Costa Rica

Ejes	1997	2003	2005
Percepción General	La mayoría de costarricenses tiene algún conocimiento acerca del VIH/SIDA. El mayor número (83 por ciento) indica que sabe al menos algo sobre el tema y considera que es un serio problema en el país.	La mayoría de los participantes 61,5% considera que ha escuchado mucho sobre la enfermedad Un 34,4% considera que las TCS con VIH/SIDA se lo buscaron por su mal comportamiento	En términos generales nueve de cada diez personas saben que el VIH es un virus que ataca las defensas del organismo, que cuando una persona desarrolla el SIDA padecerá de un conjunto de enfermedades que le pueden causar la muerte. Un porcentaje importante de la población sigue considerando que el SIDA es una enfermedad de TCS (13%) o de homosexuales (16%).
Formas de prevención	La mayoría de ciudadanos, independientemente de las distintas características sociodemográficas evaluadas, considera que sí es posible protegerse contra el SIDA.	El 82,3% considera que las personas se pueden proteger contra el HIV	Tres cuartas partes aseguran que el uso del condón es una forma eficaz de prevenir la infección y 68% menciona que el VIH se puede adquirir por practicar el sexo oral sin protección. En este sentido, es importante recalcar que un poco más del 30% considera que lo anterior es falso o no sabe o reconoce las potencialidades del uso del condón en la prevención del VIH/ SIDA.
Campañas de prevención	Siete de cada diez costarricenses está muy de acuerdo con la idea de fortalecer los programas educacionales sobre el SIDA, tanto para jóvenes como para adultos. Se considera que los condones o preservativos deben estar disponibles a toda persona, uno de cada diez participantes se opone a esta medida.	El 68,8 % considera que los condones (o preservativos)deberían estar fácilmente disponibles para las personas que los quieren utilizar, incluyendo los/las adolescentes. Además el 72 % piensa que se deben organizar programas de prevención de SIDA con hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres	Destacan que en caso de que en Costa Rica se realice en el futuro alguna campaña de prevención del VIH/ SIDA, se hace necesario que se aborde desde la prevención, el autocuidado y las relaciones sexuales responsables (24%); que se desarrollen temas generales sobre el SIDA (18%) tales como causas y consecuencias, riesgos de infección, mitos, medicamentos, síntomas, etc.; incentivar e informar sobre el uso del condón (12%); promover la fidelidad, la monogamia y la abstinencia (11%); enfatizar en la educación sexual, la comunicación y la información (11%); tocar aspectos relacionados con la atención, ayuda y no discriminación de las personas que viven con el VIH (10%) y no perder de vista las formas de transmisión (9%)

Respuesta Nacional al VIH/SIDA

El primer caso de VIH se identificó en el año de 1985, pero no fue sino hasta el año 1997 que el Estado planteó medidas dirigidas a la prevención, cuidados y atención a los aspectos legales del tema. La respuesta nacional actualmente agrupa esfuerzos de ONGs y grupos de PVVS que gestionan y ejecutan proyectos y programas dirigidos a grupos vulnerables, y del Estado que lo hace a través del Ministerio de Salud y CCSS que provee tratamiento a través de clínicas de VIH/SIDA. Las agencias internacionales han apoyado con financiamiento para la ejecución de proyectos en áreas de investigación, divulgación y prevención, entre otros.

Las medidas adoptadas hasta el momento se dividen básicamente en dos categorías, prevención y atención. Tanto el gobierno como la sociedad civil han colaborado en ambas áreas. Los esfuerzos de prevención se han dirigido en grupos de población específicos y prácticamente no ha habido ningún programa de comunicación integral con respecto a las implicaciones y repercusiones del VIH dirigido en el público en general a un nivel nacional.

El Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA²⁶ (CONASIDA) actúa como la máxima autoridad a nivel nacional, encargada de recomendar las políticas y los programas de acción de todo el sector público. Como parte de los compromisos nacionales el Gobierno se promulgó la Ley para la atención al VIH/SIDA, estableció el Plan Estratégico, e incluyó el tema VIH/SIDA en el Plan Nacional de Salud 2002-2006. Además a través de la CCSS se suministra de medicamentos a nivel nacional. Esto hace que Costa Rica se destaque por contar con un sistema de acceso universal a salud que incluye al tratamiento antirretroviral.

MARCO LEGAL Y REGULADOR PARA LA RESPUESTA Y LA ATENCIÓN AL VIH/SIDA

La Ley General sobre VIH/SIDA fue publicada en 1998, producto de un proceso de análisis y negociación entre organizaciones gubernamentales y no gubernamentales sobre la necesidad de un marco legal para enfrentar la problemática del HIV/SIDA. La Ley define aspectos relacionados a educación, promoción de la salud, prevención, diagnóstico, vigilancia epidemiológica, cuidados a la salud e investigación sobre el VIH/SIDA. Además, trata de los derechos y deberes de los PVVS y los demás habitantes de la República.

²⁶ CONASIDA está constituida por el Ministerio de Educación, Ministerio de Justicia y Gracia, Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social, Universidad de Costa Rica, ONG, Personas Jóvenes, y personas portadoras del VIH/SIDA.

Tabla 3. Ley General sobre VIH/SIDA, artículos relacionados con la protección de los derechos de las PVVS, Costa Rica

Artículo 3: Se garantizarán el respeto de los derechos fundamentales de las personas infectadas.

Artículo 4: Se prohíbe toda discriminación contraria a la dignidad humana y cualquier acto estigmatizador o segregador en perjuicio de los portadores del VIH-SIDA, así como de sus parientes y allegados.

Artículo 5.- Las personas portadoras del VIH-SIDA tienen los derechos y las obligaciones consagrados en la Constitución Política, los instrumentos internacionales sobre derechos fundamentales ratificados por Costa Rica, los estipulados en la Ley General de Salud, esta ley y demás legislación relacionada con la materia.

Artículo 7.- La persona portadora de VIH-SIDA tiene derecho a asistencia médico-quirúrgica, psicológica y de consejería; además, a todo tratamiento que le garantice aminorar su padecimiento y aliviar, en la medida de lo posible, las complicaciones originadas por la enfermedad.

Artículo 8.- Las excepciones contenidas en la legislación, la confidencialidad es un derecho fundamental de los portadores del VIH-SIDA. Nadie podrá, pública ni privadamente, referirse al padecimiento de esta enfermedad, sin el consentimiento previo del paciente.

Artículo 10.- Se prohíbe toda discriminación laboral contra cualquier trabajador con VIH-SIDA. En caso de desarrollar alguna enfermedad que le impida continuar con sus actividades habituales, recibirá el trato establecido en la legislación laboral vigente.

Artículo 11.- No se puede solicitar pruebas ni dictámenes médicos sobre la portación del VIH como requisito de ingreso o permanencia en un centro educativo.

Artículo 36.- Las personas privadas de libertad que requieran atención sanitaria especializada debido a complicaciones causadas por la infección con el VIH y no puedan ser atendidas en el centro de reclusión, deberán recibir tratamiento ambulatorio, internamiento hospitalario o el que se necesite.

Artículo 38.- Se prohíbe la segregación, el aislamiento y las restricciones a las actividades laborales, deportivas, recreativas y de cualquier otra índole, en perjuicio de las personas privadas de libertad e infectadas por el VIH.

Artículo 44.- Se impone prisión de uno a tres años al trabajador de la salud, público o privado, o al encargado de la institución que se niegue, omita o retarde la atención sanitaria a una persona infectada por el VIH, sin perjuicio de otras responsabilidades en que pueda incurrir.

Artículo 48.- Quien aplique, disponga o practique medidas discriminatorias por raza, nacionalidad, género, edad, opción política, religiosa o sexual, posición social, situación económica, estado civil o por algún padecimiento de salud o enfermedad, será sancionado con pena de veinte a sesenta días multa.

Otras leyes, códigos y planes complementarios que garantizan el derecho a la salud y los derechos humanos y sobre la base de los cuales, se estructura la atención a las PVVS y las actividades de prevención; éstas son: la Constitución Política de la República de Costa Rica; la Ley General de Salud; el Código de Trabajo; el Convenio sobre la Discriminación (Empleo y Ocupación); el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José); la Ley Fundamental de Educación; la Ley Orgánica del Patronato Nacional de la Infancia; el Código Penal; el Código de Familia; la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social; la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer; el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador); la Convención sobre los derechos del niño; la Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer; la Ley de la Defensoría de los Habitantes; la Ley contra la Violencia Doméstica; la Ley Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad; el Código de la Niñez y la Adolescencia, el Reglamento a la Ley N° 7771; y la Ley sobre derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados. Los derechos incluidos en este marco legal se hacen efectivos en los tribunales ordinarios, la Sala Constitucional y la Defensoría de los Habitantes de la República.

La existencia de este marco regulador ha permitido visualizar las situaciones a las que se enfrentan las PVVS. Uno de los retos a los que se enfrenta la ley General de VIH/SIDA es la difusión de su alcance y su cumplimiento en los ámbitos institucionales, por ejemplo en el sector educativo donde no hay un plan institucional como lo establece la Ley y sus regulaciones. La ley requiere modificaciones en las sanciones a ser aplicadas a las personas que violen injustificadamente la confidencialidad de una PVVS. La regulación actual sólo impone una sanción a los trabajadores de salud, dejando sin pena esta misma acción cuando es realizada por otras personas.

La Ley también se contradice cuando protege la confidencialidad de las PVVS, pero establece la obligatoriedad de comunicar el diagnóstico a las personas con quienes se haya tenido contacto sexual para prevenir la transmisión del virus. Esto genera consecuencias personales para las PVVS, pero está justificado en la defensa de los derechos de otros, como está establecido en la Constitución.

Un estudio realizado por el Instituto Interamericano de Derechos Humanos señala que las PVVS y aquellas sobre las que se sospecha son VIH positivos enfrentan algunas formas de discriminación que violan los derechos humanos.²⁷ Entre ellas las siguientes: violencia física; negación de algún tipo de servicio; rechazo por los servicios de atención en salud; negación de cobertura de un seguro; expulsión de sus hogares por sus parientes; abandono de sus maridos en el caso de las mujeres infectadas; ser evitadas por amistades; despidos injustificado del trabajo; exclusión o negación al ingreso a una institución educativa; imposición de pruebas de detección al reclutar mano de obra o en el lugar de

²⁷ IIDH. Módulo para la promoción y defensa de los derechos a la igualdad, a la justicia, al desarrollo y al respeto de las personas que viven con SIDA 2003, p. 29

trabajo; notificaciones al Ministerio de Salud sin respetar el anonimato; redadas policiales y pruebas forzadas a TCS.

El Protocolo de Discriminación Arbitraria de ONUSIDA fue aplicado en Costa Rica como parte de este trabajo y los resultados se resumen a continuación y en anexo 1. Algunas áreas o formas de discriminación identificadas en el Protocolo de ONUSIDA no se han incluido en la tabla por falta de respuesta de los entrevistados.

Aun cuando existe un amplio marco legal, en la práctica existen formas de discriminación que se amparan bajo otras normas administrativas o legales, generando situaciones que solo pueden ser resueltas a través de la litigación. Según señala un dirigente de la Asociación Costarricense de Personas Viviendo con VIH/SIDA, la discriminación es producto de actitudes social en contra de las personas afectadas por la enfermedad porque tradicionalmente se ha asociado a la enfermedad con la homosexualidad.²⁸

Asistencia sanitaria. Los entrevistados declararon que, en la práctica, se presentan casos de discriminación que tienen que ver con la negación de tratamiento sobre la base del estado sexológico para el HIV. Se mencionaron casos de discriminación contra las mujeres VIH + cuando necesitan someterse a exámenes citológicos, en pacientes que padecen cáncer de cérvix y en procedimientos utilizados por algunos de los dentistas. Aunque estos casos se conocen entre las PVVS y los miembros de ONG, no son de conocimiento público, dado que se consideran difíciles de comprobar y por temor a una mayor discriminación. Se han encontrado casos aislados de realización de pruebas sin consentimiento debido a que en el pasado, en parte por en control del cumplimiento de la Ley general de Sida ejercido por ONGs y el Ministerio de Salud. Para el caso de las embarazadas se ha reforzado el concepto de que la prueba debe ser una decisión informada y tomada exclusivamente por la madre.

Empleo. Los casos más frecuentes tienen que ver con la práctica de pruebas obligatorias antes de la contratación o durante el desempeño del trabajo. Esto ocurre sobre todo en empresas multinacionales y se generan casos de despido o cambio en las condiciones de empleo por la condición de PVVS. Se mencionan casos en los cuales no se despide directamente al empleado por su condición, sino que se aduce reestructuración o cambios laborales.

Procesos jurídicos. En el año 2004 se presentó un caso, en donde El Tribunal de Casación Penal ordenó juzgar a un “bar tender” como sospechoso de tres delitos de propagación de enfermedad infectocontagiosa. El implicado supo en 1999, mediante una prueba de sangre que se realizó en el hospital de Golfito, que era portador del virus del sida. La Corte lo declaró inocente.

Prisiones. No existen indicios de que exista discriminación arbitraria en ninguno de los cinco aspectos considerados. Sin embargo, se comentó que los privados de libertad que son VIH+ corren riesgo de contraer otras infecciones debido al hacinamiento de las prisiones.

²⁸ Murillo, 2005

Entrada y/o residencia en un país. La legislación no establece provisiones que resulten en discriminación en ninguno de los dos aspectos explorados en esta área y no se encontraron indicios de que ocurra en la práctica. Sin embargo, la Ley de Migración establece de forma general el impedimento de entrada al país a personas con condiciones o enfermedades que puedan propagarse. Está claro también que es difícil aplicar este artículo a las personas que ingresan al país.

Vida familiar y reproductiva. No existe ninguna instrumento legal que establezca la obligación de pruebas prematrimoniales y prenatales. Tampoco existe el aborto o la esterilización obligatoria de las mujeres con VIH/SIDA. Los casos vistos en la práctica tienen que ver con divorcios, o presión psicológica de algunos médicos, ante mujeres seropositivas que puedan optar por ser madres y la recomendación médica las orienta hacia la esterilización.

Educación. No existe ninguna legislación que deniegue el acceso o establezca restricciones a la educación por razón del estado serológico de las personas. Si existen restricciones que impiden que los jóvenes tengan acceso a la información. En la actualidad, algunas instituciones no proporcionan a los jóvenes información, asesoría o insumos, como condones, sobre todo en lo que concierne a programas educativos formales.

Bienestar Social. No hay ningún instrumento legal que niegue o restrinja el acceso a prestaciones o beneficios sociales sobre la base del estado serológico para el VIH.

Vivienda. No existe legislación que obligue a realizar pruebas o que solicite declaración del estado serológico y o certificado de negatividad al VIH como requisito para acceder a viviendas o derecho de permanencia. Sin embargo, se realizaron consultas telefónicas con varias instituciones bancarias, a las que se les solicitaron los requisitos para la obtención de préstamos de vivienda para las persona VIH positivas y respondieron que se solicita la póliza de seguro del INS, la cual no cubre a las PVVS. Consecuentemente aunque no existe una negación directa, disponen de un instrumento con el cual se discrimina.

Seguros y otros servicios financieros. Desde 1999, el Instituto Nacional de Seguros, único asegurador público del país, no autoriza a las personas con infección VIH a adquirir una póliza de vida debido a que se afirma que el SIDA es una enfermedad con alta probabilidad de muerte.

Servicios públicos y otros. No existe ninguna ley que estipule la negación o restricción del acceso a otras instalaciones y servicios públicos por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA.

Respuesta a la discriminación arbitraria. Se han realizado esfuerzos para identificar las causas de la discriminación tanto a nivel gubernamental como en la sociedad civil. El Ministerio de Salud asesora y capacita a los funcionarios de las organizaciones públicas y a los prestadores de servicios de salud. La defensoría de los habitantes cuenta con un

especialista legal que trabaja con el tema de VIH/SIDA y se encarga de tramitar las denuncias. Además, el Gobierno han establecido vínculos con CONASIDA y en algunos casos se dan recomendaciones a los ministerios u organizaciones sobre el tema. En el sector no gubernamentales, se destacan Agua Nueva, ASOVIHSIDA, Ameritas y CIPAC, que cuentan con un sistema de consultas y denuncias telefónicas, que facilita el acceso de los PVVS y la población en general, lo que además reafirma el liderazgo de estas organizaciones en la defensa de los derechos de las PVVS.

EXPERIENCIAS EXITOSAS EN LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN GRUPOS VULNERABLES

Mientras los esfuerzos de prevención alcanzan toda la población nacional, mayor atención se centra en los grupos altamente vulnerables y vulnerables, incluyendo HSH, TCS y privados de libertad. Diversos proyectos promueven la prevención al proporcionar información, educación y comunicación a maestros, personal médico, PVVSH y sus familias, así como la población en general. Ellos usan diferentes sistemas de comunicación, incluyendo campañas de radio y televisión, talleres, cursos de entrenamiento, carteles y folletos que incluyen resultados estadísticos de la vigilancia epidemiológica. Además, hay proyectos que distribuyen los condones y proporcionan información acerca de la sexualidad humana. Una serie de proyectos proporcionan tratamiento integral a pacientes con el VIH y con SIDA, incluyendo la detección temprana de la enfermedad y pruebas de laboratorio a nivel nacional y con cobertura universal en los cuatro hospitales nacionales y 27 bancos de sangre. Los cuidados integrales incluyen atención psicológica para el paciente, la familia y los seres queridos, el tratamiento con medicamentos antirretrovíricos y el seguimiento adecuado. Dado los resultados del monitoreo, se establecieron los proyectos dirigido a identificar genotipos y resistencia a ARV. Hay proyectos que dan apoyo a través de la provisión de vivienda para los pacientes necesitan hogares o albergue para que reciban tratamiento en hospitales nacionales, y también ayuda económica para las familias para enterrar a los pacientes con SIDA que mueren.

Los proyectos relacionados con la promoción e integración social están centrados en las personas con VIH y sus familias, trabajadores, empresas y la población en general. Los proyectos incluyen talleres de derechos humanos y marchas de sensibilización. El objetivo es para que el público en general tome conciencia que las personas que tienen el VIH y deben ser aceptados por el resto de la sociedad. También hay proyectos para fortalecer la autoestima, las capacidades y las aptitudes de las PVVS para su inserción o reinserción al mercado del trabajo y economía.

El sistema de salud y la seguridad social ha establecido Unidades de Control de ITS/VIH/SIDA y clínicas de VIH/SIDA en cada hospital, proporcionando tratamiento directo a PVVS (diagnóstico, tratamiento y seguimiento) y entrena el personal a nivel nacional. Se ha reconocido como experiencias de éxito el trabajo de Hospital Nacional de Niños y el Hospital de México, que más abajo se detallan.

A continuación se resumen cuatro intervenciones con éxito que fueron analizadas por este estudio. Sería importante examinar también otros tres proyectos que se enfocan en la

atención para grupos vulnerables y que no fueron incluidos en el estudio:²⁹ (i) Programa VIH/SIDA, CCSS, (ii) Programas con Privados de Libertad, Ministerio de Justicia y (iii) Atención Integral al Adolescente, PAIA CCSS.

Manos a la Obra

El es llamado “Facilitando condiciones de vida saludables: jóvenes en situación de exclusión social en la prevención del VIH/SIDA”, y es también conocido en las comunidades como “Manos a la Obra”.³⁰ El objetivo del proyecto es contribuir a la disminución de la incidencia del VIH/SIDA entre jóvenes que viven en situaciones de exclusión social en comunidades seleccionadas, de acuerdo con la meta global del proyecto regional OPEC-UNFPA. Las actividades se focalizan en cinco comunidades fronterizas seleccionadas: Upala, Los Chiles, Guatuso, Coopevega y Ciudad Quesada, donde los jóvenes de 15 a 24 años representaban en 2000, el 18 a 20% de la población. De 1993 al 2002, se registraron 49 casos de VIH en esas comunidades.

El proyecto busca incrementar el compromiso y el apoyo hacia la prevención de ITS/VIH/SIDA en los adolescentes y jóvenes, entre las autoridades locales, regionales, y nacionales, líderes comunitarios, organizaciones no gubernamentales, de base comunitaria, redes locales, otros actores relevantes, adolescentes y jóvenes móviles o migrantes y residentes de las 5 comunidades. Además desarrolla experiencias innovadoras para la prevención efectiva y sostenible de ITS/VIH/SIDA en jóvenes y adolescentes de ambos sexos, especialmente los más vulnerables, documentadas, sistematizadas y diseminadas con el fin de ser replicadas y servir de aportes para la formulación de políticas públicas nacionales en la materia.

Los objetivos específicos son:

- Contribuir a la disminución de la incidencia del VIH/SIDA entre jóvenes que viven en situaciones de exclusión social en comunidades seleccionadas, de acuerdo con la meta global del proyecto regional OPEC.
- Apoyar la formulación de políticas dirigidas a los derechos, promover que la población costarricense conozca y ejerza sus derechos en salud sexuales y reproductiva (SSR), acceda a servicios de educación y salud sexual y reproductiva de calidad y participe en la toma de decisiones y vigilancia social sobre la calidad de los mismos.
- Facilitar procesos de sensibilización, capacitación, movilización, acción coordinada y sinérgica, entre otras, con actores sociales claves —incluyendo y resaltando las personas jóvenes— de los distintos ámbitos de acción comprendidos en la estrategia del Proyecto (local, regional y nacional), orientados a la transformación social, jurídica e institucional en materia de juventud, migración, SSR y prevención del VIH.

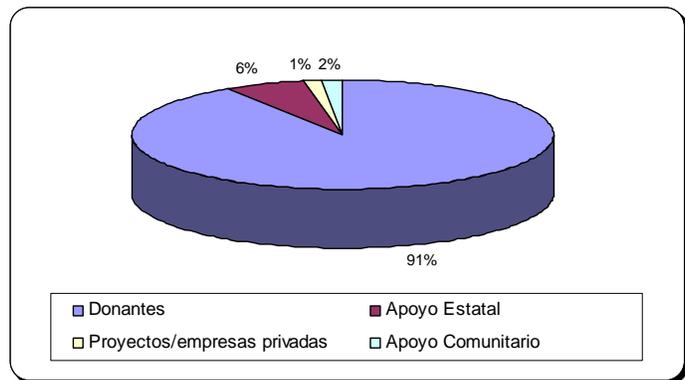
²⁹ Estos proyectos no fueron revisados porque no los responsables no estuvieron disponibles para poder hacer la evaluación correspondiente.

³⁰ “Manos a la Obra” fue el nombre construido y validado con los jóvenes participantes en el Proyecto.

Para alcanzar los resultados, resulta imprescindible desarrollar acciones y estrategias “alterativas” (no sólo alternativas) de la realidad institucional, social y comunitaria que permitan establecer y mantener aquellas condiciones necesarias para el desarrollo de estilos de vida saludables (especialmente en materia de SSR y prevención del VIH/SIDA) en la población juvenil (inmigrante y nacional), ubicada entre los 15 y los 24 años de edad, quienes, como jóvenes que son, no sólo son vistos como población beneficiaria sino como actores sociales y actores estratégicos del desarrollo.

Con el apoyo financiero del Fondo OPEC (Organización de Países Exportadores de Petróleo) para el Desarrollo Internacional, se aprobó un proyecto regional para la prevención del VIH/SIDA en América Central y el Caribe, con un componente a ser ejecutado en Costa Rica. La contraparte gubernamental del proyecto es el Vice-ministerio de Cultura, Juventud y Deportes.

El siguiente gráfico muestra los aportes realizados para la puesta en marcha, durante el año 2005, OPEC-UNFPA aportan la mayoría de los recursos dado que su financiamiento cubre los tres años de operación del proyecto; el apoyo estatal cubre un 6% de los aportes, los cuales se concentran principalmente en actividades de logística; proyectos-empresas privadas realizaron aportes de apoyo técnico y la participación comunitaria se concentró también en aspectos logísticos. El proyecto busca impulsar la adopción de convenios interinstitucionales para la sostenibilidad del proyecto cuando se termine el patrocinio de los donantes. El UNFPA tiene previsto dar seguimiento a estos convenios hasta diciembre de 2006, para lo cual se ha asignado un presupuesto.



Resultados

- Los resultados más importantes están directamente relacionados con la participación activa y central de las personas jóvenes en los procesos de prevención del VIH y el desarrollo de iniciativas institucionales de carácter educativo, recreativo y de los servicios de salud para la prevención del VIH y generar el compromiso político para apoyar esta labor en el ámbito local y nacional.
- Basándose en las prácticas que resultaron exitosas, el proyecto ha formulado una serie de recomendaciones al CONASIDA que brindan aportes y apoyo al proceso de formulación e implementación del Plan Estratégico en Costa Rica. Como respuesta a esta formulación se solicitó a los encargados del proyecto que propongan un plan de trabajo y desempeñarse como asesores de comité.
- El Proyecto ha tenido también una importante incidencia en la dimensión institucional, política y jurídica, presentando recomendaciones a entidades de alto

nivel, tales como, el Consejo de Gobierno, Consejo Social de Gobierno, Consejo Nacional de Atención Integral para el VIH/SIDA, Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, y otros. Estas recomendaciones han sido avaladas y acogidas (en mayor o menor medida) por dichas entidades. El proceso actual del desarrollo del Proyecto busca precisamente brindar asistencia técnica y seguimiento de los acuerdos para la ejecución de esas recomendaciones.

- Se han hecho las negociaciones para que otras organizaciones repliquen actividades que han resultado exitosas en este proyecto.

Contribución a la erradicación de Explotación Sexual Comercial de Niñas y Adolescentes Mujeres del Área Metropolitana de San José

Fundación para el desarrollo de la lucha contra el SIDA (FUNDESIDA)

La violación de los derechos de los niños y de los adolescentes mediante la explotación sexual, adquiere cada día mayor proporción y nivel de complejidad.

Mientras que la epidemia del VIH/SIDA se ha extendido a todos los sectores de la población, los niños, niñas y adolescentes que viven en una situación de violencia sexual son uno de los grupos más vulnerables a contraer ITS/VIH. Los niños abusados son más vulnerables porque es más probable que la penetración sexual por un adulto provoque desgarros o heridas, lo que facilita la transmisión del virus al organismo del niño/a.

En Costa Rica existe un subregistro de las cifras. Las niñas y adolescentes no acuden a los puestos de salud vergüenza. Además, las consultas médicas de atención del ITS/VIH no están diseñadas para brindar atención especializada a personas menores de edad involucradas en esta dinámica de violencia sexual. Los adultos que cometen abuso, por su parte, no tienen interés en que se conozca que un menor de edad está infectado, porque se haría evidente que el niño está sometido a explotación sexual. Por todos estos factores, se estima que cientos de niños, niñas y adolescentes son expuestos y no reciben tratamiento médico y por lo tanto con alto riesgo para el VIH/SIDA.

El proyecto surge con la necesidad de brindar una atención integral directa a las víctimas de tal explotación. Esta fue la primera experiencia nacional de atención directa a niñas y adolescentes mujeres.

El objetivo general del proyecto fue contribuir a la erradicación de la explotación sexual de niñas y adolescentes mujeres menores de 18 años de edad, en cuatro distintos cantones de la provincia de San José. El proyecto abarcó tres ejes de acción: atención, prevención, defensa y garantía.

Los objetivos específicos fueron:

- Difundir, garantizar y defender los derechos de las personas menores de edad, acorde a la legislación vigente.

- Crear condiciones para que las niñas y mujeres adolescentes reciban cuidados básicos en apoyo psicológico, salud, educación, recreación y alimentación de acuerdo a sus necesidades.
- Generar espacios de crecimiento personal.
- Promover y apoyar un proceso de educación primaria, secundaria, técnica y comercial.
- Desarrollar e implementar estrategias que sensibilicen a los distintos actores sociales, sobre el impacto negativo que produce la explotación sexual.
- Movilizar las fuerzas sociales para la desarticulación de redes que facilitan y promueven la explotación sexual de menores.

Este proyecto fue implementado por FUNDESIDA, y contribuyó a para poner en práctica el Plan SIDA Estratégico Nacional de VIH/SIDA. FUNDESIDA busca desarrollar programas y proyectos de investigación en VIH/SIDA para vigilar la epidemia, recopilar información confiable y actualizada para la toma de decisiones y crear nuevas estrategias de educación, información y entrenamiento. Es una fundación altamente especializada para desarrollar programas de investigación y proyectos para la prevención de la infección por VIH, educación, información, entrenamiento y toma de conciencia que se dirige a las poblaciones vulnerables. Esto incluye uso de los programas internacionales de ayuda para ayudar a fortalecer el trabajo realizado por el gobierno. La Fundación se centra en género y los derechos humanos.

FUNDESIDA se fundó en 1990. Desde su comienzo, FUNDESIDA ha llevado a cabo con éxito diferentes proyectos con organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Agencia Internacional para el Desarrollo, Banco Internacional para el Desarrollo, Louisiana State University School of Medicine – International Center for Medical Research and Training in Costa Rica (ICMRT-LSU), Comisión Económica Europea, Organización Internacional del Trabajo – Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (OIT/IPEC),

Las fuentes principales de financiamiento para el proyecto en Costa Rica fue el Programa Internacional para la Erradicación de Trabajos Infantil y la Organización Internacional del Trabajo. El proyecto ha trabajado, en coordinación con el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), y el Instituto Latinoamericano de Prevención y Educación en Salud (ILPES). Otros contribuyentes comprendieron Ticopager, que proporcionó busca personas para prestar mejor cobertura de servicio; Amnistía Internacional, que el proporcionó espacio de oficina para mantener las reuniones; la Unidad de Control de ITS/SIDA, que proporcionó el espacio físico para desarrollar actividades con niñas y las adolescentes; e INISA-UCR y el Laboratorio Clínico de la UCR, que ayudó a realizar exámenes de laboratorio.

El proyecto incluyó trabajos con nueve grupos de niñas de edad 8 a 13 y 14 a 17 durante 20 meses. En promedio, 15 participantes participaron en las reuniones celebradas una vez

a la semana. Cada sesión de trabajo duró dos horas, incluido el tiempo para crear una atmósfera relajada para proporcionar la atmósfera correcta para tratar el tema de la reunión. El proyecto también trabajó con educadores que son quienes están en el contacto diario con menores y deben prestar apoyo a niños en situaciones en las que son testigos de maltrato. En la mayoría de los casos, los educadores no han sido entrenados en ayudar a menores sometidos a abuso sexual, pero ellos comprenden que tienen la obligación para proteger su bienestar y el usar la ley para presentar demandas y prestar apoyo. Por este motivo, se estableció un módulo de sensibilización para entrenamiento a maestros y profesores. El proyecto también produjo manuales de adiestramiento para ayudar a la policía a tratar con situaciones que incluyan la explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes.

Resultados

Ejes de acción	Objetivo	Resultados
Atención	Crear condiciones para que las niñas y mujeres adolescentes reciban atención a sus necesidades básicas en apoyo psicológico, salud, educación, recreación y alimentación	Atención a 212 niñas Mapeo de focos de explotación sexual Las sesiones se realizaron en los espacios comunitarios Se realizaron visitas domiciliarias
	Generar espacios de crecimiento personal	Se estableció la consulta médica, con apoyo de enfermería y laboratorio
	Brindar atención a la salud física	Se establecieron acuerdos con distintas instancias, para plantear a las niñas y adolescentes distintas alternativas para su educación y capacitación
	Promover y apoyar un proceso de educación primaria, secundaria, técnica y comercial	
Prevención	Desarrollar e implementar estrategias que sensibilicen a los distintos actores sociales, sobre el impacto negativo que produce la explotación sexual en el ser humano	Se capacitó a un grupo de policías a nivel nacional. Se crea un módulo específico para esta población. Se capacitó a educadores del Área Metropolitana. Se crea Módulo de Sensibilización y Capacitación, específico para esta población.
	Movilizar las fuerzas sociales para la desarticulación de redes facilitadoras y promotoras de la explotación sexual de personas menores de edad.	Creación de espacios de discusión de la temática dirigido a comunicadores sociales (3 talleres). Se crea módulo de sensibilización dirigido a comunicadores sociales a fin de dar un trato a la noticia desde la perspectiva de los derechos humanos.
Defensa y garantía	Difundir los derechos que les garantiza la legislación vigente a las niñas y mujeres adolescentes	Talleres de sensibilización y capacitación a la población meta. Coordinación con el PANI. Coordinación de talleres de capacitación para la población meta con el INAMU.
	Garantizar y defender el ejercicio de sus derechos	Referencia de situaciones a la instancia rectora de protección y de vigilancia de que los derechos humanos se cumplan: PANI

Además, desde 1992, con el ICMRT se han desarrollado, estudios de incidencia y prevalencia de algunas ITS en poblaciones específicas. Estos proyectos generaron intervención, con diferentes instituciones gubernamentales, como: Ministerio de Salud, INCIENSA, Patronato Nacional de la Infancia (PANI), Instituto Latinoamericano de Prevención y Educación en Salud (ILPES), Ministerio de Justicia, Ministerio de

Seguridad, la CCSS, Universidad de Costa Rica, INISA y otras agencias locales. El trabajo realizado ha permitido desarrollar e implementar nuevas estrategias de acción para la prevención y atención del VIH/SIDA, fortaleciendo el trabajo realizado por el Programa Nacional de SIDA y, la Unidad Control del SIDA/ITS.

Reivindicación y orgullo por una vida sana

Centro de investigación y promoción para América Central de Derechos Humanos (CIPAC)

Este proyecto persigue no solamente resolver los factores personales relacionados con la salud, sino también los relacionados con la autoestima y el empoderamiento. De esta manera busca crear un lugar seguro en donde gays, bisexuales y travestís pueden recibir una educación sexual segura e integral en un contexto que no los discrimine. Su propósito es promover conocimientos, actitudes y prácticas sexuales seguras de hombres que tienen sexo con hombres, reducir su riesgo a contraer VIH y sensibilizarlos acerca de sus derechos y obligaciones. El proyecto fue lanzado en el año 2003 y finaliza en 2008.

Los objetivos específicos son:

Objetivos específicos (del proyecto) a lograr con los recursos incluidos en el presupuesto:

- Mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales seguras de HSH en el área metropolitana.
- Proporcionar información y apoyo y referir a servicios especializados a HSH.
- Monitorear el proceso de la apertura y la utilización de los servicios a HSH en el Centro
- Mejorar la oferta y adecuarla a las necesidades de la población a través de una línea telefónica y de Internet.

Metas para el primer año	Metas para el segundo año
<ul style="list-style-type: none"> • Creación del grupo de auto-apoyo para HSH • Construcción módulos de capacitación para HSH • Proveer información a 1350 HSH sobre el VIH/SIDA y referencia a servicios especializados. • Adecuación de espacio físico para atención y operación del Centro. • Establecer un número 800 para información y apoyo. • Diseño de investigación y herramienta de registro de datos de investigación de drogas y alcohol en HSH del área metropolitana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de 2 grupos de auto-apoyo para HSH • Desarrollar 2 manuales sobre temas como: auto – imagen, cuidado del cuerpo, ITS, VIH/SIDA, violencia, adicciones y similares • Realizar 16 talleres impartidos a HSH y población general • Apoyar 260 citas psicológicas • Responder 6.000 llamadas telefónicas • Proveer 2.600 horas de atención de la línea 800 • Implementar 8 talleres de capacitación para operadores de línea • Responder 4.000 consultas “on-line” (Internet) • Informes presupuestarios mensuales

El proyecto es implementado por el Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos (CIPAC). Esta es una organización sin fines de lucro, dedicada a promover los derechos de las poblaciones gay, lésbicas, bisexuales y de personas transgénero. También defiende el derecho fundamental a la salud. Es con este fin que el CIPAC ha fundado el Centro Cultural de la Diversidad Sexual de Costa Rica. Las metas del centro son:

- Fortalecer a las instituciones, organizaciones y/o grupos cuyas poblaciones metas sean, directa o indirectamente discriminadas a causa de la diversidad sexual.
- Incrementar los niveles de respeto, tolerancia y aceptación hacia las poblaciones de gay, lesbianas, bisexuales y personas transgénero.
- Promover la conciencia los derechos de estas poblaciones.
- Luchar por la incorporación de los derechos de estas poblaciones en la legislación, y en los mecanismos administrativos, que garanticen la igualdad en el acceso a los recursos y desarrollo en cada país de Centroamérica.

La fuente de financiamiento de este proyecto proviene del Fondo Mundial quien aporta aproximadamente US\$650.000 en 5 años. El MINSA, prestó apoyo a través del CTAMS y el CONASIDA, ONUSIDA brindó apoyo técnico para la redacción y presentación del proyecto, la CCSS, el Instituto de las Mujer, ASOVIHSIDA y el Instituto sobre el Alcoholismo y Fármaco-dependencia., fueron algunas de las instituciones que proporcionaron la asistencia técnica para la elaboración de protocolos a ser utilizado en la línea telefónica. Se planea generar vínculos con algunas instituciones como la Caja Costarricense del Seguro Social y PAIA, para que asuman, al finalizar los recursos del Fondo Mundial, la atención y consejería mediante la línea 800.

Resultados

Tabla 4. Resultados del Proyecto CIPAC

Indicadores del Proyecto	Línea base	Resultados
Uso de condón en HSH(base estudio del CIPAC 2001)	60%	75%
Número de HSH que han recibido capacitación formal o divulgación personalizada	145	1,181
Porcentaje de HSH que reportan el uso regular del condón	25%	45%
Actividades	Resultados	
Numero de HSH con acceso directo a información especializada, consejería y servicios sobre VIH/SIDA	1.631 HSH	
Numero de llamadas atendidas en la Línea de consejería gratuita	4.887 llamadas	
Número de consultas "en línea" atendidas	4.016 consultas	
Número de operadores/as de línea capacitados/as	45 personas	
Número de talleres de capacitación para operadores/as	10 talleres	
Grupos de auto apoyo operando	6 grupos con reuniones semanales	
Distribución condones	Más de 200.000	
Talleres sobre diversa temática para HSH	Más de 20 talleres	
Distribución material informativo	Más de 15.000 sobre uso del condón Más de 10.000 sobre VIH/SIDA	

La tabla 5 detalla las acciones estratégicas que tiene a su cargo CIPAC dentro del Plan Nacional Estratégico de Abordaje Integral del VIH/SIDA. El proyecto está directamente relacionado con la sección de Promoción y protección a la Salud.

Tabla 5. Acciones estratégicas a cargo de CIPAC dentro del Plan Nacional Estratégico de Abordaje Integral del VIH/SIDA.

Componente	Objetivo	Acción Estratégica	Objetivo	Presupuesto
Vigilancia Epidemiológica e Investigación	Disponer de manera oportuna y veraz de información epidemiológica para la toma de decisiones que permita orientar las acciones estratégicas para la atención integral del VIH/SIDA.	Investigación en grupos focalizados de residentes en cabeceras de provincia el impacto de las campañas de prevención del VIH/SIDA	Determinar si las campañas de prevención han modificado las prácticas sexuales en población BGLT, amas de casa y adolescentes, privados y privadas de libertad	¢32.640.000 (\$102.000) para 3 años
		Estudio del impacto socio-económico del VIH/SIDA en Costa Rica – 2004	Determinar los efectos sociales y económicos de la pandemia del SIDA desde 1,980 – 2,003 en Costa Rica	¢16.100.000 (\$50.470)
Promoción y Protección a la Salud	Generar un cambio de actitud en la población nacional en cuanto a la percepción social de la sexualidad, que permita introducir la protección y prevención sexual, como parte de su comportamiento, y de los deberes y derechos que esto implica.	Educación de 20,000, estudiantes en sexualidad-género y VIH/SIDA del área metropolitana de Costa Rica	Capacitar a estudiantes de colegios y escuelas públicas del área metropolitana de Costa Rica en educación sexual	¢19.750.000 (\$61.912)
		Promoción del derecho a la salud a través del sexo seguro en la sociedad civil con la participación activa en: -Días conmemorativos -Ferias -Festivales -Charlas sobre el tema -Sensibilización hacia la población PVVIH/SIDA y otros grupos vulnerables, para el período	Sensibilizar y concientizar a los y las habitantes de Costa Rica sobre la importancia del sexo seguro.	¢1.179.840 (\$3.687)
		Derecho a la salud y a la información por medio de Línea telefónica de consultas para HSH en VIH/SIDA.	Brindar un instrumento de apoyo, asistencia y referencias para la población de HSH de Costa Rica.	¢ 46.800.000 (\$146.708)
		Sensibilización a Inspectores de Trabajo del Ministerio de Trabajo hacia PVVIH/SIDA y otras poblaciones vulnerables sobre el derecho laboral	Capacitar y sensibilizar a los inspectores y las inspectoras de trabajo del Ministerio de Trabajo en VIH/SIDA y sus derechos laborales.	¢4.894.000 (\$15.294)
Prevención	Fortalecer las acciones de prevención a nivel nacional que permita reducir la incidencia de la infección y sus efectos económicos y sociales.	Promoción, uso y distribución masiva de 10,000 condones, en centros de socialización de HSH del área metropolitana	Concientizar a la población de HSH de la importancia de la protección y el uso del condón.	¢6.880.000 (\$21.250)

Trabajo de Pares

Asociación costarricense de personas que viven con VIH/SIDA (ASOVIH/SIDA)

Este proyecto, que comenzó en 2003, ofrece atención para PVVS por otras PVVS. Un diagnóstico del VIH positivo conduce a una nueva forma de vida, incluidos los retos significativos en el lugar de trabajo, en la familia y en el ambiente social. También hay efectos psicológicos considerables. El apoyo de las personas con la enfermedad que han podido hacer los cambios necesarios para mantenerse sanos, con modos de vida activos y esperanza en el futuro resulta una ayuda fundamentalmente para mejora su calidad de vida. Desde 2001, el trabajo de pares ha sido una de las actividades clave de ASOVIH/SIDA, junto con la formalización y sistematización del Consultorio de Atención Integrado para el VIH/SIDA del México del Hospital. Las reuniones nacionales se han celebrado desde 1997, y desde 2002 se organizaron los grupos de auto-apoyo. Hay ahora tres grupos en los cuales 25-45 PVVS participan semanalmente.

El proyecto busca lograr una adherencia sostenida de 80% de quienes estén bajo tratamiento antirretrovírico, aumentar su nivel de empleo y mejorar la capacidad de las PVVS de administrar las diferentes etapas de la enfermedad desde el momento saben que son el seropositivo, al conectarlos con personas en la misma situación de salud. Los objetivos específicos son los siguientes:

- Suministrar orientación e información a las PVVS y sus redes de apoyo (familiares y amigos básicamente)
- Crear espacios de confianza y comunicación
- Fortalecer la adherencia al tratamiento antirretroviral
- Desarrollar capacidades para la reinserción socio-económica
- Fortalecer la organización grupal para la solución de problemas identificados
- Generar condiciones para la consolidación del trabajo de pares en centros de salud, hogares de apoyo y con privados de libertad.

ASOVIH/SIDA está legalmente constituida desde 1997. La organización nació como una necesidad de algunas PVVS de empoderarse y empoderar a otras PVVS, con el fin mejorar la calidad de vida. Actualmente cuenta con 200 asociados. El proyecto contribuye a implementar el objetivo 4 del Plan Estratégico Nacional de VIH/SIDA: Proporcionar una atención integral al paciente con VIH/SIDA brindando el mejor tratamiento posible que le permita superar su condición de salud y reinserción social. Los indicadores del proyecto incluyen cambios en conocimientos y actitudes de las PVVS en relación a la enfermedad, la adherencia al TAR y a la proporción de PVVS que trabajan.

ASOVIH/SIDA recibe fondos provenientes del Fondo Mundial ofreciendo a cinco personas un subsidio económico para la ejecución del Proyecto Consolidación del Trabajo de Pares. Sin embargo, el alquiler del edificio y gastos de mantenimiento se financia con el aporte de unos pocos asociados y con donaciones, por lo que el trabajo realizado se lleva acabo de manera voluntaria. Se trabaja en el proceso de realizar

alianzas estratégicas con el personal de la CCSS al para que ésta se encargue del proyecto y ofrezca este servicio como parte integral del cuidado a la PVVS.

Resultados. En el año 2004 se realizó una encuesta diagnóstico de necesidades de las personas que viven con VIH/SIDA y la evaluación del trabajo de Pares y del personal de Salud. Es a partir de esta información que se describen los resultados del proyecto en las tablas 6, 7 y 8.

Tabla 6. Resultados del Censo de Diagnóstico en PVVS en Hospitales Rurales y Urbanos, 2004

	Sí	No	Total
Conocimiento de ASOVIIH/SIDA	113	55	168
Asesoría de pares	66	92	158

Fuente: ASOVIIH/SIDA

Tabla 7. Proporción de PVVS bajo cuidados

Años desde el diagnóstico	% PVVS
5 años o más	15,5%
4 años a 5 años	4,2%
2 a 4 años	11,9%
6 meses a dos años	2,4%
0 a 6 meses	6,4%

Fuente: ASOVIIH/SIDA

Tabla 8. Tareas desarrolladas por pares

Actividad	Porcentaje
Le informa sobre terapia ARV	39,3
Le inculcó la importancia de ser constante en el tratamiento integral de su estado de salud	37,5
Influye positivamente en su asistencia a citas médicas	37,5
Explica la importancia de atenderse con diferentes especialistas en salud	35,1
Le aclara dudas con respecto al TAR	33,9
Insiste en la importancia de asistir a las citas con los diferentes especialistas del área de la salud con absoluta regularidad	32,1
Le brinda información sobre su diagnóstico	31
Le aclara dudas con respecto a su condición de PVVS	30,4
Le apoya emocionalmente en momentos de crisis	29,8

Fuente: ASOVIIH/SIDA

TRATAMIENTO Y CUIDADO DE LAS PVVS

Los servicios de salud de Costa Rica ofrecen cobertura a todo las PVVS que solicite atención garantiza la triple farmacoterapia. La atención integral para las PVVS es prestada por cuatro hospitales nacionales y un hospital regional administrado por el CCSS. Este servicio cubre no solo los ciudadanos de Costa Rica, sino también los pacientes extranjeros que residiendo en Costa Rica tengan seguro de salud. Sin embargo, los niveles primarios y secundarios de atención de salud carecen de los recursos financieros y humanos para proporcionar cuidados integrales a la comunidad. Los médicos tratantes deben informar sobre el uso de los ARV a la CCSS. Los reglamentos para la Ley General para el VIH/SIDA determinan las condiciones, frecuencia y requisitos de tipo de estos informes.

La TAR es prescrita por médicos especializados en inmunología o enfermedades infecciosas. El paciente ve a al médico especialista quién determina si él o ella satisface los criterios para iniciar tratamiento según el protocolo. Las zonas rurales no tienen a especialistas en infección por el VIH/SIDA, lo que reduce el acceso al tratamiento de quién viven en zonas remotas. En el sector privado, las farmacias Fischel y el Hospital Cima cuentan con los medicamentos, pero, para acceder a ellos, se necesita una prescripción médica.

Uno de los temas mencionados por los pacientes que reciben TAR es la complejidad del régimen y los efectos colaterales de la terapia, que puede poner en peligro la adherencia o el resultar en un uso incorrecto de los medicamentos. Los esquemas de tratamiento para las mujeres embarazadas son lo mismo que para otros pacientes. No hay ningún estudio o referencias específicas para este grupo de población. Al menos 2% de madres que reciben el protocolo de prevención tienen niños seropositivos.

Registro. Los ARV deben registrarse en el Ministerio de Salud, mediante un trámite expedito. Los medicamentos deben haber sido aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos de América (FDA), o por el Committee for Proprietary Medicinal Products (CPMP) de la Unión Europea. El artículo 35 del Reglamento a la Ley General, indica que el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía, Industria y Comercio deben fiscalizar de manera regular el cumplimiento riguroso de las normas de calidad para la elaboración de los medicamentos en forma sistemática. En el mes de noviembre, de cada año, un informe sobre el cumplimiento de dichas normas, se presenta ante el Consejo Nacional de Atención Integral al VIH/SIDA.

Adquisiciones. Según lo establece el Artículo 7 de la Ley General para el VIH/SIDA, la CCSS es responsable de importar, comprar, mantener en existencia y suministrar directamente a los pacientes, los ARV para el tratamiento del VIH/SIDA. Sin embargo, los hospitales descentralizados, tienen la autoridad para adquirir los medicamentos que ellos necesitan, si no son provistos por el CCSS. Como en el caso del Abacavir y Saquinavir. La política actual es abastecer y reabastecer a los depósitos con suministros para 11 meses de los ARV. Los depósitos centrales en los hospitales tienen condiciones adecuadas para conservar y mantener ARV en condición segura.

Los medicamentos son seleccionados por un comité técnico. Las farmacias de CCSS compran nueve (9) medicamentos antirretrovíricos, seis (6) medicamentos genéricos y tres (3) medicamentos de marca. Estos medicamentos se administran en diferentes combinaciones, según se indica en tabla 9. La mayoría de los proveedores son de Costa Rica, seguido por India, Guatemala y México. Los primeros ofrecen, en su mayoría, medicamentos para el tratamiento de infecciones oportunistas y también de ARV. Algunos ejemplos son: el Fluconazol, Ketoconazol, Zidoduvina y Nistatina suspensión, que se distribuyen entre los laboratorios Gutis, Chemo y Raven.

La compra de los medicamentos se realiza según las prioridades del país y en seguimiento del Formulario Terapéutico Nacional, que es la lista oficial de los medicamentos que deben ser usados por los servicios de salud pública. La adquisición y la distribución de los medicamentos por la CCSS se enfrentan actualmente con problemas de eficiencia y organización interna de los procedimientos administrativos. Aunque los procedimientos se elaboran bien desde el punto de vista del control de calidad, no se llevan a cabo eficientemente. Por ejemplo, algunos proveedores que se han informado que sus productos no pasan las pruebas de control de calidad no tienen muchos medicamentos para reemplazarlos, un problema que ha conducido a una escasez de los ARV.

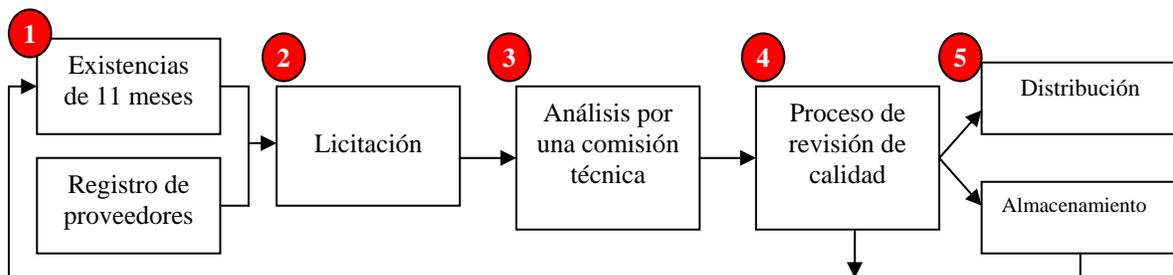
Tabla 9. ARV comprados por la CCSS

Medicamento	Descripción	Usuario	Uso
Didanosina 100 mg	Tabletas masticables y disoluble	Hospitales Nacionales y Especializados	Uso exclusivo de infectología e inmunología en el tratamiento del SIDA, en pacientes que cumplan los criterios de inclusión al protocolo y criterios definidos de resistencia posterior a utilizar esquema triasociado inicial.
Efavirenz 200mg	Cápsulas		
Estaduvina 40mg	Cápsulas		
Indinavir 400mg	Cápsulas		
Lamivudina 10mg	Solución oral		
Lamivudina 150 mg	Tabletas recubiertas con film	Hospitales Nacionales y Especializados HNN	Uso exclusivo de infectología e inmunología en tratamiento del SIDA
Nelfinavir 250 mg	Tabletas o tabletas recubiertas		
Ritonavir 100mg	Cápsulas de gelatina blanda		
Zidoduvina 50mg/5mL	Solución oral, jarabe. Frasco de 240mL		
Zidoduvina 100mg ó 300mg	Cápsulas	Hospitales Nacionales y Especializados	Uso exclusivo de infectología e inmunología en tratamiento del SIDA y en la prevención de la transmisión vertical (madre portadora a hijo)

Para la adquisición de los medicamentos se sigue el siguiente proceso (figura 2):

- Se mantiene un registro del nivel de existencias de los medicamentos. Cuando el registro muestran un nivel de 11 meses de cobertura o menor, la CCSS procede a realizar la compra. Se mantiene también un registro actualizado de los proveedores de medicamentos genéricos.
- La Oficina encargada de las compras pedirá libremente las cotizaciones a las empresas nacionales y extranjeras, inscritas en el registro de oferentes, y sus respuestas son consideradas ofertas formales si llenan los requisitos del caso. Para que las cotizaciones sean consideradas, las respuestas, deben presentarse dentro de los tres días hábiles siguientes al recibo de la solicitud de cotización.
- Una comisión técnica estudia las cotizaciones en términos de las mejores condiciones de calidad y precio. Ellos deben responsabilizarse por la selección realizada y por los daños y perjuicios que pudieran causar.
- Con esta información se procede a la adjudicación de la compra al proveedor y firma de contratos. En las últimas compras realizadas en el país se ha presentado un problema con la interpretación de la ley 6914, en términos de las revocatorias en las adjudicaciones. Esto ha provocado un incremento en los plazos de las entregas de 5,5 meses a 9 meses.
- Una vez que la droga es recibida, se procede a la revisión de calidad del medicamento. En el caso de no aceptarse, se inicia un nuevo el proceso; si por el contrario si es aceptada, se procede a almacenar y a distribuir.

Figura 2. Proceso de Compra de medicamentos



Costos de prevención y tratamiento. Según el Ministerio de Salud,³¹ el gasto en VIH/SIDA como proporción del PIB. se ha incrementado del 0,07% en e1998 a 0,08% en el año 2003. El gasto en VIH/SIDA como porcentaje del gasto público se ha reducido en ese mismo período, pasando de 1,06% a 0,60%, mientras que el gasto en VIH/SIDA como parte del gasto privado en salud se ha incrementado de 0,15% a 2,88%. Como se

³¹ Allen, P. Unidad de Gasto y Financiamiento. Dirección de Desarrollo de la Salud. Ministerio de Salud, 2004.

observa en la tabla 10, el programa de manejo de la sangre segura es el que consume la mayor parte de los recursos del presupuesto.

Tabla 10. Costos de prevención y tratamiento del VIH/SIDA, Costa Rica 2004

Intervenciones	Costo Unitario (US\$)
1. Manejo integral de las ITS	\$52.8
2. Información, Educación y Comunicación (IEC) en grupos de riesgo (HSH, TCS y PPL) con estrategias interpersonales	\$10.5
3. IEC en grupos de riesgo (HSH, TCS y PPL) por medios específicos	\$0.22
4. IEC en adolescentes con estrategias interpersonales	\$7.4
5. IEC en adolescentes por medios masivos	\$0.28
6. IEC en población general	\$0.40
7. IEC en niños, niñas y adolescentes en la calle y/o riesgo de exclusión social	\$9.0
8. Distribución gratuita de condones por canales públicos y ONGs	\$15.8
9. Mercadeo social del condón	\$0.60
10. Acceso a pruebas rápidas y consejería en VIH con enfoque de género	\$17.9
11. Prevención de la transmisión vertical del VIH	\$2,376
12. Sangre segura	\$147.0
13. Apoyo a la promoción y defensa de los derechos humanos de las PVVIH y sus familias	\$33.9
14. Apoyo a la promoción y defensa de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en explotación sexual, en la calle y/o riesgo de exclusión social	\$5.4

Fuente: Unidad de Estadística, Ministerio de Salud, 2004

Precio de los ARV Según información suministrada por el Departamento de Farmacoterapia de la CCSS, la compra de antirretrovirales significa casi un 5% del presupuesto total para medicinas de esta institución. El costo promedio del tratamiento de pacientes adultos es de US\$ 1.350 por año (tabla 11). Los costos han disminuido por las políticas de reducción de precios y la mayor disponibilidad de drogas genéricas. Los precios de los medicamentos genéricos han sido negociados desde que se introdujeron por primera vez en el país, incluyendo compras regionales para obtener precios más bajos. Sin embargo, los esquemas terapéuticos usados en Costa Rica se asemejan más a los de Sudamérica que a los de Centroamérica.

Tabla 11. Costo de Tratamiento según esquema, Costa Rica, 2006

Esquema	Producto	Dosis diaria	Precio \$	Costo \$
Esquema 1	Zidoduvina 100	6	0.06	0.36
	Lamivudina 150 mg	2	0.09	0.18
	Indinavir 400mg	6	0.2469	1.48
	Costo Diario			2.02
				Costo Anual
				737.81
Esquema 2	Zidoduvina 100	6	0.06	0.36
	Lamivudina 150 mg	2	0.09	0.18
	Nelfinavir 250 mg	9	0.509	4.58
	Costo Diario			5.12
				Costo Anual
				1,869.17
Esquema 3	Didanosina 100 mg	4	0.41	1.64
	Estaduvina 40mg	2	0.06	0.12
	Indinavir 400mg	6	0.509	3.05
	Costo Diario			4.81
				Costo Anual
				1,757.11
Esquema 4	Didanosina 100 mg	4	0.41	1.64
	Estaduvina 40mg	2	0.06	0.12
	Nelfinavir 250 mg	9	0.509	4.58
	Costo Diario			6.34
				Costo Anual
				2,314.47
Esquema 5	Zidoduvina 100	6	0.06	0.36
	Lamivudina 150 mg	2	0.09	0.18
	Efavirenz 200mg	3	0.53	1.59
	Costo Diario			2.13
				Costo Anual
				777.45
Esquema 6	Didanosina 100 mg	4	0.41	1.64
	Estaduvina 40mg	2	0.06	0.12
	Efavirenz 200mg	3	0.53	1.59
	Costo Diario			3.35
				Costo Anual
				1,222.75
Costo Promedio				1,350.79
Pacientes				2,000.00
Costo promedio total				2,701,580.00
Costo del Kaletra				370,788.00
COSTO TOTAL				3,072,368.00

Impacto del TLC en los ARV (CAFTA). Existen dos puntos de vistas respecto del efecto del TLC en el precio de los medicamentos. Un grupo considera que los convenios de propiedad intelectual encarecerían los medicamentos, mientras que otros sostienen que con relación al Acuerdo de la OMC sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual ADPIC el TLC solo ampliaría los plazos de registro. La primera posición considera que se impondría un monopolio de las compañías farmacéuticas productoras y comercializadoras que pone en riesgo el poder de adquisición de la CCSS de medicamentos genéricos. El problema se daría luego de al menos dos años al vencimiento de los actuales contratos, donde en la renovación de la patente entrarán a regir los derechos de propiedad, dejando fuera de mercado a los genéricos y encareciendo los tratamientos. En promedio el costo unitario de los medicamentos con patentes son mucho más caros que los genéricos, hasta 20 veces más caros en el ejemplo de la tabla 12 para medicamentos para enfermedades cardiovasculares. Un aumento de este tipo afectaría la capacidad de compra de la CCSS y en consecuencia la cobertura de TAR. Como ya se mencionó, otros creen que el TLC no es más que una extensión de los plazos planteados en el ADPIC. La tabla 13 presenta una comparación entre el TLC y las disposiciones del ADPIC 1996.

Tabla 12. Comparación de precios en dólares de dos medicamentos genéricos y patentes

Descripción	Precio genérico unidad	Precio patente unidad	Costo genérico anual	Costo patente anual
Enalapril	0,96	15	34.588.00	5.227.950,00
Amlodipino 5 mg	0,41	32,2	90.508.00	7.178.249,40

Fuente: Murillo. 2003³²

Tabla 13. Comparaciones entre el ADPIC y las disposiciones del TLC en el tema de medicamentos. Costa Rica

Disposiciones del ADPIC 1996	TLC 2006
Pueden patentarse las invenciones, sean de productos o de procedimientos, en todos los campos de la tecnología, siempre que sean nuevas, entrañen una actividad inventiva y sean susceptibles de aplicación industrial	
Pueden excluirse: los métodos de diagnóstico, terapéuticos y quirúrgicos para el tratamiento de personas o animales	No reconocimiento de patentes sobre técnicas quirúrgicas y métodos de diagnóstico
Se les confiere el derecho a impedir que terceros, sin su consentimiento, realicen actos de: fabricación, uso, oferta para la venta, venta o importación para estos fines del producto objeto de la patente	
Se permite el uso de la patente sin autorización del titular de los derechos, por parte del gobierno o por terceros autorizados por este, en casos excepcionales	Aplicación de licencias obligatorias determinadas por nuestras autoridades de salud
Duración de la protección de la patente por un período de 20 años contados desde la fecha de presentación de la solicitud	Protección de la patente de 20 años a partir de la primera solicitud No se acepta nueva información clínica que pretenda extender los plazos de protección
Las personas físicas y jurídicas tendrán la posibilidad de impedir que la información que esté legítimamente bajo su control se divulgue a terceros o sea adquirida o utilizada por terceros sin su consentimiento de manera contraria a los usos comerciales honestos	La información que se encuentra en el dominio público, no se considera información no divulgada Nueva información no se acepta para segundos usos clínicos
La presentación de datos de pruebas u otros no divulgados cuya elaboración suponga un esfuerzo considerable protegerán esos datos contra todo uso comercial desleal	Las autoridades pueden dar a conocer los datos que se han presentado como información no divulgada con base al beneficio público. Reconocimiento a los datos de prueba por 5 años
Se permite la utilización de las entidades químicas patentadas para formalidades de registro, siempre que la comercialización del nuevo producto se de una vez caducada la protección sobre la patente	La información no divulgada pueda ser utilizada antes de la expiración de la patente del medicamento original con fines de registro, para permitir la producción de genéricos, facilitando su entrada al mercado, inmediatamente al vencimiento de la patente
No hay prohibición a las importaciones paralelas: aprovisionamiento del medicamento, comprándolo a países donde el precio de este sea menor	Se conservan las importaciones paralelas

Fuente: CCSS, Departamento de Farmacoterapia

³² G Murillo. El ALCA y el acceso a los medicamentos para las personas que viven con VIH/SIDA, 2003

Referencias

Aggleton, P., Parker, R., Malawa, M. *Stigma, Discrimination, HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean*. IADB: Washington DC, 2003.

Allen P. Unidad de Gastos y Finanzas, Oficina de Desarrollo de Sanitario, Ministerio de Salud, 2004

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, Ley General de VIH/SIDA. Costa Rica.

Banco Mundial (The World Bank). HIV/AIDS in Central America: Epidemic and Priorities for STD Prevention) *VIH/SIDA en Centroamérica: La Epidemia y Prioridades para su Prevención*. Latin American and Caribbean Bank, Global HIV/AIDS Program, Septiembre 2003.

Caja Costarricense del Seguro Social (Costa Rican Social Security Office) Official Catalog of Medications. Department of Pharmacotherapy, Costa Rica, 2004.

CDC, Programa Global de SIDA para Centro América, Perfil del Programa, 2004

CID/Gallup, Study on AIDS, Costa Rica, 1997.

IIDH. Human Rights and HIV/AIDS: Jurisprudence of the Inter-American System and a Comparative Analysis of the Legal Framework regarding HIV/AIDS in the Central American Countries, *Juridisprudencia del sistema interamericano y análisis comparativo del marco jurídico interno relativo al HIV/AIDS en los países centroamericanos*. IIDH, Costa Rica, 2005.

IIDH. Módulo para la prevención y defensa de los derechos a la igualdad, a la justicia, al desarrollo y al respeto de las personas que viven con Sida, 2003, pag. 29

Ministerio de Salud. “The Situation of HIV/AIDS in Costa Rica” *La situación de HIV/AIDS en Costa Rica*. Costa Rica, 2004.

Ministerio de Salud. “Regulation for Registration, Monitoring, Importance and Publicity for Medications” *Reglamento de Inscripción, control, importación y publicidad de medicamentos*. Costa Rica, 2000.

Murillo, Guillermo. *ALCA and Access to Medications of people who live with HIV/AIDS*. El ALCA y el acceso a medicamentos para las personas que viven con HIV/AIDS. 2005

PAHO. Integral Central American Meeting and Access to Antiretrovirals. Costa Rica, 2004.

Plan Estratégico para VIH/SIDA, 2001-2004. Costa Rica.

Schawb N, y otros. Optimizando la asignación de los recursos para la prevención de VIH en Costa Rica, Banco Mundial, 2004

Reporte de las respuestas por país sobre los compromisos asumidos en UNGASS. Costa Rica, 2005.

UNAIDS, Protocol for the identification of discrimination against people living with HIV, UNAIDS Best Practice Collection, UNAIDS, Geneva, 2000. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/jc295-protocol_en.pdf?preview=true

UNFPA, Nuestro Pueblo: Desafíos y Oportunidades, 2003.

UNICEF, UNAIDS, USAID. (Children at the Edge of the Abyss) Niños al borde del abismo. 2002

Valverde, Solano, Alfaro, Rigioni y Vega, Encuesta Nacional sobre Riesgos de la Conducta en los Adolescentes en Costa Rica, 2001.

Vargas Ruiz, Rodrigo. Knowledge about HIV/AIDS by the Costa Rican Population *Conocimientos sobre VIH/SIDA de la población costarricense*. Idespo, Costa Rica, 2005.

**Anexo 1. Hallazgos y evidencias provenientes de la encuesta sobre discriminación,
Costa Rica. 2006**

Área	Hallazgo	Evidencia
I. Asistencia sanitaria (AS)		
Denegación de tratamiento por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ocurre en la práctica	A pesar de que se observó que existía evidencia no se hizo referencia a ningún caso específico.
Tratamiento diferente por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA	Ocurre en la práctica	
Realización de pruebas del VIH sin conocimiento.	Ocurre en la práctica	
II. Empleo (E)		
Pruebas obligatorias antes de la contratación. El Código de trabajo en Art. 71 in. f, faculta al patrono a solicitar examen médico y pruebas de laboratorio.	Ocurre en la práctica Esta estipulado por la Ley de HIV/SIDA la privacidad en cuanto a realización de las pruebas.	A pesar de que se observó que existía evidencia no se hizo referencia a ningún caso en específico.
Preguntas relacionadas con el estado serológico respecto al VIH/SIDA y/o el "modo de vida" en los formularios o durante la entrevista de reclutamiento.	Ocurre en la práctica	
Despido o cambio(s) en las condiciones de empleo, por razón de estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ocurre en la práctica	
Restricciones por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA (por ej., ascensos, ubicación del trabajo, formación y/o prestaciones laborales).	Ocurre en la práctica	A pesar de que se observó que existía evidencia no se hizo referencia a ningún caso en específico.
Denegación de empleo por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ocurre en la práctica	
III. Justicia/procesos jurídicos (J)		
Creación de delitos criminales específicos en caso de la transmisión deliberada del VIH/SIDA.	Estipulado por ley y en reglamentos, sin embargo esto ocurre en la práctica.	A pesar de que se observó que existía evidencia no se hizo referencia a ningún caso en específico.
VII. Educación (ED)		
Restricciones impuestas en un contexto educativo por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA (por ej., segregación).	Ocurre en la práctica	A pesar de que se observó que existía evidencia no se hizo referencia a ningún caso en específico.
VIII. Vida familiar y reproductiva (VF)		
Pruebas prenatales obligatorias.	Ocurre en la práctica	A pesar de que se observó que existía evidencia no se hizo referencia a ningún caso en específico.

Anexo 2. Formulario para Selección de experiencias exitosas

Nombre de la institución:	
Participación por:	
<input type="checkbox"/> Programa <input type="checkbox"/> Proyecto	
País:	Tipo de abordaje:
Región:	<input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Mitigación del daño <input type="checkbox"/> Legal en función de derechos humanos <input type="checkbox"/> Género <input type="checkbox"/> Otro (señale):
<input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural	
A. DATOS GENERALES DE LA ORGANIZACIÓN QUE LLEVA A CABO LA EXPERIENCIA EXITOSA	
1. Tipo de organización:	2. Año de constitución: <input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Organización comunitaria <input type="checkbox"/> Organización no-gubernamental <input type="checkbox"/> Organización gubernamental <input type="checkbox"/> Sector privado <input type="checkbox"/> Asociaciones <input type="checkbox"/> Otra (por favor indique):	3. Descripción de la organización: Reseña histórica Objetivos Personal
B. DATOS DEL PROYECTO-PROGRAMA	
Nombre del proyecto:	
1. Tipo de abordaje:	2. Año de inicio: <input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Mitigación del daño <input type="checkbox"/> Legal en función de derechos humanos <input type="checkbox"/> Género <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	3. Año final: <input style="width: 100px;" type="text"/>
	4. Descripción del proyecto: Reseña histórica Objetivos Personal

5. Población beneficiada:	
<input type="checkbox"/> Trabajadoras/es Comerciales del Sexo	<input type="checkbox"/> Privados de Libertad
<input type="checkbox"/> Grupos Indígenas y Afro-descendientes	<input type="checkbox"/> Jóvenes vulnerables
<input type="checkbox"/> Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	<input type="checkbox"/> Huérfanos
<input type="checkbox"/> Grupos migratorios en regiones afectadas y damnificados directos por causa de la epidemia.	<input type="checkbox"/> Agentes comerciales
<input type="checkbox"/> Uniformados (Ejército y policía)	<input type="checkbox"/> Trabajadores de maquiladoras
	<input type="checkbox"/> Otro (especifique):
6. Fuentes de financiamientos:	
7. Resultados explicando porque se considera una experiencia exitosa:	
<ul style="list-style-type: none"> • Impacto • Cobertura • Acceso • Características particulares, innovación, permanencia, metodología. <p>Estos datos deben contener indicadores de éxito cuanti-cualificables y demostrativos. Se pueden adjuntar archivos, panfletos, muestras de trabajo, etc.</p>	
8. Perspectivas del proyecto para el futuro:	
9. Relación con el plan estratégico de país en el área de SIDA	
10. Fuente (s) de financiamiento.	
11. Relación con la problemática del SIDA. ¿Qué relación tiene con la dimensión y severidad de la problemática del VIH/SIDA en el país?	
<p>Contacto: Nombre del contacto: Dirección: Tel(s): Fax: e-mail: Página web:</p>	

Anexo 3. Formulario para Evaluación de Discriminación

Preguntas del Anexo 5 de UNAIDS

1. ¿Existen acuerdos o foros de comunicación que luchen contra la discriminación?
2. ¿Existen entidades para la defensa de los DDHH?
3. ¿Existen ONG cuyo objetivo sea la defensa de los DDHH de las PVVS?
4. ¿Grado de coordinación entre las entidades que defienden los DDHH?
5. ¿Existen campañas de información y educación orientadas al combate de la discriminación?

Personas Entrevistadas Sobre Discriminación

- Fernando Cano, PASCA, Guatemala
- Janeth Flores, Comisión Nacional de Derechos Humanos, Honduras
- Alexia Alvarado, PASCA y Presidente de la Alianza para la Legislación, El Salvador
- Karla Aburto, Consejera de VIH/SIDA, Nicaragua
- Eda Quirós, Directora de Salud de Recursos Humanos, Ministerio de Salud, Costa Rica
- Maite Cisneros, Ombudsman, Panamá

Anexo 4. Resumen de experiencias exitosas

Institución	Proyecto	Inicio	Orientación	Población beneficiada	Zona
Fondo de población de las Naciones Unidas	Facilitando condiciones de vida saludables: jóvenes en situación de exclusión social en la prevención del VIH/SIDA, conocido también en las comunidades como "Manos a la Obra"	2002	Prevención, derechos humanos, género, inmigrantes	Jóvenes que viven en situaciones de exclusión social	Urbana y rural
Fundación para el desarrollo de la lucha contra el SIDA	Contribución a la erradicación de Explotación Sexual Comercial de Niñas y Adolescentes Mujeres del Área Metropolitana de San José	1998	Atención integral, género y atención	Jóvenes vulnerables y niñas y adolescentes mujeres en condiciones de violencia sexual	Urbana y rural
Centro de investigación y promoción para América Central de Derechos Humanos	Reivindicación y orgullo por una vida sana.	2003	Prevención	Hombres que tienen sexo con hombres	Urbana y rural
Asociación costarricense de personas que viven con VIH/SIDA	Trabajo de Pares	2003	Atención	PVVS	Urbana y rural

Anexo 5. Marco Lógico del Proyecto “Facilitando condiciones de vida saludables: jóvenes en situación de exclusión social en la prevención del VIH/SIDA”(“Manos a la Obra)

Resultado	Indicador	Sub-Indicador	Metas
1. Mayor compromiso y apoyo para la prevención del VIH/SIDA entre los jóvenes, por parte de legisladores, autoridades locales, líderes religiosos, habitantes de las comunidades y otros actores importantes, particularmente en las áreas de trabajo del proyecto.	Número de actores claves comprometidos en el apoyo a la prevención del VIH/SIDA entre jóvenes en las áreas del Proyecto.	Cantidad y tipo de actores claves involucrados en las acciones del proyecto que están comprometidos con el apoyo a la prevención del VIH/SIDA entre jóvenes.	1. Equipos comunitarios (intersectoriales, interinstitucionales, intergeneracionales) compuestos por al menos 10 personas capacitados y sensibilizados ejecutando acciones de prevención del VIH/SIDA entre jóvenes. 2. Al menos 5 autoridades políticas, institucionales y organizacionales de los ámbitos regional y local apoyando las acciones de prevención del VIH/SIDA propuestas por el Proyecto.
	Número de puntos favorables para la prevención del VIH/SIDA entre jóvenes dentro de las políticas.	Cantidad y tipo reformas legales e institucionales propuestas hacia la prevención del VIH/SIDA entre jóvenes.	Equipos comunitarios (intersectoriales, interinstitucionales, intergeneracionales) compuestos por al menos 10 personas capacitados y sensibilizados ejecutando acciones de prevención del VIH/SIDA entre jóvenes.
2. Capacidades locales fortalecidas para la provisión de información, educación y servicios amigables a las y los jóvenes, y dirigidos a la prevención del VIH/SIDA, principalmente a través del entrenamiento, fortalecimiento y apoyo de redes, así como el desarrollo y distribución de materiales.	Porcentaje de facilidades para el cuidado de la salud brindando consejería y servicios amigables para jóvenes en materia de VIH/SIDA en las áreas del proyecto.	Acciones comunitarias demostrativas ejecutadas en prevención del VIH/SIDA entre jóvenes.	Al menos una acción comunitaria demostrativa en prevención del VIH/SIDA entre jóvenes desarrollada por cada Equipo Comunitario con la participación de jóvenes.
	Porcentaje de facilidades para el cuidado de la salud brindando consejería y servicios amigables para jóvenes en materia de VIH/SIDA en las áreas del proyecto.	Propuestas elaboradas para la resolución de vacíos, situaciones adversas o violación de derechos en las áreas de participación social juvenil, servicios amigables en SS/SR, prevención del VIH/SIDA e inclusión social.	Al menos 5 propuestas elaboradas para la resolución de vacíos, situaciones adversas o violación de derechos.
	Porcentaje de jóvenes satisfechos con los servicios y la consejería en VIH/SIDA.	Porcentaje de jóvenes participantes en las acciones de prevención del VIH/SIDA desarrolladas por el Proyecto y los Equipos Comunitarios que se encuentran satisfechos con las actividades educativas y de consejería en VIH/SIDA propuestas.	Al menos 80% de las y los jóvenes participantes en las acciones de prevención del VIH/SIDA desarrolladas por el Proyecto y por los Equipos Comunitarios se muestran satisfechos con las actividades educativas y de consejería en VIH/SIDA.

Resultado	Indicador	Sub-Indicador	Metas
	Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes en las áreas del proyecto que pueden señalar al menos 3 maneras de prevenir la infección por el VIH.	Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes participantes en las acciones de prevención del VIH/SIDA desarrolladas por el Proyecto y por los Equipos Comunitarios que pueden mencionar al menos 3 formas de prevenir la infección por el VIH.	No menos del 80% de los jóvenes participantes (hombres y mujeres) en las acciones de prevención del VIH/SIDA desarrolladas por el Proyecto y por los Equipos Comunitarios puede mencionar al menos 3 maneras de prevenir la infección por el VIH.
	Número de materiales de IEC para jóvenes sobre temas relacionados con la prevención del VIH/SIDA que han sido producidos y distribuidos.	Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes participantes en las acciones de prevención del VIH/SIDA desarrolladas por el Proyecto y por los Equipos Comunitarios que pueden mencionar al menos 3 formas de prevenir la infección por el VIH.	<ul style="list-style-type: none"> - 4 diferentes cuñas radiales. - 2 tipos diferentes de afiches con mensajes de prevención del VIH/SIDA - 2 tipos diferentes de folletos (desplegables) informativos y educativos.
3. Experiencias innovadoras para una efectiva y sostenible prevención del VIH/SIDA, especialmente entre jóvenes vulnerables, documentadas y dadas a conocer para su replicación.	Número de reportes, documentos, y publicaciones que reflejen el interés y compromiso demostrado de abordajes innovadores en prevención del VIH entre jóvenes vulnerables.	Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes participantes en las acciones de prevención del VIH/SIDA desarrolladas por el Proyecto y por los Equipos Comunitarios que pueden mencionar al menos 3 formas de prevenir la infección por el VIH.	Al menos un documento de sistematización por cada comunidad y ámbito regional que integre las experiencias y mejores prácticas en prevención del VIH/SIDA entre jóvenes.



Para mayor información favor de contactar:

**Departamento de Desarrollo Humano
Región de América Latina y el Caribe**

Banco Mundial
1818 H St. NW,
Washington, DC 20433

Tel: +1 202 458 9730

Fax: +1 202 614 0202

mbortman@worldbank.org