

# NOTA CONCEPTUAL ESTÁNDAR

## Inversiones de mayor repercusión contra el VIH, la tuberculosis o la malaria

En la nota conceptual se resumen las razones que fundamentan las inversiones del Fondo Mundial. Toda nota conceptual debe describir una estrategia y estar respaldada por datos técnicos que demuestren la efectividad del enfoque. Tomando como referencia la estrategia nacional de salud y el plan estratégico nacional de la enfermedad, la nota conceptual prioriza las necesidades de un país dentro de un contexto más amplio. Además, describe la forma en que la ejecución de las subvenciones resultantes puede maximizar la repercusión de la inversión: llegando al mayor número de personas y logrando los mayores beneficios posibles sobre su salud.

Una nota conceptual se divide en las secciones siguientes:

**Sección 1:** descripción de la situación epidemiológica del país, incluidos los sistemas sanitarios y las barreras de acceso a los mismos, al igual que la respuesta nacional.

**Sección 2:** información sobre el panorama nacional de financiamiento y sostenibilidad.

**Sección 3:** solicitud de financiamiento al Fondo Mundial, que debe incluir un análisis de las deficiencias programáticas, los fundamentos de la solicitud, y la herramienta modular.

**Sección 4:** acuerdos de ejecución y evaluación de riesgos.

**NOTA IMPORTANTE:** Para rellenar esta plantilla, los solicitantes deben consultar las instrucciones de la nota conceptual estándar.

## RESUMEN GENERAL

### Información del solicitante

País	Costa Rica	Componente	VIH
Fecha de inicio de la solicitud de financiamiento	Q2, 2015	Fecha de finalización de la Solicitud de financiamiento	Q2,2018
Receptor(es) Principal(es)	Instituto Humanista para la Cooperación con los países en desarrollo (Hivos)		

### Tabla de resumen de la solicitud de financiamiento\*



En la plataforma de gestión de subvenciones en línea se generará automáticamente una tabla de resumen de la solicitud de financiamiento de acuerdo con la información presentada en la tabla de deficiencias programáticas y en la herramienta modular.

## SECCIÓN 1: CONTEXTO DEL PAÍS

En esta sección se solicita información sobre el contexto del país, lo que incluye la epidemiología de la enfermedad, el estado de los sistemas de salud y los sistemas comunitarios, y la situación en materia de derechos humanos. Esta descripción es fundamental para justificar la elección de las intervenciones apropiadas.

### 1.1 Contexto de la enfermedad en el país y de los sistemas de salud y comunitarios

Tomando como referencia la información epidemiológica más reciente y el análisis de portafolio proporcionado por el Fondo Mundial, destaque lo siguiente:

- a. Epidemiología actual de las enfermedades y su tendencia, así como cualquier variación geográfica significativa que afecte al riesgo de padecer estas enfermedades o a su prevalencia.
- b. Poblaciones clave que puedan tener un acceso desproporcionadamente bajo a los servicios de prevención y tratamiento (y, en el caso del VIH y la tuberculosis, la disponibilidad de servicios de atención y apoyo) y factores que contribuyen a crear esta desigualdad.
- c. Principales barreras de derechos humanos y desigualdades de género que puedan impedir el acceso a los servicios de salud.
- d. Contexto de los sistemas de salud y sistemas comunitarios en el país, incluida cualquier limitación.

#### a. Epidemiología actual del VIH y su tendencia

*Anexo 1, Documento Excel con estadísticas del Ministerio de Salud y Mapas*

Costa Rica cuenta con una población total de 4.301.712 habitantes<sup>1</sup>. La prevalencia general de VIH es de 0,1% y es caracterizada como una epidemia concentrada. Según estimaciones de ONUSIDA (2013)<sup>2</sup>, la tasa de prevalencia de VIH en personas mayores de 15 años es de 0.3% (aproximadamente 9,800 personas mayores de 15 años con VIH).

Costa Rica tiene una epidemia concentrada de VIH, específicamente en el grupo HSH (10.9%). Aunque no se cuenta con datos suficientes sobre VIH para la población trans femenina, basándose en datos disponibles de prevalencia de VIH en personas transgénero en países vecinos (oscilando entre 25.8% y 37.6%) y en factores conocidos de riesgo, se puede inferir que para Costa Rica, la población trans femenina podría tener una prevalencia más alta de VIH que los HSH. Los datos sobre la prevalencia de VIH en las mujeres trabajadoras del sexo (MTS) con que cuenta el país son insuficientes, tampoco se cuenta con un estudio del tamaño de ésta población. Sin embargo, no se ha considerado a las MTS como una población clave para intervenciones en la presente propuesta, debido a que históricamente la Caja Costarricense del Seguro Social ha brindado atención a ésta población y continuará haciéndolo. Para responder a las carencias de la información que faciliten la toma de decisiones orientada a mejorar la prevención y atención en ésta población, se incluye a las MTS en los estudios de seroprevalencia y de estimación de tamaño de población de la presente propuesta.

De los datos disponibles por el sistema rutina de información nacional, las tasas de notificación de VIH han incrementado de 8.6 a 14.8 por 100,000 habitantes de 2002 a 2013. El 80% de los casos son del sexo masculino (233.4/100.000 hab) y el grupo de edad con mayor cantidad de registros es el de 15 a 49 años, aportando el 84.3% del total de diagnósticos para el período. Las tasas de mortalidad se han estabilizado con un promedio de 2.9 por 100,000 habitantes en el mismo periodo. En general el 80% de los casos notificados de VIH/sida y las defunciones, son del sexo masculino.

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). (2011). **Censo 2011**. En línea: <http://www.inec.go.cr/Web/Home/pagPrincipal.aspx>

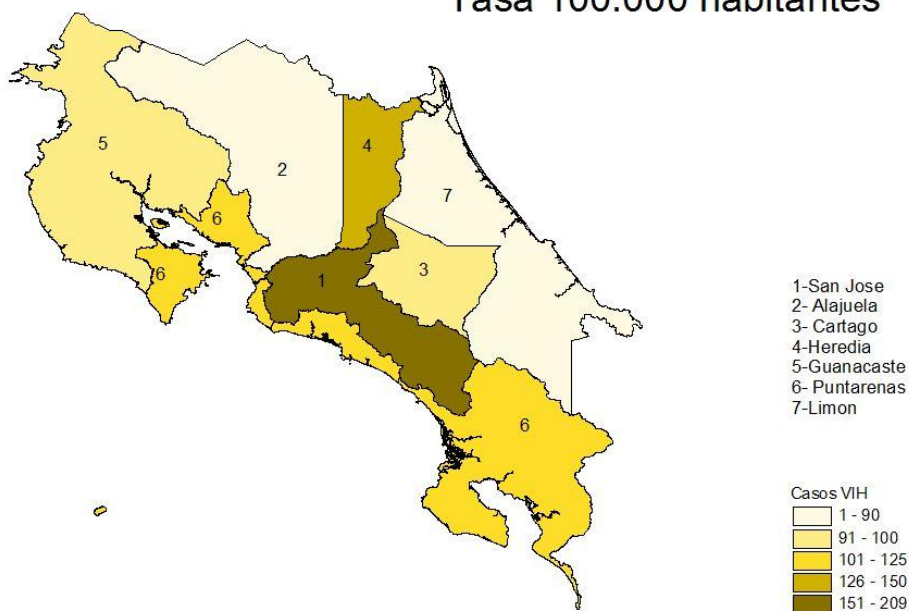
<sup>2</sup> <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/costarica/>

El 81,6% de las defunciones se registraron en el sexo masculino y el grupo de edad en donde se presentó la mayor cantidad de defunciones fue en el de 25 a 59 años, aportando el 86.5% del total de defunciones para el período.

En el mismo período, la provincia de San José presentó la mayor incidencia de casos de VIH por 100.000 habitantes (208.9), aportando el 50.1% del total de casos de país, seguida de la provincias de Heredia (145.8) y Puntarenas (123.9), aportando el 9.6% y 6.9% de los casos de país respectivamente. Provincias que están incluidas para ser abordadas en el enfoque de la propuesta. El siguiente mapa muestra la incidencia de VIH por provincia en el periodo 2009-2013 según lo descrito anteriormente.

**Mapa 1**

**Incidencia de VIH por Provincia.  
Costa Rica 2002-2013  
Tasa 100.000 habitantes**

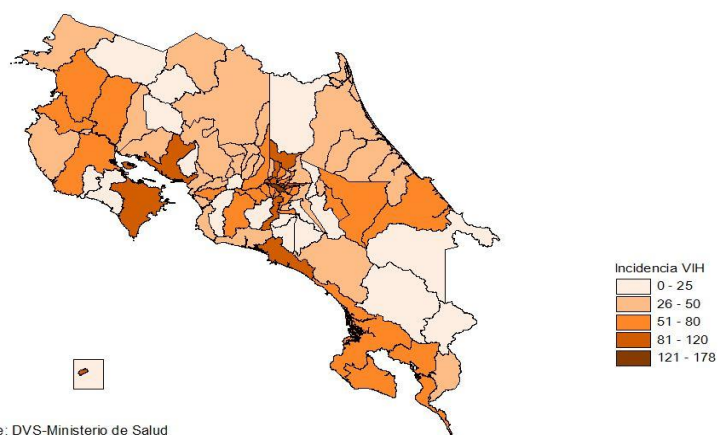


Fuente: DVS-Ministerio de Salud

El 55.3% de los casos de VIH se registraron en once cantones del país, presentando las tasas de incidencia por 100.000 habitantes más altas, San José (385.2), Tibás (314.9), Goicoechea (218.9), Montes de Oca (274.9), Desamparados (172.5), Alajuela (130.4), Heredia (204.3), Cartago (104.5), Liberia (157.8), Puntarenas (213.8) y Limón (114.8).

**Mapa 2**

Incidencia de VIH por cantón.  
Costa Rica 2009-2013  
Tasas 100.000 habitantes



En el año 2013 se registraron 694 casos de VIH y 56 casos que evolucionaron a sida. El 83.3% de los casos de VIH se presentó en el sexo masculino, con una tasa de incidencia de 24.3 por 100,000 habitantes, y para mujeres 4.9 por 100,000 habitantes; con una razón hombre:mujer de 5:1. Las provincias con las tasas de incidencia por 100.000 habitantes más altas fueron: San José (23.2), Heredia (14.0), Puntarenas (11.8) y Alajuela (11.0).<sup>5</sup>

El 52.7% de los casos fue aportado por los siguientes cantones de la Gran Área Metropolitana (GAM): San José (36.8), Escazú (19.5), Desamparados (15.4), Goicoechea (16.8), Alajuela (14.7) y Heredia (17.1). Fuera de la GAM, aportan a éste porcentaje los cantones de Puntarenas (19.9) y Limón (15.3), tasas por 100.000 habitantes.

**b. Poblaciones clave con bajo acceso a servicios de prevención y tratamiento y factores que contribuyen al bajo acceso de éstas poblaciones a servicios de prevención y tratamiento**

**i. Poblaciones clave con bajo acceso a servicios de prevención y tratamiento**

**Epidemia de VIH concentrada en la población HSH.** El estudio "Prevalencia de VIH, sífilis y comportamientos de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres del Gran Área Metropolitana de Costa Rica (2010)<sup>3</sup>, muestra una prevalencia de VIH 10,9% y de sífilis de 13,7% en población HSH. El 55,8% de los participantes reportaron haber usado un condón en su última relación sexual; el 14,1% tuvo su primera relación sexual forzada o por debajo de la edad de consentimiento. El 43,6% manifestó tener pareja estable hombre, sin embargo al consultar si ha tenido relaciones sexuales con una pareja ocasional o casual, 71,5% respondió que sí. Una tercera parte de quienes reportaron tener parejas ocasionales, dijo no haber usado condón durante la última relación sexual con este tipo de pareja. Entre otros factores de riesgo identificados, el 77,8 % de los encuestados reportaron el consumo de alcohol y el 68,7% uso de algún tipo de droga; más de la mitad de los participantes ha sostenido relaciones sexuales bajo los efectos de alcohol o drogas. El 64,9% reportaron haberse realizado un test de VIH alguna vez en la vida (sin determinarse cuándo). El 74,8% de los participantes no buscó ayuda médica después de que aparecieron los síntomas de ITS. (Anexo 2, p.10, 43,47. *Estudio de Prevalencia de VIH, sífilis y comportamientos de riesgo en HSH del GAM*). Los datos generados por este estudio requieren ser actualizados, por lo que la solicitud de financiamiento al Fondo Mundial incluye recursos para ello.

Durante el 2013 se realizó el Modelo Modos de Transmisión del VIH (MoT) ejercicio que estima la aparición de 837 nuevas infecciones para el 2014 en Costa Rica (693-2001). Los resultados del

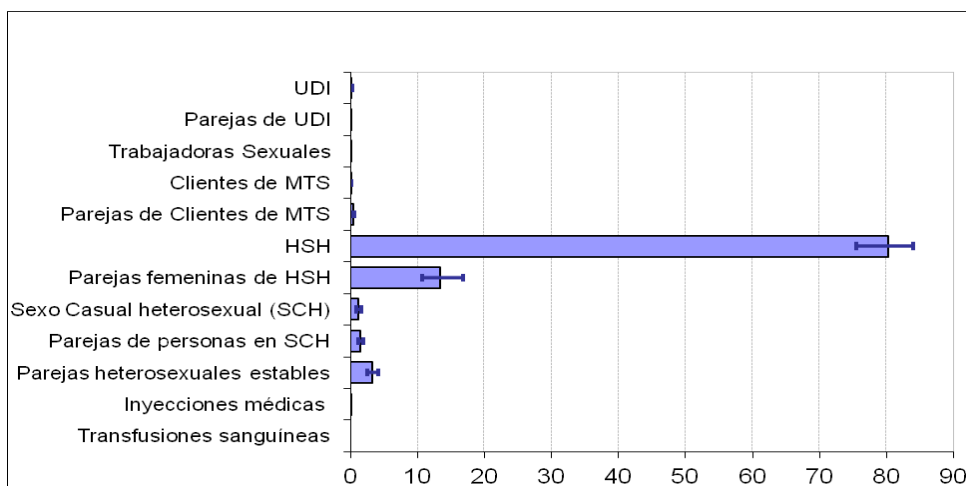
<sup>3</sup> El estudio utilizó la metodología de muestreo dirigido por los entrevistados (RDS -Respondent Driven Sampling- por sus siglas en inglés). Para el diagnóstico de sífilis, se utilizaron las pruebas de VDRL y TPHA; para el diagnóstico de VIH se realizaron las pruebas de ELISA y Western Blot como confirmatoria. El análisis de los datos se realizó utilizando la herramienta RDSAT (Respondent Driven Sampling AnalysisTool).

Modelo, indican que la proporción más importante de nuevas infecciones de VIH se encuentra en HSH (80.2%). (Anexo 3, p. 22. *Modelo Modos de Transmisión del VIH*)

**Tabla N°1**  
**Distribución de porcentaje de nuevas infecciones por grupo de riesgo**

Grupo de Riesgo	% Incidencia	Estimación Baja	Estimación Alta
IDU	0,0	0,0	0,2
Parejas de IDU	0,0	0,0	0,0
FSW	0,0	0,0	0,0
Clientes de FSW	0,0	0,0	0,1
Parejas de clientes de FSW	0,4	0,3	0,6
MSM	80,2	75,5	83,9
Parejas de MSM	13,4	10,7	16,8
CHS	1,2	0,9	1,6
Parejas de CHS	1,4	1,1	1,9
Parejas heterosexuales estables	3,2	2,5	4,1
Inyecciones médicas	0,0	0,0	0,0
Transfusiones de sangre	0,0	0,0	0,0

**Gráfico N°1.**  
**Porcentaje de nuevas infecciones por grupo de riesgo y grado de incertidumbre**



No se cuenta con estudios sobre el tamaño de la población. El porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres en el país se estima en 3,7%. Este dato se deriva del estudio TRaC desarrollado por PASMO-PSI en 2012 "Hombres en Riesgo", con una muestra nacional de 540 hombres de 15 a 59 años (índice de confianza 95%; error muestral: 2.11% a 5.29%). (Anexo 4, p.1. *Tabla de Monitoreo del estudio TRaC "Hombres en Riesgo". Dato correspondiente a Hombres mayores de 18 que han tenido relaciones sexuales con otros hombres en el último mes*). De acuerdo a estas proyecciones, para el país se estima una población de 49.303 HSH en el grupo de edad de 15 a 49 años.

**Sospecha de epidemia concentrada de VIH en la población Transgénero.** No se cuenta con



datos suficientes sobre VIH para ésta población. En el Estudio de Prevalencia del 2010 (*Anexo 2, p.30*), el 80.2% de las personas participantes se identificó como homosexual, el 17.4% como bisexual y el 2.4% como travesti, transformista o transexual, lo cual podría indicar una prevalencia de al menos 10.9% en ésta población. Basándose en datos disponibles de prevalencia de VIH en personas transgénero de los países vecinos de la región de Centro América (25.8% en El Salvador, 23.8% en Guatemala, 31.9% en Honduras, 27.8% en Nicaragua y 37.6% en Panamá), así como en factores conocidos de riesgo (como prácticas sexuales riesgosas, el alto estigma alrededor del VIH y la homosexualidad), se puede inferir que para Costa Rica, la población transgénero tiene también una prevalencia más alta de VIH que los HSH.

No hay estimaciones de tamaño de ésta población, pero siguiendo la estimación realizada en los otros países de Centro América (1% de la población HSH), se podría deducir que Costa Rica tiene aproximadamente 498 personas transgénero. Sin embargo, organizaciones que han trabajado con ésta población, reportan haber captado sólo en la Gran Área Metropolitana, 424 trans femeninas (*Anexo 5, p.8. Reporte de CIPAC*), dato que sugiere que el tamaño de la población puede ser mayor al que se ha calculado. Esta nota Conceptual, solicita fondos para responder a las brechas de información de tamaño de la población y prevalencia de VIH en personas trans.

**Epidemia de VIH en otras poblaciones clave.** Ellos datos de país sobre la prevalencia de VIH en las mujeres trabajadoras del sexo (MTS) tienen limitaciones importantes. Según datos del sitio centinela de la Clínica Moreno Cañas en San José, de 254 MTS que se realizaron la prueba durante el 2013, el 0,79% tuvo diagnóstico positivo por VIH (*Anexo 47, diapositiva 12*). Sin embargo, el dato no tiene carácter de dato nacional y se limita a la población que efectivamente está asistiendo a los centros de salud. Se desconoce la situación de MTS ambulantes, sin documentos y en situación migratoria irregular, para quienes el acceso a la prueba de VIH y a los servicios de salud representa un reto mayor.

No se cuenta con un estudio del tamaño de ésta población, pero se estima que un 0,11% de las mujeres entre los 15 y 49 años de edad, es trabajadora del sexo. En el marco de la elaboración del MoT, se realiza la estimación a partir de información recopilada por la Unidad de ITS/VIH/Sida de la CCSS. Se utiliza un intermedio entre el estimado alto (8.097) y el estimado bajo (2.400) realizado con el Workbook (*Anexo 3, p. 17. Modelo Modos de Transmisión del VIH en Costa Rica*).

Según el MEGAS 2012 (*Anexo 13, pp.59-60*), dentro de las poblaciones más expuestas, las personas profesionales del sexo y sus clientes reciben la mayor cantidad de recursos (83%, correspondiente a \$2.740.184). Se nota además para el 2012, un aumento en el gasto en ésta población del 25,6%

Sin embargo, debe tomarse en cuenta que según la Red Latinoamericana y del Caribe de Trabajadoras Sexuales -REDTRASEX- (2013), las MTS de Costa Rica son las segundas en la Región que menos hacen uso del sistema público de salud (59%). En líneas generales, quienes asistieron a los servicios, reportan alto nivel de satisfacción en cuanto a la calidad de atención en las consultas médicas, ginecológicas/reproductivas y de salud en general. Sin embargo, prácticamente un tercio de las encuestadas (29,3%) se vio obligada a cambiar de hospital o servicio de salud debido a discriminación por ser MTS y un porcentaje equivalente (31,7%) tuvo dificultades para asistir al servicio de salud porque los horarios se superponían con el trabajo. (*Anexo 6, pp.1-12. Estudio sobre estigma y discriminación en los servicios de salud a las mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y el Caribe*). Se considera por tanto que el acceso a servicios de prevención y tratamiento para esta población, debe continuar fortaleciéndose y los estudios que se realicen desde la presente propuesta impulsarán éste fortalecimiento.

## **ii. Factores que contribuyen al bajo acceso de éstas poblaciones a servicios de prevención y tratamiento**

Se reconocen limitaciones de la respuesta nacional para lograr acceso universal a prevención, atención y apoyo dirigidas a HSH y personas trans femeninas que se traducen en inequidades en el grado de vulnerabilidad, exposición y afectación al riesgo de adquirir VIH.

Falta de financiamiento para prevención en poblaciones clave. Se reconocen limitaciones de la respuesta nacional para lograr acceso universal a prevención, atención y apoyo dirigida a HSH y personas trans, lo que se traducen en inequidades en el grado de vulnerabilidad, exposición y afectación al riesgo de adquirir VIH. Sobresalen aspectos como el evidenciado en el estudio MEGAS 2012 (*Anexo 13, p. 6; 59-62*), según el cual el 15% del total del gasto en sida ha sido

destinado a prevención en PEMAR, pero únicamente un 0,06% de este 15% fue asignado directamente a prevención con HSH, proviniendo la mayor parte de este presupuesto de apoyos internacionales y no de inversión estatal. La cobertura de la prevención en esta población es muy limitada.



**Fuente:** Costa Rica, Medición del gasto en sida 2012

Acceso a la prueba y consejería. El acceso a la prueba está descentralizado en las 1013 EBAIS, con necesidad de cita médica para la entrega de la boleta de solicitud de la prueba, cita de laboratorio y tiempo de entrega del resultado variable dependiendo de la logística y de la necesidad de confirmación del resultado (entre 1 y 2 semanas). Se garantiza un procedimiento prioritario para la toma de muestras de mujeres embarazadas. Las muestras se colectan en los 106 laboratorios de las áreas de salud (1º nivel) y se envían a 19 laboratorios que realizan ELISA de 4ª generación (2º nivel). Se ha revisado y simplificado el algoritmo vigente y se ha validado un nuevo algoritmo basado en pruebas rápidas (que estarán disponibles en los 106 laboratorios del 1º nivel) con confirmación por ELISA de 4ª generación (en los laboratorios de 2º nivel). Esto permitirá: 1) tener respuestas de resultados negativos en el mismo día; 2) reducir el tiempo de entrega de los positivos confirmados en el 2º nivel; 3) reducir costos de pruebas de confirmación. Todavía no se está implementando el nuevo algoritmo con pruebas rápidas. Se está implementando un plan de capacitando de los laboratorios. Se han validado 19 kits de pruebas rápidas. Se han completado las fichas técnicas de los kits para inclusión en el cuadro básico de la CCSS para empezar el proceso de licitación y adquisición. Implementación prevista para marzo de 2015.

La norma nacional para la atención integral de las personas con VIH establece que la prueba de VIH debe ser acompañada por consejería. El asesoramiento pre-prueba es realizado por los médicos solicitantes. La consejería post-prueba (para los VIH+) es realizada más frecuentemente en las clínicas de VIH y ocasionalmente en las EBAIS y en los laboratorios al momento de la entrega del resultado. Para los VIH- la consejería post se realiza en los laboratorios y EBAIS. Existe una guía de consejería breve pre- y post prueba, sin embargo se debe actualizar de acuerdo a la nueva estrategia de testeo. No se cuenta con un plan de capacitación en consejería.

Actualmente no se implementa desde la Caja Costarricense de Seguro Social, ninguna estrategia de acceso a la prueba extra-muros (p. ej. unidades móviles; testeo y consejería en sedes de ONG; etc.) recomendadas por la OMS en países con epidemias concentradas. Existen barreras legales para la implementación de estrategias de testeo en la comunidad y para que la Caja Costarricense de Seguro Social atienda a personas sin documentos. En la propuesta de la subvención se incluye la implementación de una estrategia de acceso a la prueba en dos laboratorios del área metropolitana de San José, donde se concentra la población HSH y trans, por referencia de ONG sin necesidad de cita y boleta médica para la realización de la prueba (*Las barreras se describen con mayor detalle en la sección 3.1; Brecha en Intervención 2.3: Pruebas de VIH y asesoramiento como parte de programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero*).

Este proceso es particularmente crítico para Costa Rica, país que cuenta con un Sistema de Salud único en la región, pero donde la toma de decisiones y cambios necesarios para garantizar el scale-up sostenible de la prueba se complica por a) depender de la toma de decisiones de dos instancias:



una rectora (Ministerio de Salud) y otra prestadora de servicios (la CCSS); b) tener el país un nivel burocrático elevado en general, del cual el sistema de salud no está excluido<sup>4</sup> –Anexo 15, p.34. *Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del seguro de salud de la CCSS* -, y c) atravesar un momento de crisis de las finanzas del sistema de salud (OPS, 2011) –Anexo 16, pp.ii-iv. *Informe sobre el estado de situación financiera de la Caja Costarricense de Seguro Social* - en donde cualquier cambio o nueva inversión debe pasar por un nivel de significativa revisión a nivel técnico y político.

Según el estudio “Prevalencia de VIH, sífilis y comportamientos de riesgo en HSH de la Gran Área Metropolitana (GAM) de Costa Rica”, (Anexo 2) el 35.1% de los participantes del estudio nunca se había realizado una prueba para detectar anticuerpos por VIH. Un 37.9% de los que se la realizaron, lo hicieron en un laboratorio privado, y un 60.7% en la CCSS. Un reciente estudio (OPS, OMS, MCR; 2014) señala entre las principales brechas en consejería y acceso a la prueba en poblaciones clave, que este acceso está focalizado en población general; no se cuenta con un plan de promoción de la prueba y no se reportan actividades comunitarias; la insuficiencia en recursos humanos para brindar consejería; la falta del monitoreo y reporte sobre pruebas y consejería (sólo hay reporte sobre cantidad de pruebas compradas y cantidad de pruebas en mujeres embarazadas); no existe un plan de capacitación a consejeros, entre otros. (Anexo 14, p.48. “Análisis de la situación actual de la consejería/asesoría y acceso a la prueba en la población clave de los países de la subregión de Centroamérica y República Dominicana. Estrategias para ampliar el acceso a la consejería/asesoría”).

Acceso al aseguramiento. Si bien no es específica para las poblaciones clave, la principal barrera legal para el acceso a la salud de estas poblaciones se supone el acceso al aseguramiento. Diversos informes de país (Anexos 9, p.19, *Informe Nacional sobre avances en la lucha contra el SIDA 2011-2013*; y Anexo 10, p.20 y p.29, *Examen de Medio Periodo 2013*) plantean la persistencia de reglamentos, directrices y/o normativas que suponen obstáculos para la prevención, el tratamiento, la atención y apoyo eficaces relacionados al VIH en poblaciones vulnerabilizadas. Entre ellos, obstáculos para el acceso a servicios de salud por parte de personas en situación migratoria irregular y de poblaciones móviles. Los trámites administrativos y requisitos establecidos, así como los vacíos desde la normativa vigente, dificultan el acceso a las opciones de seguro y por tanto de salud, de estas personas.

Estos informes de país, plantean que para recibir la atención y el TARV, la persona debe estar afiliada a la seguridad social y pagar su contribución o adscribirse a alguno de las modalidades de aseguramiento: asalariado, trabajador independiente o voluntario, o aseguramiento por el Estado.

En los casos de personas indocumentadas y personas en condición migratoria irregular que no cuentan con una modalidad de aseguramiento, y de personas nacionales o extranjeras en condiciones de pobreza a quienes no se les puede brindar un Seguro por el Estado, las disposiciones y normativa en materia de salud vigentes establecen que la atención médica debe ser brindada en caso de urgencia o de emergencia, pero el servicio le será cobrado posterior a su atención por las vías que fueren pertinentes. Cualquier otra atención como citas médicas de control regular, medicamentos, cirugías y prestaciones sociales, requieren el aseguramiento previo. (Anexos 7, p.66-71, *Informe de Seguimiento del Conversatorio Nacional sobre VIH y Derecho 2012. Capítulo sobre VIH y población migrante.* Anexo 11, *Comunicación Acuerdo de Junta Directiva sobre la modificación al artículo 74 del Reglamento del Seguro de Salud*).

Si bien en algunos centros de salud se brinda atención a ITS de manera gratuita a éstas poblaciones, la cobertura podría ser limitada por ser pocos los servicios que atienden a población no asegurada. En éste contexto las personas HSH y transgénero que no cuentan con documentos, no pueden acceder a los servicios de salud estatales (prueba, consejería, tratamiento ARV) si no están adscritos a alguna modalidad de aseguramiento. Esto es relevante y podría afectar principalmente a

<sup>4</sup> La difícil situación financiera que atraviesa el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) es solamente una de las manifestaciones de un grave problema de gestión institucional de larga data. Largos períodos de espera para citas o intervenciones con especialistas, así como para recibir los resultados de pruebas de diagnóstico, un enorme aparato administrativo con duplicación de funciones, una gran cantidad de médicos en funciones administrativas, ausencia de rendimiento de cuentas, incumplimiento de horarios y otras situaciones, son clara evidencia de que nuestra institución emblemática requiere un cambio profundo y urgente. En este sentido, la crisis financiera debe verse como una oportunidad para fijar el rumbo futuro de la institución, colocando a la población asegurada como el principio y el fin último de los modelos de atención y de gestión. (Carrillo et al, 2011, p34)

personas transgénero y HSH que no tienen empleo formal y los migrantes en situación irregular, pues únicamente acceden a los servicios de salud si se encuentran adscritos a alguna modalidad de aseguramiento ([Anexo 9, p. 7-8, Informe Nacional sobre avances en la lucha contra el Sida 2011-2013](#)). El país no cuenta con datos sobre el acceso a la salud de éstas poblaciones.

Migrantes nicaragüenses y acceso al aseguramiento. Aunque se carece de datos específicos de flujo migratorio de población HSH y trans, se puede suponer que la mayoría de personas extranjeras que pertenecen a éstas poblaciones son nicaragüenses, pues las fronteras de Costa Rica-Nicaragua, Panamá-Costa Rica son especialmente dinámicas por la migración intrafronteriza<sup>5</sup>. Los flujos migratorios caracterizan a Costa Rica, como receptor de población especialmente nicaragüense<sup>6</sup>. El Censo del 2011 señala que el 75% de los extranjeros radicados en el país son de origen nicaragüense, seguidos en segundo lugar por los colombianos y estadounidenses ([Anexo 12, p.18. Informe de migración 2012 de la Dirección General de Migración y Extranjería](#)).

En materia de salud, para ese mismo año, del total de los 330.706 egresos de hospitales y clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, el 90,6% de los atendidos constituyó población nacida en Costa Rica, el 7% de nacionalidad nicaragüense y el 2% restante de todas las demás nacionalidades ([Anexo 12, p.51](#)). En servicios de urgencias médicas durante el mismo año, se logró constatar que la población nicaragüense apenas sobrepasó el 5% de los pacientes ([Anexo 12, p.55](#)).

En el marco de los acuerdos bi-nacionales entre Ministerios de Salud, se están buscando alternativas para mejorar la cobertura y atención de la población migrante nicaragüense, principalmente en la zona interfronteriza.

Cumplimiento del Marco Jurídico. Según la Defensoría de los Habitantes (DHR), en Costa Rica las personas con VIH cuentan con un marco jurídico que se puede considerar protector y garantista de derechos. Sin embargo, afirma que la realidad enfrenta a las personas con VIH a reincidentes violaciones de derechos producto de políticas públicas, prácticas institucionales, medidas presupuestarias y patrones culturales. En el 2012, el PNUD-Costa Rica y la DHR, coordinaron el Diálogo Nacional sobre VIH y sida. Este proceso evidenció situaciones de violación de derechos a nivel individual y estructural, pasando por situaciones que afectan a grupos particulares como trabajadores sexuales, personas privadas de libertad, mujeres con VIH, y personas de la diversidad sexual, entre otros ([Anexo 7, p.74. Informe de Seguimiento del Conversatorio Nacional sobre VIH y Derecho 2012](#)).

En el 2013 el PNUD realizó en Costa Rica un Mapeo sobre legislación de VIH y leyes conexas ([Anexo 8](#)), buscando comparar el marco legal existente en el país y las Directrices Internacionales sobre el VIH y los Derechos Humanos. Este documento reconoce el liderazgo del país al contar desde 1998 con una ley de protección a los derechos humanos de las personas con VIH y un marco legal fortalecido con declaraciones, acuerdos, tratados y directrices diversas. Sin embargo, emite recomendaciones como eliminación de normas punitivas desde el punto de vista de derechos humanos; modificaciones al Código de Salud y la Ley de VIH para terminar con la estigmatización de las personas con VIH; asegurar que los servicios de atención a las personas con VIH se extienda a servicios en el orden familiar, comunitario y domiciliario, y revisar los programas dirigidos a la población con menos acceso a la información debido a la vulnerabilidad social. Sin embargo, las recomendaciones se orientan únicamente al contenido del marco legal sin evaluar el cumplimiento del mismo. Es decir, por ejemplo existen leyes identificadas como punitivas por el Mapeo que al parecer se encuentran en desuso, o bien, existe legislación afirmativa que no está siendo implementada adecuadamente. Por tanto, debe analizarse el actual cumplimiento del Marco Jurídico e identificar qué aspectos se han convertido efectivamente en barreras para el cumplimiento de derechos. Así se podrá priorizar sobre los cambios de legislación y las estrategias para el cumplimiento del Marco Jurídico que deban realizarse. La solicitud al Fondo Mundial contempla financiamiento para que se realice éste tipo de análisis, priorizando acciones y diseñando estrategias con el fin de direccionar más efectivamente las acciones de incidencia y abogacía en VIH y en el cumplimiento de derechos de las poblaciones clave de la propuesta.

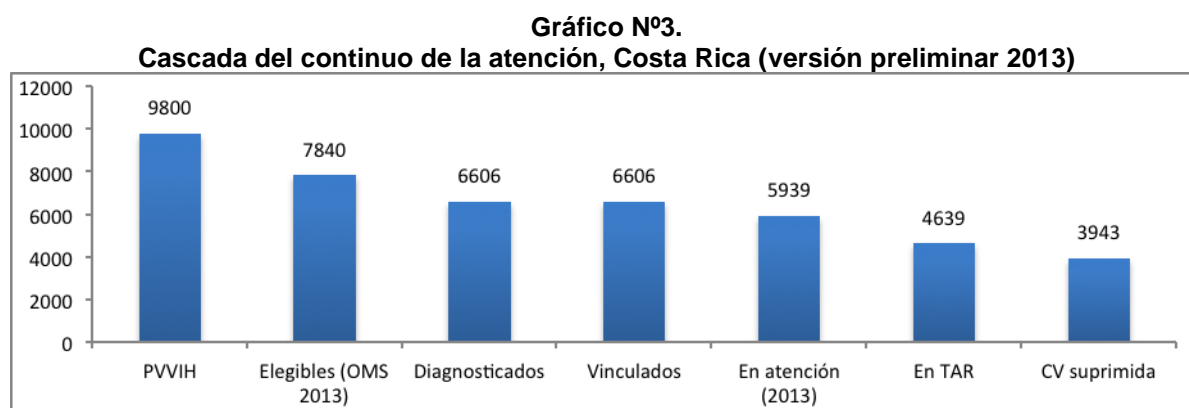
<sup>5</sup> Morales, A.; Kandel; et al. (2011). **Trabajadores migrantes y megaproyectos en América Central**. PNUD, UCA. Disponible en [http://www.undp.org/content/dam/el\\_salvador/docs/povred/UNDP\\_SV\\_TRABAJADORES\\_MIGRANTES\\_2011.pdf](http://www.undp.org/content/dam/el_salvador/docs/povred/UNDP_SV_TRABAJADORES_MIGRANTES_2011.pdf)

<sup>6</sup> Rojas, L. (2010). **Flujos Migratorios laborales regionales: situación actual, retos y oportunidades en Centro América y R. Dominicana**. Disponible en [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san\\_jose/documents/publication/wcms\\_194005.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/publication/wcms_194005.pdf)

**Acceso a la información.** El Informe del Diálogo Nacional sobre VIH presentado por la DHR (Anexo 7, p.75), concluye que la falta de información se encuentra en la raíz de muchas de las problemáticas presentadas hacia las personas con VIH. Esto se hace evidente por ejemplo, cuando usuarios y usuarias enfrentan trámites complicados y poco claros que explican en algunos casos, las dificultades para el ejercicio de algunos derechos de las personas con VIH y de poblaciones vulnerables. Se señala desde la DHR que la falta de información adecuada, pertinente y oportuna es una violación de derechos que, a su vez, facilita la violación de otros derechos.

**Acceso al tratamiento antirretroviral.** Según estimaciones, 7840 niños y adultos son elegibles para recibir terapia antirretroviral, de los cuáles 4639 reciben TARV (59,1%). La terapia antirretroviral se brinda en 6 “clínicas de VIH” integradas en servicios de enfermedades infecciosas e inmunología de la CCSS; así, el país garantiza el acceso tratamiento de manera auto sostenible para asegurar la calidad de vida de la persona con VIH aseguradas que así lo requieren. La principal brecha identificada en Costa Rica para alcanzar el acceso universal a la salud continúan siendo las barreras para el aseguramiento.

El monitoreo con los indicadores de la cascada del continuo de la atención permite analizar las brechas en los servicios de atención a nivel individual así como el impacto a nivel poblacional. Según el resultado preliminar de la revisión de la cascada, se evidencia en el siguiente gráfico el avance hacia el cumplimiento de las metas 90-90-90 - Costa Rica (2013):



**Nota del Gráfico 3 - Fuentes de datos**

PVVIH: Datos de estimaciones Spectrum (2013)

Elegibles: Datos estimaciones Spectrum (2013)

Diagnosticados y vinculados: DVS Ministerio de Salud (2013)

En atención: informe de actividad de las clínicas de VIH de la CCSS (2013)

TAR. Datos de clínicas y farmacoepidemiología de la CCSS (2013)

CV suprimida (<50 copias/ml): supresión viral a 12 meses en pacientes en TAR en el HSJD. Los datos nacionales de supresión viral para el 2013 están disponibles en el laboratorio nacional de referencia y actualmente en curso de análisis .

La cascada del continuo de la atención en Costa Rica destaca que el 67,4% de las personas que viven con VIH conocen su estado serológico, evidenciando una brecha de cerca de 22,6% para el alcance de la meta de 90% al 2020. Esto implica la necesidad de fortalecimiento de las actividades de acceso al diagnóstico con enfoque en las poblaciones clave y de más difícil acceso, tanto a nivel de los servicios (pruebas intra-muro) como en la comunidad (prueba extra-muro). Este punto será abordado con la solicitud de financiamiento al Fondo Mundial.

El sistema de confirmación de diagnóstico y vinculación a los centros de atención de la CCSS actualmente en uso, garantiza que todos los diagnosticados sean vinculados a una clínica de VIH de referencia para confirmación de diagnóstico, estadiaje, atención y tratamiento, si necesario. La cascada evidencia que cerca de 600 personas diagnosticadas y en algún momento vinculadas a la atención no fueron atendidas en el 2013, representando un 10% de pérdida durante el seguimiento en la cohorte nacional.

Con relación a la cobertura de tratamiento, se estima que cerca del 59,1% de las personas elegibles para tratamiento reciben TARV con una brecha de cerca del 30% para alcanzar la meta de 90% al

2020.

Según datos preliminares del Hospital San Juan de Dios el 85% de las personas en TAR están en supresión viral (carga viral  $\leq$  a 50 copias). a los 12 meses de haber empezado. Los datos nacionales de supresión viral para el 2013 están disponibles en el laboratorio nacional de referencia y actualmente en curso de análisis para completar el ejercicio de la cascada y poder evaluar la brecha actual para el alcance de la meta de 90% al 2020.

Los hallazgos de la misión de Tratamiento 2.0 desarrollada en el país en el mes de octubre del 2014, evidencian los siguientes avances clave para la mejora en la optimización del tratamiento antirretroviral sobre las normas nacionales de atención y tratamiento antirretroviral:

- Existe una norma nacional para la atención integral de las personas con VIH/Sida publicadas en el Diario Oficial del Estado (La Gaceta N. 99 – 26/04/2014) por Decreto Ejecutivo del Ministerio de Salud (N. 38374-S). Las normas estandarizan la atención al VIH a nivel nacional (sector público y privado).
- Las recomendaciones de uso de ARV (AMC) elaborada por el Comité Interhospitalario armonizada entre los centros de atención y alineadas con las normas nacionales vigentes.
- Las normas incorporan el nuevo criterio de inicio más temprano del TARV (<500 CD4), sin embargo la adopción de las recomendaciones de OMS de 2013 es parcial y no incluyen la recomendación de un esquema preferente TDF+XTC+EFV.
- No se están utilizando medicamentos en dosis única para el tratamiento de 1ª línea.
- Se ha completado el proceso de migración de esquemas con ARV no recomendados (d4T, ddl, IDV, NFV), sin embargo no se ha ampliado el registro de otros ARV (ex. NVP, ATV) en el cuadro básico de la CCSS.
- El Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social actualizarán las normas nacionales de uso de ARV en base a la evidencia actualizada y para armonizar las normas vigentes con las recomendaciones de OMS (2013). Se considerará ampliar el arsenal terapéutico para el VIH (1º semestre de 2015) con medicamentos alternativos de 1ª y 2ª línea y combinaciones a dosis fija. Las nuevas recomendaciones se enviarán al Ministerio de Salud para elaboración y publicación de un addendum a la norma nacional para la atención integral de las personas con VIH/Sida.

Las recomendaciones de la misión fueron de revisar las recomendaciones nacionales de uso de ARV por un proceso consultivo de la Comisión Interhospitalaria para la actualización de las recomendaciones nacionales de uso de ARV en base a la evidencia actualizada y para armonizar las normas vigentes con las recomendaciones de OMS (2013). Así mismo se ha recomendado actualizar las normas nacionales de uso de ARV y ampliar el arsenal terapéutico para el VIH (1º semestre de 2015) con la inclusión de medicamentos alternativos de 1ª y 2ª línea y combinaciones a dosis fija, y fortalecer las actividades de monitoreo del uso racional de los ARV y cumplimiento de las normas nacionales.

Los hallazgos y recomendaciones de la misión de Tratamiento 2.0 serán implementados por la Caja Costarricense de Seguro Social, con apoyo de OPS y del Ministerio de Salud ([Anexo 48, Informe Misión Tratamiento 2.0](#)).

### **c. Principales barreras de derechos humanos y desigualdades de género para el acceso a servicios de salud.**

En la sección anterior, “Factores que contribuyen al bajo acceso de éstas poblaciones a servicios de prevención y tratamiento”, se han anotado barreras relacionadas al cumplimiento de derechos humanos para el acceso a los servicios de salud. Se retoman de manera específica en la presente sección, barreras estructurales relacionadas específicamente al estigma y la discriminación que pueden limitar el acceso a los servicios de salud.

Diferentes informes de país ([Anexos 6, pp.7-8; Informe Nacional sobre avances en la lucha contra el Sida 2011-2013. Anexo 9, p.40-42; Examen de Medio Período](#)) plantean que el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH persiste en instancias de apoyo social, representándose en gran parte a través de prácticas discriminatorias por parte de recurso humano que presta servicios directos (tanto del sector salud como de otros) a las personas de poblaciones clave, afectando con ello la calidad y calidez en los servicios brindados. REDCA+, en el marco de su proyecto con el Fondo Mundial, ha realizado un estudio regional sobre la calidad de los servicios de salud para personas con VIH y sida ([Anexo 17, p.45](#)). Según el estudio, en Costa Rica los usuarios



consideran un 0.0% de los establecimientos en categoría de bueno, muy bueno y excelente, mientras que el 80.0% de los establecimientos en categoría de aceptable.

**Estigma y Discriminación y desigualdades de género.** El estudio Actitudes y estereotipos del personal de los Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS) hacia la Diversidad Sexual en el Valle Central de Costa Rica (2009) -Anexo 18, pp. 5,6-, con una muestra de 393 funcionarios y funcionarias de EBAIS, evidencia que en términos generales personas funcionarias de la CCSS reconocen la diversidad, pero con limitaciones importantes, evidenciando disposición a aceptar la interacción y el contacto con personas homosexuales, pero tendiendo ésta a diluirse cuando la interacción implica mucha cercanía social.

Otro estudio del 2012 realizado con una muestra de 200 proveedores y proveedoras de servicios privados de salud y 200 personas de la población LGBT, indica un nivel positivo de actitudes tanto por parte de la mayoría de personas proveedoras entrevistadas, como de la mayoría de las personas LGBT de la muestra. Sin embargo, las condiciones negativas de atención y maltrato se concentran, de manera especial, entre las personas trans, las cuales generan, por un lado, los peores niveles actitudinales por parte de las y los funcionarios entrevistados, y por otro evidencian las peores condiciones de atención y trato en la muestra LGBT. (Anexo 19, pp.3, 9. *Estudio CAP con proveedores de salud sobre barreras para la atención de la población LGBT en el GAM*)

Si bien recientemente la CCSS ha modificado los artículos 10 y 12 del Reglamento de Salud (Anexo 20, pp.5-12) aprobando con ello extender el seguro de salud a las parejas del mismo sexo, es necesario continuar fortaleciendo la capacitación y sensibilización de las personas funcionarias como punto clave para el logro de una provisión efectiva que garantice el acceso a los servicios de salud de las poblaciones clave.

#### d. Contexto de los sistemas de salud y sistemas comunitarios en el país.

**Sistema de salud.** Costa Rica es frecuentemente citada como una de las grandes historias de éxito de la salud pública en países en desarrollo (PAHO, 2007)<sup>7</sup>. Se encuentra entre los diez países de América Latina con más alto índice de desarrollo humano y la expectativa de vida es la segunda más alta en las Américas, únicamente superada por Canadá (UNDP, 2011)<sup>8</sup>. De acuerdo con el sistema de cuentas de salud de la OMS, los recursos externos aportan menos del 1% al gasto en salud de Costa Rica, y la mezcla de recursos internos es 70% pública y 30% de fuentes privadas: seguros, empresas y gasto directo de bolsillo (OMS, 2012)<sup>9</sup>. En el gasto público predomina el régimen contributivo, consistente en aportes de trabajadores y patronos al régimen de seguridad social. Menores de 18 años, embarazadas sin el beneficio familiar de un asegurado, pensionados del régimen no contributivo e indigentes registrados, están asegurados a cargo del Estado. Los vacíos principales de un régimen que alcanza el 87% de cobertura, incluye a trabajadores agrícolas, población en pobreza extrema que desconoce sus derechos, inmigrantes documentados e indocumentados, refugiados y pueblos indígenas de zonas rurales inaccesibles y dispersas (Sáenz et al, 2011) -Anexo 21, p.160-.

El financiamiento público de la respuesta al VIH refleja la distribución de funciones al interior del sistema de salud. El Ministerio de Salud asume la rectoría del sector como responsable por la regulación, vigilancia y garantía de acceso, así como la coordinación nacional de la respuesta al VIH; y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) asume a través de sus establecimientos (hospitales, clínicas y Equipos Básicos Integrales de Salud –EBAIS-) la provisión de los servicios tanto de promoción y prevención de la salud como de atención.

La CCSS es el único organismo público que cubre el seguro de enfermedad y maternidad de toda la población del país, y para ello cuenta con una red de servicios de: Primer nivel (proporciona servicios de 5 programas de atención integral a través de una red de 105 áreas de salud con 1013 Equipos Básicos de Atención Integral de Salud -EBAIS-; 1800 consultorios de visita periódica); Segundo nivel (apoya al nivel primario, mediante prestación de servicios preventivos, curativos y de

<sup>7</sup> PAHO (2007). **Health in the Americas: Costa Rica**. Vol. 2: Countries. (pp. 240-261). Disponible en [http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesing/Costa\\_Rica\\_English.pdf](http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesing/Costa_Rica_English.pdf)

<sup>8</sup> UNDP (2011). **Human Development Report 2011**. Sustainability and Equity: A Better Future for All. United Nations Development Program / Palgrave MacMillan, Hampshire & New York. (pp.158-159). Disponible en: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/271/hdr\\_2011\\_en\\_complete.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/271/hdr_2011_en_complete.pdf)

<sup>9</sup> OMS (2012). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. (pp.134-135). Disponible en [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44858/1/9789243564449\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44858/1/9789243564449_spa.pdf?ua=1)

rehabilitación, con un grado variable de complejidad y especialidades; conformado por 20 hospitales -7 regionales y 13 periféricos-, y 21 áreas de salud); y Tercer nivel (con prestación de servicios curativos y de rehabilitación de la más alta especialización y complejidad, conformado por 3 hospitales nacionales generales y 6 especializados). (Ver Anexo 22, con Diagrama de Red de Servicios de la CCSS)

El financiamiento del seguro público de salud proviene de tres fuentes: el empleador aporta el 9.25% del monto de las planillas de pago, el trabajador aporta el 5.50% de su salario y el Estado aporta el 0.25% de la nómina nacional (en total, el financiamiento equivale al 15% del salario de los trabajadores). El financiamiento en VIH del sector público es la fuente más importante con un 81,5% del gasto total (\$18,4 millones) del cual el 90% proviene de la CCSS (\$16,5 millones), en donde un 25,22% se destina a prevención, 48,28% a atención y tratamiento y un 0,28% a protección social y servicios sociales sobre el gasto total en VIH (MEGAS 2012) –Anexo 13, p.5-. Se cuenta además con fondos públicos para asignaciones específicas a ONG, financiado con entre 1% y 1.5% de las utilidades netas de las loterías nacionales que coordina la Junta de Protección Social (JPS). Desde el 2009 se vienen desarrollando los procedimientos para trasladar a las ONG dedicadas al trabajo en la respuesta al VIH e ITS, los fondos específicos que define la ley (Asamblea Legislativa de Costa Rica, 2009: Art 8-inciso i) –Anexo 23, p.3. Ley 8718: Autorización para el cambio de nombre de la Junta de Protección y el establecimiento de la distribución de rentas de las loterías nacionales-



**Centros especializados en la atención al VIH y sida.** La CCSS cuenta con 7 Clínicas de Atención Integral al VIH y sida (una especializada en niñez y seis en adultos, de las cuales cuatro están ubicadas en el área metropolitana y tres en hospitales). Estas Clínicas cuentan con equipos interdisciplinarios conformados por profesionales en medicina, enfermería, psicología, trabajo social, psiquiatría, nutrición y microbiología. Adicionalmente, se ha establecido en San José un centro de vigilancia centinela y control de ITS que brinda atención a personas HSH, trans y trabajadoras sexuales. Se ha avanzado en el proceso de la apertura de dos sitios: uno adicional en San José y otro en una zona costera.

**Consejo Nacional de Atención Integral del VIH y Sida (CONASIDA).** El trabajo multisectorial está dirigido por este ente rector creado mediante el Reglamento de la Ley General sobre VIH-Sida (Anexo 24 con Reglamento de la Ley). Es la máxima instancia en el ámbito nacional, encargada de recomendar las políticas y los programas de acción de todo el sector público, concernientes al VIH y al sida. Tal y como establece el reglamento (Anexo 24. Cap 1, Art.1), está integrado por representantes de las siguientes instituciones: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Educación Pública, Ministerio de Justicia y Paz y Gracia, Universidad de Costa Rica y dos representantes de ONG, de los cuales uno debe ser una persona con VIH.

**Tema del VIH en el Ministerio de Salud (MS) como ente rector.** El tema se mantiene en los Planes Operativos en los tres niveles de gestión como un tema a atender porque el abordaje del VIH se realiza desde las competencias de todas las direcciones del Ministerio de Salud: Mercadotecnia de la Salud, Vigilancia de la Salud, Garantía de Acceso a Servicios de Salud, y la Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud. El MS como ente rector de la producción social de la salud coordina el CONASIDA. Dentro de sus funciones está la fiscalización y evaluación de la ejecución y la eficacia de las medidas, disposiciones y acciones contempladas en las normas relacionadas con esta epidemia, en el Plan Estratégico de VIH y sida, y en los demás planes



nacionales relacionados con el tema. Esta función es dada según el DECRETO N° 34510-S Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, otorgando esa responsabilidad a la Dirección de Planificación Estratégica de la Salud. La coordinación de dicho Consejo se encuentra en la Unidad de Planificación Estratégica de la producción Social de la Salud.

**Sistemas de Información del Sector Salud.** La CCSS se encuentra en un proceso de implementación del Expediente Digital Único en Salud (EDUS), mediante un sistema de información en línea unificado que ya está siendo implementado en 34 Áreas de Salud disponen del Sistema Integrado de Ficha Familiar, Sistema de Identificación, Agendas y Citas; 39 Áreas de Salud disponen del Sistema de Identificación, y Agendas; y 33 Áreas de Salud disponen del Sistema Integrado de Expediente de Salud (*Anexo 25, Informe de la Gerencia de Infraestructura de la CCSS del 25 de Abril de 2014, GIT- -2014*).

La información del país en el tema de VIH y sida, es almacenada actualmente a través de documentos físicos (expedientes de pacientes no digitalizados), Base de datos oficial en la Dirección de Vigilancia de la Salud la cual es alimentada por la Boleta V.E.-01, la base de datos de la CCSS de egresos hospitalarios, de los controles del Almacén de Insumos y Medicamentos de la CCSS, y de los datos almacenados de manera individual por cada farmacia, laboratorio y clínica. Las instituciones responsables de la notificación de casos de VIH y sida a nivel nacional se rigen bajo el decreto N° 37306-S “Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud” (*Anexo 26*), el cual obliga a la notificación de los eventos de salud a los establecimientos públicos y privados a la Dirección de Vigilancia de la Salud.

Adicional al sistema de registro de casos en funcionamiento, se ha diseñado un “Sistema de Información Nacional de VIH” vía web en el Ministerio de Salud, que llegará a sustituir al sistema actual. Este sistema por el momento consta de módulos, uno de seguimiento, uno de vigilancia, y uno de laboratorio en el cual se recopila información básica de la persona a la que se le realizará la prueba, tipos de prueba y el resultado de las mismas, así como el establecimiento que solicita la prueba y el laboratorio que la realiza. Esta información será proporcionada por los laboratorios que realizan las pruebas vía web.

En general, ésta es un área que requiere de importante fortalecimiento. Se ha determinado que no se cuenta con un sistema de información integrado y no se cuenta con flujogramas de información que definan fuentes, responsables y temporalidad de reporte de los datos. Se requiere además de un mandato claro y de acatamiento obligatorio que lo haga efectivo (*Anexo 27, p.23. Recomendaciones generales del Informe de Evaluación de Medio término del Plan Estratégico Nacional de VIH*). Se hace necesario también, asegurar la disposición de la información actualizada y oportuna para la toma de decisiones y la generación de investigaciones e información estratégica de las poblaciones HSH y trans; el desarrollo de procesos de investigación sobre las necesidades y particularidades de las poblaciones claves; el desarrollo de estudios y mapeos de las poblaciones claves, sus dinámicas y sitios estratégicos de abordaje. (*Anexo 28, p.23. Informe Final de Consultoría: Proceso de consultas con actores y sectores de interés en torno a la Nota Conceptual*)

**Sistemas Comunitarios.** Por las condiciones de Costa Rica como país de ingresos medio alto, los sistemas comunitarios alrededor de la respuesta al VIH han tenido apoyo limitado de la cooperación internacional. Las ONG existentes han trabajado con apoyos puntuales, reduciendo cada vez más su alcance y ámbito de acción. Sin embargo, ésta situación les ha enseñado a obtener resultados con escasos recursos, acostumbrándose a buscar alternativas que les ayuden a lograr más con menos.

Existe una Red de ONG que trabaja alrededor del tema de derechos sexuales y reproductivos que ha tomado un rol activo y liderazgo importante en el tema. Existen también dos coaliciones importantes de ONG y grupos organizados que se enfocan al trabajo en derechos de las personas sexualmente diversas, con una presencia significativa de hombres gay, y que han cumplido importantes roles para la movilización social y la incidencia política. Estas redes constituyen importantes plataformas que de lograr robustecer sus vínculos y articulación interna, podrán fortalecer las voces civiles y cumplir un rol más preponderante para alcanzar tanto cambios a lo interno de los grupos y las organizaciones como a un nivel más estructural. La comunidad de personas trans femeninas se encuentra poco organizada y su participación y capacidades de acción son incipientes

Si bien no se han establecido muchas coordinaciones entre las Organizaciones de Sociedad Civil (OSC) que trabaja en la respuesta al VIH y otros sectores de la OSC (por ejemplo quienes trabajan en transparencia, rendición de cuentas, iniciativas de gobierno abierto, iniciativas con tecnologías de

información y comunicación), en los últimos años estos sectores de la OSC han tenido un auge importante en el país, lo que brinda un escenario importante para el desarrollo de alianzas que permitan fortalecer el impacto de las acciones desde el ejercicio de la ciudadanía.

Es necesario por tanto fortalecer los sistemas comunitarios para que puedan efectivamente contar con mayor organización y capacidad para gestionar y prestar servicios de IEC, de CCC, apoyar efectivamente a las personas con VIH, las personas HSH y personas trans, a acceder a los servicios de salud, a movilizar a las comunidades fortaleciendo el ejercicio de la ciudadanía de las poblaciones clave, fortalecer sus procesos de incidencia, fortalecer acciones orientadas al cumplimiento de derechos, lograr sostenibilidad en sus acciones, y en general, fomentar efectivamente la aplicación de marcos políticos y legislativos propicios y adecuados, la gobernanza, la supervisión y la rendición de cuentas.

**Coordinaciones y alianzas entre el sistema de salud y los sistemas comunitarios.** Se han dado experiencias de articulación entre ONG que trabajan en VIH y sistema de salud. La CCSS por ejemplo, ha mostrado amplia apertura para coordinar con las ONG especializadas en temas de estigma y discriminación y derechos para personas de diversidad sexual. Han logrado trabajar en conjunto para emitir e implementar un lineamiento administrativo para servicios libres de discriminación por orientación sexual e identidad de género en los centros de salud de la CCSS, para iniciar procesos de capacitación al personal y para coordinar la distribución de condones de la CCSS con algunas ONG. Sin embargo, la articulación ha sido puntual y no ha logrado la constancia, sinergia y el robustecimiento requerido para una colaboración sostenida que permita entre otras cosas, que las OSC puedan, tal y como se plantea para la renovación de la Atención Primaria de Salud (APS), i) participar en la identificación de las necesidades de salud, la planeación, y la entrega de los servicios; ii) la gobernanza de la comunidad en temas de gestión, gastos, asignación de recursos y evaluación del desempeño del sistema; iii) iniciativas de base comunitaria donde la comunidad es al mismo tiempo la unidad de análisis y la unidad de intervención; y iv) la participación comunitaria en el desarrollo de modelos culturalmente apropiados (OPS, 2008)<sup>10</sup>.

## 1.2 Planes estratégicos nacionales

Con referencia expresa a los **planes estratégicos nacionales de la enfermedad** y a la documentación complementaria (incluir el nombre del documento y la página de referencia específica), resume brevemente lo siguiente:

- a. Metas y objetivos principales, así como áreas programáticas prioritarias.
- b. Ejecución hasta la fecha, incluidos los principales resultados y la repercusión alcanzada.
- c. Limitaciones en la ejecución y cualquier lección aprendida que sirva de base a la futura implementación. En particular, señale cómo se van a abordar las desigualdades y las limitaciones principales descritas en la pregunta 1.1.
- d. Principales áreas de vinculación con la estrategia nacional de salud, explicando cómo la ejecución de esta estrategia repercute sobre los resultados pertinentes de la enfermedad.
- e. En el caso de las solicitudes de financiamiento estándar para VIH o tuberculosis<sup>11</sup>, describa las actividades conjuntas existentes en materia de tuberculosis/VIH e incluya las vinculaciones entre los respectivos programas nacionales en áreas como: diagnóstico, prestación de servicios, sistemas de información, seguimiento y evaluación, fortalecimiento de capacidades, desarrollo de políticas y procesos de

<sup>10</sup> OPS (2008). **Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas**. (p.36). Disponible en [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion\\_Primaria\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf)

<sup>11</sup> Los países con altas tasas de coinfección por VIH y tuberculosis deben enviar una sola nota conceptual para ambas. Se considera que los países que presentan una carga elevada de tuberculosis/VIH tienen una alta incidencia estimada de tuberculosis/VIH (en cifras), así como una tasa elevada de pruebas positivas de VIH en las personas infectadas con tuberculosis.

coordinación.

- f. Procesos llevados a cabo por el país para revisar y actualizar los planes estratégicos nacionales sobre la enfermedad y los resultados de estas evaluaciones. Explique el proceso y el plazo para la elaboración de un plan nuevo (si el actual es válido durante 18 meses o menos desde la fecha de inicio de la solicitud de financiamiento) e indique también cómo se conseguirá una participación significativa de las poblaciones clave.

**a. Metas y objetivos principales, así como áreas programáticas prioritarias.**

El Plan Estratégico Nacional del VIH 2011– 2015 (PEN) –Anexo 29-, formulado a fines de 2010, constituye un avance importante para el país en la integración de acuerdos de trabajo para la puesta en marcha de acciones dirigidas al cumplimiento de metas concretas de trabajo, en ocho áreas estratégicas: planificación, prevención, vigilancia, atención integral, derechos humanos, educación, investigación y mitigación.

El primer Plan Estratégico sobre VIH correspondió al periodo 2006-2010. La actualización del PEN 2011-2015, se desarrolló a través de diversas actividades de consulta a grupos específicos, utilizando instrumentos de recolección, análisis y consolidación de información, así como la validación de los contenidos del plan, por medio del consenso y la participación de los actores sociales involucrados. El PEN VIH/sida 2011-2015, pero además la Política Nacional de VIH y el Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación, son producto del esfuerzo conjunto entre instituciones gubernamentales, diferentes sectores de la sociedad civil organizada, personas con VIH y la cooperación internacional. Se elaboraron buscando responder a las necesidades identificadas en ese contexto y a las posibilidades de implementación nacional, al marco jurídico nacional y al cumplimiento de acuerdos internacionales.

El PEN plantea el cumplimiento de los siguientes objetivos:

1. Mejorar la capacidad de respuesta nacional mediante el involucramiento de los diferentes sectores en el abordaje del VIH y sida a través de una gestión eficiente.
2. Reducir la incidencia de VIH en la población en general y en poblaciones de más alto riesgo, a través de la información, comunicación y educación para la promoción de condiciones, comportamientos y actitudes saludables en el marco de los derechos humanos y con un enfoque de equidad, género-generacional y diversidad sexual.
3. Fortalecer el Sistema de Vigilancia de la Salud y los procesos de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional que permita la toma de decisiones y la implementación de acciones estratégicas de atención integral del VIH y sida de manera oportuna y eficiente.
4. Garantizar el acceso a la atención integral en VIH y sida con criterios de calidad, calidez, eficiencia y oportunidad, haciendo énfasis a los grupos de población con mayor vulnerabilidad y las personas con VIH.
5. Garantizar la promoción y defensa de los Derechos Humanos de las personas afectadas directa e indirectamente por el VIH y sida, con enfoque de género, generacional y diversidad sexual.
6. Fortalecer las capacidades, destrezas y habilidades en prevención del VIH a los docentes y a las instituciones formadoras de recursos humanos en las diferentes disciplinas del conocimiento con enfoque de género, derechos humanos y diversidad sexual y que responda a las particularidades de las poblaciones.
7. Generar información estratégica en VIH/sida, a través de la investigación, que permita conocer las características y tendencias de la epidemia en el país, para la toma de decisiones basada en la evidencia científica
8. Reducir el impacto personal, social, económico y político, generado por la exclusión y vulnerabilidad de las personas con VIH y sus allegados para el mejoramiento de su calidad de vida.

**b. Ejecución hasta la fecha y principales limitaciones**

En noviembre del 2013, se llevó a cabo a través de un proceso participativo, la Evaluación de medio término del PEN 2011-2015 (Anexo 27, con Informe de la Evaluación), desarrollando una combinación de técnicas para obtener datos cuantitativos y cualitativos sobre el cumplimiento del plan y sus resultados.

Para los aspectos cuantitativos, se definió el peso de cada indicador seleccionado por el país como prioritario, sobre el objetivo específico al que le corresponde, y el aporte de cada objetivo

específico a la totalidad de la ejecución del Plan. De los 23 indicadores reportados, el 63% cuenta con un nivel de avance alto, un 4% reporta un nivel de cumplimiento medio, un 21% un nivel bajo y para un 13% de éstos no se reporta ningún tipo de avance. (*Anexo 27. Cuadro p.6. Referido a los resultados de la evaluación cuantitativa sobre el cumplimiento del PEN*)

A nivel cuantitativos, se concluye sobre el nivel de ejecución:

### 1. En tratamiento

- *Avances:* en la atención de las personas con VIH (principalmente en cantidad de mujeres embarazadas), en el tratamiento a infantes y en la entrega de tratamiento de acuerdo a la carga viral. Cobertura de TARV de 59,1% de los elegibles (según criterios OMS). Control de la transmisión vertical y el control prenatal.
- *Desafíos:* discurso de enfoque integral, pero realidad centrada en abordaje biomédico; carencias a nivel de interconsulta o comunicación entre médicos de infectología y otros médicos (de EBASIS y de clínicas).

### 2. En prevención

- *Avances:* en prevención primaria y secundaria con tamizaje al aprobarse el algoritmo para pruebas rápidas, y proceso de capacitación a laboratorios para extender la prueba a nivel nacional. Diseño de la estrategia nacional de acceso a condones, por implementarse a partir del 2015.
- *Desafíos:* poco trabajo en sensibilización, difusión de información y capacitación.

3. **En atención especializada a poblaciones clave:** apertura de un sitio centinela.

4. **En derechos humanos:** avances en el proceso de diálogo nacional con apoyo de la Defensoría de los Habitantes. Con el apoyo del Proyecto Capacity, se ha revisado la currícula e incorporado el tema de VIH, en la escuela de enfermería de la UCR y de siete escuelas de enfermería universidades privadas del país.

5. **En el sistema de información:** otorgamiento de la OMS de la administración del software al Ministerio de Salud. Se están introduciendo datos, se pueden hacer ajustes y cambios, se diseñó el módulo de seguimiento. Debe oficializarse y posicionarse institucionalmente.

6. **En vigilancia:** El reporte de notificación obligatoria de VIH (tiempo, persona y lugar) se establece en el 2002, lográndose desde ese año, el reporte de la CCSS. Sin embargo, es hasta el periodo 2011-2013, que se hace posible que todos los laboratorios privados reporten directamente al sistema nacional, haciendo más completa la vigilancia epidemiológica.

7. **En investigación:** Encuesta Nacional de Salud Sexual Reproductiva y Estudio de seroprevalencia en HSH realizados. Algunos estudios especiales y encuestas realizados desde las ONG (estudios CAP; Caracterización de las personas con VIH en diferentes poblaciones, 2011; Calidad de los servicios de atención hacia las personas con VIH, 2012; Perfiles de riesgo en personas con VIH). Se está ejecutando el Índice de Estigma y Discriminación hacia personas con VIH. Sin embargo, como país no se ha impulsado la investigación por motivos presupuestarios.

Entre los factores que han contribuido al avance de los objetivos del PEN, se citan:

1. **Participación y consenso durante la formulación.** Ejercicio de consulta que incluyó a la sociedad civil, al sector gubernamental y a algunas agencias de cooperación.
2. **Apoyo político y articulación del PEN con la planificación en salud.** Indicación del despacho de la Ministra de Salud para que su formulación se integrara al proceso de planificación ministerial, articulándolo a nivel político a otros planes de país (Política Nacional de Salud, la Política de Sexualidad, el Plan Nacional de salud, Plan Nacional de Desarrollo).
3. **Costeo.** Por primera vez se elaboró un costeo buscando acercarse a determinar la inversión necesaria para la implementación del PEN según línea estratégica. Esto contribuyó para conocer los requerimientos financieros para la implementación del PEN, sin embargo, no se

logró vincular a los presupuestos institucionales.

4. **Motivación y contribuciones personales.** Coordinación asumida por la jefatura de planificación del Ministerio de Salud con apropiación del tema y capacidad técnica. Disponibilidad e involucramiento de la sociedad civil en la implementación de algunos proyectos de investigación y en su intención por participar en procesos de incidencia política.

Entre las dificultades para su implementación se identifican:

1. **Poca participación** en comisiones tanto desde el sector gubernamental como desde Organizaciones de Sociedad Civil.
2. **Asignaciones presupuestarias.** Poca o nula disposición de recursos por parte de instituciones para desarrollar actividades orientadas a alcanzar los objetivos del PEN.
3. **Limitaciones del costeo.** Basado en un primer ejercicio del MEGAS del país limitado en cifras realistas, el costeo pareciera fuera de contexto. Esto provocó una propuesta ambiciosa, pero con poco principio de realidad.
4. **Necesidad de mayor apoyo político.** Falta de incidencia de CONASIDA y de toma de decisiones políticas.
5. **Insuficiente operacionalización del PEN.** Plan operativo interinstitucional elaborado, pero no llevado a la programación de actividades de todas las instituciones.
6. **Poca capacidad técnica de la sociedad civil y limitaciones en la efectividad para la incidencia.** Debida en gran parte a limitaciones económicas.
7. **Desarticulación.** Pocos puntos de encuentro entre sociedad civil y sector gubernamental.
8. **Deficiencias en monitoreo y evaluación del PEN.** Problemas de registro de información, de suministro de la misma. Deficiencias en el diseño de metas e indicadores, incluyendo áreas estratégicas que no cuentan ni con indicadores y ni con metas.

### c. Lecciones aprendidas y recomendaciones

El PEN responde a las necesidades y condiciones del contexto en el 2010 y a la información de líneas basales con las que se contaba en ese momento. Con el tiempo se evidenciaron deficiencias, siendo una de las principales, no contar con un enfoque especializado en la prevención y atención de poblaciones clave, lo que hace que lo planteado en el 2010, no responda adecuadamente al comportamiento actual de la epidemia. Frente a ésta situación, la evaluación del PEN brinda las siguiente recomendaciones:

1. **Ajustar el PEN.** De acuerdo al comportamiento actual de la epidemia. Brindar énfasis en brechas programáticas en prevención, derechos humanos y mitigación del impacto. Realizar estudios y recolectar información para la toma de decisiones. Ajustar indicadores, metas y responsables para cada uno de los objetivos estratégicos. Definir líneas presupuestarias claras y contar con un presupuesto más específico por cada línea.
2. **Implementar otros mecanismos para la realización de estudios.** Valorar la complementariedad de estudios por medio de convenios con instituciones académicas.
3. **Reestructurar CONASIDA.** Para que fortalezca su peso político e incidencia efectiva. Para toma de decisiones. Para que desarrolle capacidad para monitorear y evaluar el PEN.
4. **Prevención y reducción del estigma y la discriminación.** Desarrollar más y mejores procesos.
5. **Diseñar un sistema de información integrado.** Contar con flujogramas de información definiendo fuentes, responsables y temporalidad de reporte de los datos. Este sistema debe contar con un mandato claro y de acatamiento obligatorio que lo haga efectivo.
6. **Rendición de cuentas de las instituciones que conforman CONASIDA.** Procesos más



efectivos.

7. **Fortalecer las capacidades de la sociedad civil.** Contar con recursos para mejorar capacidad técnica, gerencial, de negociación, de incidencia de las organizaciones de sociedad civil. Apoyar a las ONG para gestionar los recursos de la Junta de Protección Social. No se determina en la Evaluación, pero otra deficiencia es limitar los Sistemas Comunitarios a Organizaciones No Gubernamentales (ONG) en lugar de referirse a Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), sin hacer referencia a fortalecimiento de grupos, redes, movimientos y su labor orientada al cambio grupal, social y estructural.
8. **Revisar y actualizar la política en torno al VIH y sida y promover su acatamiento.** Necesidad de contar con una política de Estado de acatamiento obligatorio que no dependa de los cambios de administración o de la voluntad política para implementarla. Socializar más los reglamentos y normativas existentes, así como los acuerdos firmados por el país.

#### **d. Principales áreas de vinculación con la estrategia nacional de salud**

El Plan Nacional de Salud 2010- 2021 ([Anexo 30](#)) tiene como propósito “Proteger y mejorar, con equidad el proceso de salud de la población, mediante la participación articulada de los actores sociales y la gestión de la planificación, a fin de promover una mejor calidad de vida”. La implementación de éste Plan ha tenido las siguientes repercusiones sobre los resultados relacionados al avance de la respuesta del país al VIH:

1. Se han orientado acciones al fortalecimiento de una cultura de cuidado individual y colectivo que contribuya a la producción de la salud y al desarrollo humano inclusivo integral. Para ello se ha impulsado el trabajo en salud sexual y reproductiva, tomando siempre en cuenta el tema de VIH en cumplimiento a los Objetivos de Desarrollo de Milenio. El trabajo ha sido fortalecido especialmente en población joven.
2. Buscando garantizar el acceso a servicios de salud de atención integral a las personas para el mejoramiento del proceso de salud de la población, se elaboró la Norma para la Atención Integral de las personas con VIH/sida, estandarizando la atención al VIH a nivel nacional (sector público y privado) y orientado acciones hacia el fortalecimiento de la atención en los servicios de salud en VIH (procesos de capacitación al personal de salud).
3. Con el fin de promover la reducción de brechas de inequidad social mediante acciones económicas y sociales articuladas para facilitar el mejoramiento de la salud y una mejor calidad de vida, se ha vinculado al Ministerio de Salud, la aprobación de los apoyos financieros que brinda la Junta de Protección Social (JPS), entre ellos los de las organizaciones que trabajan en prevención y atención del VIH.
4. La Dirección de Planificación Estratégica del Ministerio de Salud, orientada a coordinar y articular entre instituciones, sectores y sociedad civil, para una gestión integrada e integral de las diferentes acciones institucionales que contribuyen a proteger y mejorar el estado de salud de la población, es quien ha estado a cargo del tema de VIH desde el Ministerio de Salud, aspecto que ha fortalecido significativamente la respuesta del país al VIH.

#### **e. Actividades conjuntas existentes en materia de tuberculosis/VIH.**

Los datos de país de Coinfección TB/VIH reportados a la OMS en el 2013, indican que el 96% de los pacientes de TB conocen el estatus de VIH y el 100% de los pacientes reciben TARV, se carecen de datos personas con VIH examinadas para TB.

Ante este marco, el Ministerio de Salud como ente rector, y la Caja Costarricense de Seguro Social como prestador de servicios, han definido fortalecer las siguientes actividades dentro de los servicios de salud:

1. Establecer mecanismos de colaboración:
  - Facilitar la articulación de los equipos interdisciplinarios institucionales para la planificación, implementación y monitoreo de las actividades de colaboración.
  - Implementar un mecanismo de monitoreo y evaluación de las actividades de colaboración TB/VIH.



2. Reducir la carga de TB entre personas con VIH/SIDA:
  - Implementar el algoritmo de descarte de casos de TB en PVVIH para búsqueda intensiva de casos.
  - Adaptar y definir un algoritmo para el uso del GenXpert en el país.
  - Fortalecer la implementación de las normas de control de infección con énfasis en medidas administrativas y de infraestructura.

**f. Procesos de revisión y actualización de los planes estratégicos nacionales sobre la enfermedad y los resultados de estas evaluaciones.**

Partiendo de las recomendaciones de la Evaluación de medio término del PEN (2013), se llevará a cabo un proceso de ajuste que busque articulación intersectorial, coherencia entre áreas metas-indicadores-actividades, y desarrollo de estrategias que respondan al comportamiento actual de la epidemia (con énfasis en poblaciones HSH y trans). Se prevé contar con un documento ajustado en el segundo semestre del año 2014. Para el primer semestre el año 2015 se tiene programado la formulación del Plan Estratégico Nacional 2016-2020.

En la formulación se considerarán los elementos de la herramienta y las directrices de evaluación conjunta de estrategias nacionales de salud (JANS, por sus siglas en inglés), de la Alianza Sanitaria Internacional (IHP, por sus siglas en inglés), que establece 16 características necesarias para un PEN sólido.

Se establecen las siguientes etapas metodológicas:

1. Definición de la metodología y del marco conceptual y estratégico a desarrollar en el PEN.
2. Análisis de situación que incluirá al menos: la situación epidemiológica, del sistema de salud del país, de la medición del gasto, de los mecanismos de evaluación de la respuesta nacional al VIH.
3. Desarrollo de los talleres de formulación del PEN.
4. Elaboración del costeo respectivo.
5. Elaboración del apartado de MyE.
6. Procesos de validación interna y externa de los documentos preliminares.
7. Aprobación de parte de las autoridades.
8. Oficialización del PEN.

Todas las etapas se desarrollarán con amplia participación de los actores incluyendo las instituciones gubernamentales, las poblaciones clave y otras poblaciones vulnerables, organizaciones de la sociedad civil, asociados bilaterales y multilaterales.

## **SECCIÓN 2: PANORAMA DE FINANCIAMIENTO, ADICIONALIDAD Y SOSTENIBILIDAD**

Para lograr una repercusión duradera frente a las tres enfermedades, los compromisos financieros procedentes de fuentes nacionales deben desempeñar un papel clave en la estrategia nacional. El Fondo Mundial asigna recursos que están lejos de ser suficientes para cubrir el costo total de un programa técnicamente sólido. Por tanto, es fundamental evaluar en qué medida el financiamiento solicitado se ajusta al panorama de financiamiento general y cómo el Gobierno va a destinar mayores recursos al programa nacional de la enfermedad y al sector de la salud cada año.

### **2.1 Panorama de financiamiento general para el próximo período de ejecución**

A fin de conocer el panorama de financiamiento general del programa nacional y la forma en que esta solicitud de financiamiento encaja en el mismo, describa brevemente:

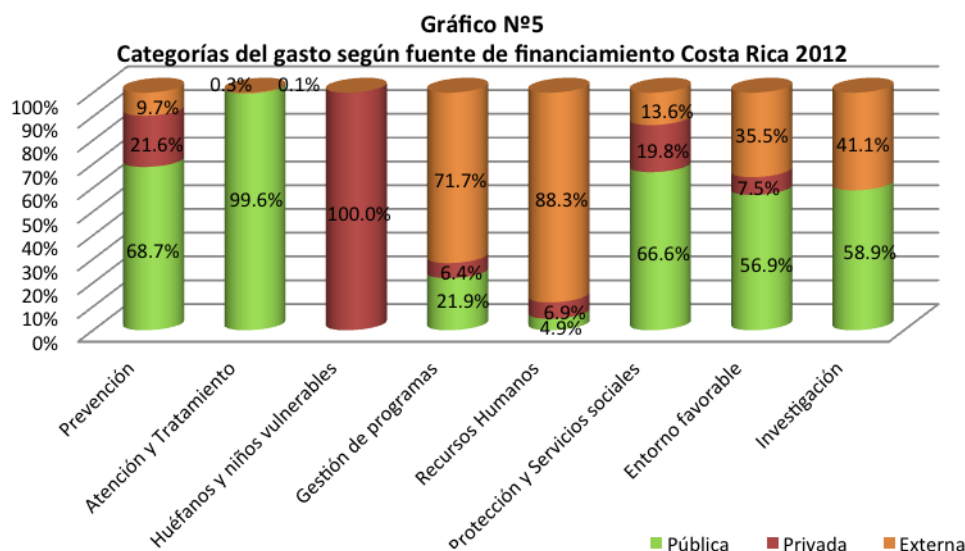
- a. La capacidad de pago para cada área programática que recibe apoyo financiero actualmente y la fuente de dicho financiamiento (gobierno y/o donante). Señale cualquier área programática que cuente con los recursos adecuados (y que, por

tanto, no esté incluida en la solicitud al Fondo Mundial).

- b. Cómo la inversión propuesta del Fondo Mundial han movilizadado y propiciado los recursos de otros donantes.
- c. En el caso de áreas programáticas que tengan deficiencias de financiamiento significativas, las acciones planificadas para abordar dichas carencias.

**a. Apoyo financiero según área programática y fuente de financiamiento**

Según la **Medición del Gasto de la Respuesta Nacional ante el VIH y SIDA 2012** (Anexo 13), el gasto nacional en VIH y Sida para el año 2012 fue de \$22.6 millones, lo que corresponde a un 0.05% del PIB, un 0.46% del gasto en salud y un gasto de US\$ 4.7 por habitante. Los aportes de ese total se dividen de la siguiente manera:



Fuente: Costa Rica, Medición del gasto en sida

- **Fondos Públicos: 81.5% del gasto total (\$18,4 millones).** En este sector, el 90% del financiamiento proviene de la Caja Costarricense de Seguro Social (\$16,5 millones) seguido por el de Gobierno Central<sup>12</sup> con el 8% (\$1,5 millones). Además de estas existen otras fuentes de financiamiento público con un aporte del 2% (\$0.4 miles)<sup>13</sup>.

- **Fondos Privados: 9.3% del gasto total (\$2,1 millones).** El 97% de estos fondos provienen de los hogares. El 3% (\$61,9 mil) restante es financiado por instituciones sin fines de lucro (1%), con fines de lucro (1%) o instituciones sin clasificar en otras categorías (1%).

- **Fondos Externos: 9.1% del gasto total (\$2,1 millones).** Un 54% de éste financiamiento proviene de contribuciones bilaterales directas (siendo el Gobierno de los Estados Unidos de América el mayor contribuyente a través de los proyectos PASCA, Proyecto Capacity CA y Proyecto de Salud Integral; se suman el Gobierno de Alemania, Gobierno de los Países Bajos y el Gobierno de España); un 12% de organismos multilaterales (ONUSIDA, OMS, ACNUR, UNFPA, ONUDD, UNICEF) y un 20,9% de organizaciones y fundaciones internacionales sin fines de lucro (REDCA+, Cruz Roja Internacional, Federación Internacional de Planificación de la Familia). Se debe desatacar que actualmente que no hay subvenciones del Fondo Mundial.

La mayoría de los recursos fueron destinados a la categoría de atención y tratamiento alcanzando un 52%. La segunda categoría de más gasto es prevención, con un 39%, el 9% restante fue gastado por: Recurso Humano (2,73%); Gestión y Administración de Programas (2,27%); Entorno Favorable (1,36%); Protección y Servicios Sociales (1,34%); Investigación (1,18%); Huérfanos y Niños Vulnerables (0,19%).

**Atención y tratamiento (52% del gasto total, USD 11.737.481).** Un 99,6% está financiado con fondos del sector público, específicamente de la Caja Costarricense de Seguro Social. El resto son fondos del sector externo (0,2%) y el privado (0,1%). En comparación con el 2010 las se mantiene la misma tendencia. Según el tipo de intervención, la atención hospitalaria involucra el mayor rubro

<sup>12</sup> Ministerio de Justicia y Paz, Ministerio de Salud, IAFA, Defensoría de los Habitantes, Ministerio de Cultura, Ministerio Gobernación, PANI, IMAS, FODEFAF y, Ministerio de Hacienda e INAMU.  
<sup>13</sup> Junta de Protección Social, el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE), Instituto Nacional de Seguros

(48%), seguido por el tratamiento antirretroviral para adultos (44%).

**Prevención (39% del gasto total, USD 8.782.083).** El 68,7% de la prevención es financiada con fondos del sector público, 21,6% del sector privado y 9,7% del sector externo. En comparación con el 2010 el financiamiento de las actividades de prevención por el sector público presenta un aumento de 8,9 %, los del sector privado disminuyen en un 8,5% y el sector externo prácticamente se mantiene casi igual. Según tipo de intervención, el 30,7% corresponde a prevención en TS, 20,4% a suministro de condones masculinos, 15,9% a PTMI, y 14,9% a seguridad hematológica. Pese a que los HSH han sido reconocidos como una de las poblaciones más afectadas, es la categoría que menos recursos se destinaron, solamente un 5,6% (\$186.090).

**Gráfico N° 6**  
**Gastos en prevención por tipo de intervención**  
**Costa Rica 2012**



Fuente: Costa Rica. Medición del gasto en sida 2012

**Huérfanos y niños vulnerables (0,19% del gasto total, USD 43.683).** Las actividades se financiaron en su totalidad con fondos del sector privado (100%), tanto en el 2010 como en el 2012. Hay un aumento en el monto del financiamiento ya que en el 2010 fue de \$2.3miles.

**Gestión y administración de programas (2,27% del gasto total, USD 512.617).** Las funciones con mayor financiamiento fueron las de planificación y gestión de programas (47%), vigilancia serológica (17%) y vigilancia y evaluación (16%). Su financiamiento provino, en su mayor parte, de fondos del sector externo (71,7%), seguido del público con un 21,9%, y de último el privado con 6,0%. En comparación con el 2010, el sector público presenta un aumento (4,1%) y el sector privado muestra una disminución (3,2 %). El sector externo prácticamente se mantiene igual.

**Recursos humanos (2,73% del gasto total, USD 612.823).** La función que concentra más recursos es capacitación, con un 63%, seguida por la formación para fortalecer la fuerza de trabajo en sida (21%). La mayor parte del financiamiento proviene del sector externo (88,2%), seguido por el privado (6,9%), y el público (4,9%). Con respecto al 2010 se presenta un aumento del gasto en la formación para fortalecer la fuerza de trabajo en sida, pasando de un 1% a un 21%.

**Protección y servicios sociales (1,34% del gasto total, USD 303.469).** Esta categoría se financió en un 66,6% con fondos públicos, 19,8% con privado y 13,6% con fondos externos. En comparación con el 2010, no hubo financiamiento del sector externo. El financiamiento del sector público aumentó un 37,3%, mientras que el sector privado disminuyó en un 50,9%. Hubo un aumento considerable en el 2012 con respecto al 2010 (\$19.222).

**Entorno favorable (1,36% del gasto total, USD 307.468).** El gasto se concentra en los programas de derechos humanos (69%), seguido por los programas para reducción de violencia de género (14%). En comparación con el 2010, la fuente de financiación más importante fueron los fondos externos con un 61,3%, el público aumento de un 34,7% a un 59,9% y el privado también aumentó de un 4% a un 7,5%.

**Investigación (1,18% del gasto total, USD 266.529).** Fue financiada en su mayoría por fondos del

sector público (58,9%) y externo (41,1%). No hay financiamiento privado. El gasto está concentrado en 56%, actividades en investigación del VIH (sin clasificación). Un 30% es destinado al área de investigación comportamental y un 14%, en investigación en ciencias sociales. En comparación con el 2010, hay un aumento de fondos provenientes del sector público, pasando del 11,9% al 58,9%, y una disminución del externo de 88,1% a 41,1%.

**b. La inversión propuesta del Fondo Mundial, la movilización de otros recursos y sostenibilidad de las acciones.**

De acuerdo con los resultados de MEGAS 2012 (Anexo 13, p.43), el financiamiento externo representa 9.1% del gasto en VIH en Costa Rica. La mayor parte de estas contribuciones constituye Asistencia Oficial al Desarrollo proveniente de agencias bilaterales (Estados Unidos y Países Bajos) y multilaterales (ONUSIDA y agencias del Sistema de Naciones Unidas). A fin de establecer el monto de recursos programados para los años próximos fueron consultadas las diversas agencias, aunque no siempre tuvieron información disponible para los tres años siguientes.

La información presentada por ONUSIDA y las agencias del SNU muestra un comportamiento descendente. Iniciando con USD 800 mil, ya para 2013 se ubica en 255 mil, y se espera que en 2016 se encuentre en USD 170 mil. En cuanto a otras agencias multilaterales, no se tiene información suficiente para definir la programación de los fondos; el 1% de la respuesta que proviene de fuentes multilaterales se asumió como estático para los próximos años, en un nivel de USD 300 mil, lo cual es a la vez moderado y optimista. La declinación de los fondos de cooperación en el mundo y el desempeño dinámico de la economía de Costa Rica, son factores que respaldan el escenario descendente de los fondos externos para VIH que se obtuvo, de USD 1.1 millones en 2010 a USD 470 mil en 2016.

Dado que por sus características Costa Rica cuenta con limitadas posibilidades de movilización de recursos externos adicionales, la inversión propuesta al Fondo Mundial ha representado una oportunidad para movilizar recursos internos en miras a la sostenibilidad de las acciones orientadas ya no sólo a tratar, sino que a contener la epidemia, focalizando las inversiones de prevención en las poblaciones más vulnerables. En este sentido, la inversión propuesta para Fondo Mundial ha logrado movilizar internamente:

- a. Como aspecto crítico para la sostenibilidad de las acciones, la propuesta ha sido aprobada y respaldada por parte de la Ministra de Salud (Anexo 31) y de la Presidencia Ejecutiva de la CCSS (Anexo 32). Se ha establecido un compromiso de ambas instituciones para plantear una estrategia Estado de forma definitiva para las personas no documentadas y las no aseguradas en alguna de las modalidades actuales.
- b. Distribución de la utilidad neta de las loterías los juegos y otros productos de azar, a través de la Junta de Protección Social (JPS) para las ONG dedicadas a la prevención y la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual y la investigación, el tratamiento, la prevención y la atención del VIH/SIDA (Ley No. 8718 Autorización para el cambio de nombre de la Junta De Protección Social y establecimiento de la distribución de rentas de las Loterías Nacionales. Artículo 8, inciso i) (Anexo 33-es- y 34-en-)
- c. Se está gestionando la incorporación de una línea de prevención que incluya rubros específicos para HSH y trans femeninas en el plan operativo de la CCSS y en su respectivo presupuesto.
- d. Como parte de la sostenibilidad de las acciones, partiendo de la Estrategia de Sostenibilidad Regional 2014-2015 (Anexo 35) y del Plan de Acción y Monitoreo de la Estrategia Regional de Sostenibilidad 2014-2015 (Anexo 36), se ha elaborado el Plan de Acción y Monitoreo de Costa Rica 2014-2015 (Anexo 37).

El Plan de Acción y Monitoreo de Costa Rica 2014-2015, plantea la estrategia de sostenibilidad de Costa Rica para acelerar el progreso hacia el acceso universal a la prevención, la atención, el tratamiento y apoyo en VIH, mediante la orientación de los esfuerzos y recursos incrementados hacia las intervenciones más costo -efectivas, especialmente en la atención a las poblaciones más afectadas por la epidemia, los HSH y trans femenina.

Se aumentará la participación de fuentes nacionales en el financiamiento de la respuesta al VIH, mediante la movilización de recursos y la integración de programas y servicios en respuesta al VIH en las prioridades nacionales, las agendas políticas, los marcos normativos, los presupuestos y las funciones regulares de las instituciones.

En este sentido, una acción clave es el fortalecimiento de la gestión de fondos nacionales

generados por la Junta de Protección Social para la sostenibilidad de acciones de las ONG en materia de prevención de VIH de y a poblaciones claves.

La Seguridad Social cuenta con un Plan de Acción para la atención integral que inicia con la articulación de actividades con ONG para la vinculación de las poblaciones clave a los servicios públicos de salud, aumentando la cobertura de prueba rápida en población clave. Por su parte el sistema de seguridad social, ha incorporado a nivel nacional la implementación del algoritmo diagnóstico con prueba rápida, con la respectiva aplicación de instrumentos de consejería pre y post prueba voluntaria; con el desarrollo de actividades de capacitación sobre el algoritmo a los funcionarios de los servicios públicos.

Entre las acciones a desarrollar, se plantea analizar las modalidades de aseguramiento actuales y elaborar una estrategia Estado de forma más definitiva para garantizar el acceso a los servicios de salud, a las personas no documentadas y las no aseguradas

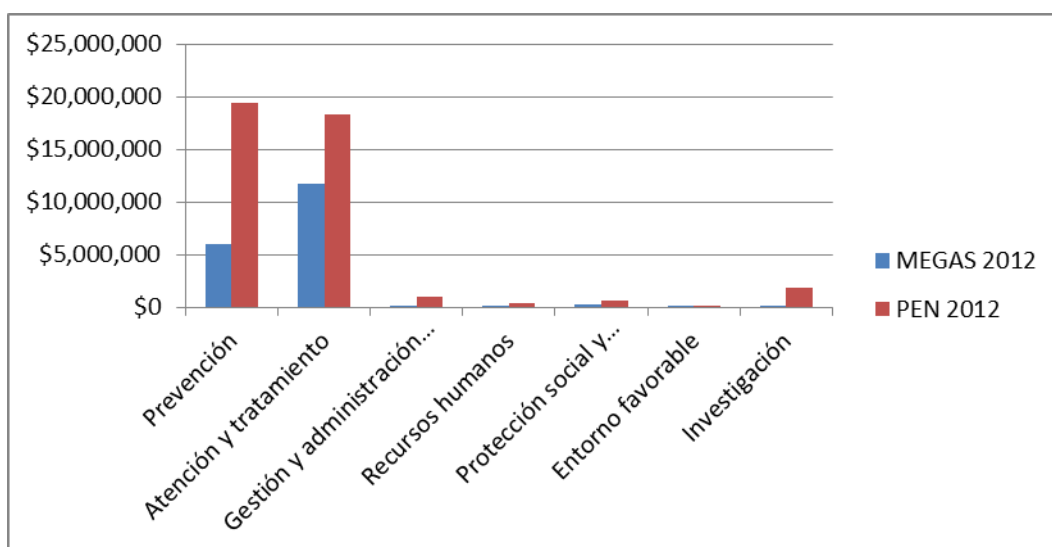
### c. Áreas programáticas con deficiencias de financiamiento significativas y acciones planificadas para abordar dichas carencias

Dado que los presupuestos públicos y los programas de atención no están organizados por enfermedades, la proyección del gasto en Costa Rica se basa en el supuesto que el nivel de gasto en VIH es una proporción estable del gasto público en salud en Costa Rica. El comportamiento del gasto público en salud, sea financiado con impuestos o contribuciones a la seguridad social, generalmente guarda una proporción con el producto nacional.

Analizando el total que se gastó en el 2010 (Anexo 38), y el costeo del PEN ( Anexo 29), se podría pensar que en el país no hay una brecha económica para costear las actividades, situación que cambia en el 2012, donde el gasto total es menor a lo estimado para el PEN 2012. Este aparente "Exceso de Gasto" en Costa Rica limita las posibilidades del país de solicitar fondos externos, situación que de acuerdo al ajuste del costeo del PEN (Anexo 50) se identifica que el mismo estaba severamente subestimado en las categorías de gasto, especialmente en prevención, atención y tratamiento.

La información obtenida en el MEGAS 2012 (Anexo 13) con respecto al costeo ajustado del Plan Estratégico Nacional 2011-2015 (Anexo 50). En ese año se gastó USD 18 millones para atender la respuesta país. El costeo del PEN para ese mismo año se calculó en USD 41 millones. Se evidencia una brecha económica para costear las actividades de USD 23 millones.

**Gráfico N°7**  
**Brecha financiera por categoría de gasto**  
**Costa Rica, Año 2012**



Según categoría del gasto, la mayor brecha financiera se presenta en prevención con USD 13



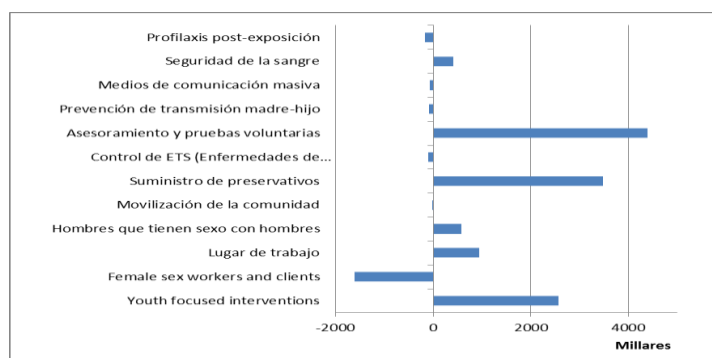
millones. Le siguen los servicios de cuidado y tratamiento con una brecha de USD 6.5 millones. Según costeo, la brecha para el año 2014 se proyecta en USD 1,6 millones.

**Gráfico N°8**  
**Brecha financiera por categoría de gasto**  
**Costa Rica, Año 2012**



Dentro de las actividades de prevención para el año 2012 existe una brecha de más de USD 4 millones en pruebas de laboratorio y de USD 3 millones en condones y **USD 2 millones en actividades con jóvenes**. Los datos globales esconden brechas mayores en intervenciones clave. Los recursos disponibles para prevención en HSH son bajos. La brecha es de USD 500 mil, pero según las proyecciones de costeo del PEN podría aumentar en los próximos años si no se invierten recursos en esta población. **De los programas de apoyo, la mayor brecha esta en la investigación.**

**Gráfico N°9**  
**Brecha financiera prevención**  
**Costa Rica, Año 2012**



Con los recursos de la subvención se cubrirán las poblaciones de mayor riesgo (HSH y trans femeninas). Sin embargo, para el cierre de la brecha se requiere que desde la Seguridad Social, se continúe invirtiendo en la prevención de la transmisión vertical, pero se aumente significativamente la inversión en condones y pruebas de laboratorio focalizadas en éstas poblaciones. Para reducir el nivel de la epidemia en éste marco, se requiere ampliar la cobertura de la prueba en grupos específicos y optimizar la vinculación al tratamiento y supresión viral a las personas.



Las acciones planificadas para abordar las carencias son:

1. Revisión y planteamiento de Tx 2.0 para Costa Rica. Los hallazgos de la misión de Tratamiento 2.0 (*Anexo 48*) serán implementados por la Caja Costarricense de Seguro Social, con apoyo de OPS y del Ministerio de Salud. Las áreas de trabajo prioritarias a desarrollar serán: corresponden a las de optimización los regímenes de medicamentos: a) Las normas incorporan el nuevo criterio de inicio más temprano del TARV (<500 CD4), sin embargo la adopción de las recomendaciones de OMS de 2013 es parcial y no incluyen la recomendación de un esquema preferente TDF+XTC+EFV; b) No se están utilizando medicamentos en dosis única para el tratamiento de 1ª línea; c) se ha completado el proceso de migración de esquemas con ARV no recomendados (d4T, ddl, IDV, NFV), sin embargo no se ha ampliado el registro de otros ARV (ex. NVP, ATV) en el cuadro básico de la CCSS; d) Se actualizarán las normas nacionales de uso de ARV en base a la evidencia actualizada y para armonizar las normas vigentes con las recomendaciones de OMS (2013). Se considerará ampliar el arsenal terapéutico para el VIH (1º semestre de 2015) con medicamentos alternativos de 1ª y 2ª línea y combinaciones a dosis fija. Las nuevas recomendaciones se enviarán al Ministerio de Salud para elaboración y publicación de un addendum a la norma nacional para la atención integral de las personas con VIH/Sida.
2. Responder al comportamiento de la epidemia, generando acciones orientadas a la prevención y atención integral en personas HSH y trans. Movilizar recursos internos y externos para atender a éstas necesidades.
3. Movilizar recursos externos y potencializar las capacidades y oportunidades internas, para el fortalecimiento del Sistema de Vigilancia del país.
4. Movilizar recursos internos y externos que permitan el fortalecimiento de los Sistemas Comunitarios tanto para la captación de las poblaciones, como de la prestación de servicios de prevención (IEC y CCC) y la movilización para el cumplimiento de derechos.

## 2.2 Requisitos de financiamiento de contrapartida

**Rellene la tabla de análisis de deficiencias financieras y de financiamiento de contrapartida (tabla 1).** Los requisitos de financiamiento de contrapartida se incluyen en la Política sobre elegibilidad y financiamiento de contrapartida del Fondo Mundial.

Indique aquí abajo si se han cumplido los requisitos de financiamiento de contrapartida. En el caso contrario, proporcione una justificación que incluya un plan de acción para cumplir el requisito durante la ejecución de la solicitud de financiamiento.

Requisitos de financiamiento de contrapartida	¿Cumple con el requisito?	Si no es el caso, proporcione una breve explicación con acciones planeadas
i. Disponibilidad de datos fiables para evaluar el cumplimiento.	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
ii. Umbral mínimo de contribución gubernamental al programa de enfermedades (ingresos bajos: 5%; ingresos medios bajos de la franja inferior: 20%; ingresos medios	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

bajos de la franja superior: 40%; ingresos medios altos: 60%).		
iii. Mayor contribución gubernamental al programa de enfermedades.	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
iv. Mayor contribución gubernamental al sector de la salud	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<p>a. En comparación con los años anteriores, describa las inversiones adicionales del gobierno comprometidas a los programas nacionales en el próximo período de ejecución, que se realizarán para acceder a la totalidad del monto asignado del Fondo Mundial en relación a los compromisos de voluntad de pago. Especifique claramente las intervenciones o actividades que serán financiadas con los recursos adicionales del gobierno, e indique cómo se dará seguimiento y reportará la materialización de esto.</p> <p>b. Proporcione una evaluación de la integridad y fiabilidad de los datos financieros presentados, incluidos posibles supuestos y limitaciones asociadas con los datos.</p>		
<p><b>a. Inversiones adicionales del gobierno</b></p> <p><b>Gastos de Contrapartida.</b> Las necesidades de recursos<sup>14</sup> para la respuesta nacional al VIH durante la vigencia de la solicitud de financiamiento se estima en USD 262.601.135</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La suma de los aportes públicos a la respuesta en los tres años anteriores al período de implementación de la subvención ha sido estimada en USD 58.881.384</li> <li>- La suma de recursos públicos durante la vigencia de la subvención es de USD 95.865.525</li> <li>- Los recursos externos no provenientes del Fondo Mundial se estima se mantienen en el mismo nivel del año 2012</li> <li>- Las carencias anticipadas de financiamiento totales durante la vigencia de la subvención se estiman en USD 110.897.462</li> <li>- Para el mismo plazo, el aporte solicitado al Fondo Mundial suma USD 4,883,405</li> <li>- Los recursos públicos suman USD 95.961.661</li> </ul> <p>La contrapartida de gobierno al aporte del Fondo Mundial representa un 92%, muy por encima del umbral de 60% para países de ingresos medianos altos.</p> <p><b>Crecimiento en el aporte público a la respuesta de VIH durante el período de implementación.</b> El financiamiento de gobierno para la respuesta al VIH en el 2012 fue de USD 18.4 millones y se espera que para 2018 alcance un total de USD 25.6 millones, lo cual representa un crecimiento geométrico medio de 1.13% anual.</p> <p><b>Incremento del gasto público en todo el sector salud durante el período de implementación.</b> El gasto en salud del Gobierno General en Costa Rica alcanzó en el 2012 un total de USD 3.057 millones y de acuerdo con la tendencia examinada y la proporción respecto al gasto general de gobierno, estaría alcanzando un total de USD 7.485 millones en el 2018, lo cual representa un crecimiento geométrico medio de 1.03% anual. El gasto público de salud en Costa Rica como parte del BNP, es una de las más altas de América Latina. Aún así se proyecta un crecimiento respecto</p>		

<sup>14</sup> Estimado utilizando el Modelo Spectrum Modulo de Recursos Necesarios (RNM) por sus siglas en inglés, herramienta desarrollada por ONUSIDA

al gasto general del Estado. En el caso de Costa Rica lo fundamental no es aumentar, sino invertir mejor el gasto, reconociendo la epidemia concentrada (*Tabla 1: Análisis de deficiencias de financiamiento y de financiamiento de contrapartida*)

### **Voluntad de Pago**

**Intervenciones o actividades que serán financiadas con recursos adicionales del gobierno, su seguimiento y reporte.** Tal y como se mencionó en el apartado 2.1, a partir de la solicitud al Fondo Mundial, se han movilizado recursos adicionales del Estado, específicamente de la Junta de Protección Social (JPS). También se está en proceso de movilización de recursos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Específicamente:

i. **Junta de Protección Social (JPS)** (Ver Anexos 33-es- y 34-en-), *con carta firmada sobre el compromiso de recursos de la JPS*; Anexo 23 con Ley No. 8718, artículo 8, inciso i)

El fundamento legal que permite a la JPS asignar recursos financieros a programas y proyectos en el campo del VIH y sida es la LEY No 8718 “AUTORIZACION PARA EL CAMBIO DE NOMBRE DE LA JUNTA DE PROTECCION SOCIAL Y ESTABLECIMIENTO DE LA DISTRIBUCIÓN DE RENTAS DE LAS LOTERÍAS NACIONALES”, artículo 8 “Distribución de la utilidad neta de las loterías, los juegos y otros productos de azar”, inciso i) que establece: “De un uno por ciento (1%) a un uno coma cinco por ciento (1,5%) entre organizaciones no gubernamentales dedicadas a la prevención y la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual y la investigación, el tratamiento, la prevención y la atención del VIH-SIDA, conforme al Manual de criterios para la distribución de recursos de la Junta de Protección Social” (aprobada por la Asamblea Legislativa de Costa Rica, 2 de febrero 2009).

Dicha Institución otorga los recursos a las ONG mediante:

a) Programa apoyo a la gestión, cuyo objetivo es otorgar recursos económicos a las organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro que coadyuvan al mejoramiento de la calidad de vida de la población en condición de vulnerabilidad social.

b) Programa Atención de Proyectos y Necesidades Específicas.

En el primero se distribuyen recursos económicos para la satisfacción de una necesidad concreta planteada por la ONG incluida ésta en los sectores de población señalados en el artículo 8 de la Ley N° 8718, esté o no, inscrita en el programa de “Apoyo a la Gestión”.

En el *Programa de Atención de Necesidades Específicas*, se brinda apoyo económico a entidades inscritas en el Programa Apoyo a la Gestión para que a través de recursos adicionales, puedan atender en forma más expedita la reposición y adquisición de mobiliario y equipo, material didáctico, entre otros, así como reparaciones menores en planta física.

Es necesario especificar que la JPS financia a organizaciones inscritas en CONASIDA a través del programa de apoyo a la gestión y proyectos, para lo cual se requiere el aval y priorización del ente rector, actualmente, Despacho del Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud, confirma que éstas se encuentren articuladas a las estrategias de país, velando porque las intervenciones financiadas por la JPS se articulen adecuadamente con el Plan Estratégico Nacional (PEN). Debe recordarse que se ha contemplado que la reformulación del PEN para el periodo 2016-2020, responda a las necesidades actuales del comportamiento de la epidemia, enfocándose en las poblaciones clave. Este replanteamiento del PEN, facilitará que la JPS priorice el aval de propuestas de las OSC orientadas directamente a éstas poblaciones.

Durante la implementación del proyecto, el Ministerio de Salud y el RP trabajarán con la JPS para articular acciones dirigidas al cumplimiento del Plan Estratégico Nacional. Debe aclararse que la asignación de recursos en VIH de la JPS, depende además del tipo de propuestas que se envíen desde las OSC. Por ello, la subvención de Fondo Mundial financiaría un proceso de fortalecimiento de las organizaciones de CONASIDA para que éstas presenten proyectos a la JPS que respondan adecuadamente al PEN, a necesidades de las poblaciones HSH y trans femeninas y busquen la efectiva inversión de los recursos para la contención de la epidemia.

**Proyección de los fondos a otorgar de parte de la JPS en los próximos tres años.** El Departamento Contable Presupuestario de la JPS define cada año el presupuesto estimado. Así para el año 2015 puede estimarse un monto de USD 516.492. De esta manera, y de mantenerse en los tres años siguientes la distribución según lo señala la Ley 8718, artículo 8, inciso i), se

estima un presupuesto similar para los siguientes 3 años ([Anexo 39. Voluntad de Pagar](#))

**Mecanismo e instrumento de verificación de la asignación de los recursos.** Para estos efectos el instrumento corresponde al Presupuesto Ordinario de la JPS, mismo que para este año se tienen las cuentas respectivas según programa (apoyo a la gestión, atención de proyectos y necesidades específicas).

Se debe verificar cada año la incorporación en el presupuesto institucional de:

- 1) Los programas de apoyo a la gestión
- 2) Programa atención de proyectos y necesidades específicas

**ii. Línea de prevención de la CCSS.** El énfasis desde el Estado en respuesta al VIH han sido la atención y el tratamiento. Lo incluido a nivel de prevención ha sido específicamente para a) población general, destinando fondos para garantizar sangre segura; b) para tamizaje en embarazadas estando cerca de la erradicación de la transmisión vertical, y c) compra de condones extrafuertes para los que inclusive se han empezado a realizar convenios con las ONG para su distribución.

No ha existido por tanto, una línea de prevención para poblaciones clave. Actualmente se está gestionando la incorporación de una línea de prevención que incluya rubros específicos para HSH y trans femininas en el plan operativo de la CCSS y en su respectivo presupuesto.

#### **b. Integridad y fiabilidad de los datos financieros**

El análisis de brechas incluye información para tres segmentos: actual, programado y proyectado. El gasto actual se basa en la medición del gasto en VIH 2012. El gasto proyectado es resultado de una consulta a entidades de cooperación externa, y de la estimación del gasto público de gobierno central y de la Caja Costarricense de Seguro Social, a partir de las previsiones de PIB, Gasto de Gobierno General y Gasto en Salud del Gobierno General y de la Caja en particular, con base en la serie de tiempo de Cuentas de Salud de la Unidad de Financiamiento de la Salud de la OMS y publicación de datos financieros sobre Costa Rica en el sitio del Banco Mundial.

## **SECCIÓN 3: SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO AL FONDO MUNDIAL**

En esta sección se detalla la solicitud de financiamiento y cómo se orienta estratégicamente la inversión para lograr una mayor repercusión sobre la enfermedad y los sistemas de salud. Se debe incluir un análisis de las deficiencias programáticas principales que conforman la base de priorización de la solicitud. En la herramienta modular (tabla 3) se organiza la solicitud para vincular con claridad los módulos seleccionados de las intervenciones a las metas y los objetivos del programa, los cuales a su vez están asociados con indicadores, metas y costos.

### **3.1: Análisis de las deficiencias programáticas**

**Se debe llevar a cabo un análisis de las deficiencias programáticas para los módulos de prioridad (entre tres y seis) incluidos en la solicitud de financiamiento del solicitante.**

Rellene la tabla de deficiencias programáticas (tabla 2) donde se detallen los módulos de prioridad cuantificables dentro de la solicitud de financiamiento del solicitante. Asegúrese de que los niveles de cobertura de los módulos de prioridad seleccionados sean coherentes con los objetivos de cobertura de la sección D de la herramienta modular (tabla 3).

Para cualquier módulo de prioridad seleccionado que sea difícil de cuantificar (es decir, módulos que no prestan servicios), explique de forma narrativa las deficiencias, los tipos de actividades que están en marcha, las poblaciones o los grupos involucrados y las

## fuentes de financiamiento y deficiencias actuales.

El análisis de deficiencias programáticas proviene en su mayor parte de los resultados de la Evaluación de Medio término del PEN 2011-2015 ([Anexo 28](#)) y de las necesidades identificadas en el proceso de Consulta Nacional ([Anexo 29, correspondiente al Informe del Proceso de Consulta Nacional para la elaboración de la Nota Conceptual](#); y [Anexo 40 –es- y anexo 41 –en-, Resumen Ejecutivo sobre el Proceso de Consulta Nacional –en inglés y español-](#)) llevado a cabo en el marco de la elaboración de la Nota Conceptual. Ambos procesos contribuyeron a la definición de los Módulos de prioridad propuestos para la subvención de Costa Rica.

De los seis Módulos propuestos, cuatro presentan deficiencias difíciles de cuantificar:

Módulo 1: Políticas y Gobernanza

Módulo 3: Eliminación de las barreras legales de acceso

Módulo 4: Fortalecimiento de los Sistemas Comunitarios

Módulo 5: Seguimiento y Evaluación

El Módulo 2: Prevención –Hombres que tienen relaciones sexuales con Hombres y personas trans género-, es considerado cuantitativo y por tanto no se tendría que contemplar la inclusión de narrativa. Sin embargo, Costa Rica cuenta con brechas de carácter cualitativo relevantes para la propuesta en ésta área (específicamente con respecto al acceso a la prueba), por lo que además de la Tabla Programática, se incluye la sección narrativa.

El Módulo 6: Gestión de Programas, no se analiza en ésta sección, al estar referido a las actividades y presupuesto del RP para la implementación.

Antes de hacer lectura de ésta sección, se debe recordar que el Plan Estratégico Nacional 2011-2015 contiene deficiencias en relación a la focalización del trabajo en las poblaciones clave y en general, en el planteamiento de indicadores y metas para el área de derechos humanos y la ausencia de planteamientos para el fortalecimiento de sistemas comunitarios. Por este motivo no se mencionará nada con respecto a metas del PEN, pues no existen para ésta área.

**Módulo 1: “Políticas y Gobernanza”.** El proceso de Consulta Nacional identificó las siguientes brechas programáticas:

Brecha en Intervención 1.1: Normas, directrices y protocolos. Es limitada en generación, divulgación, implementación y evaluación de la implementación de normas, directrices y protocolos en salud, específicas para HSH y trans femeninas; y aseguramiento de la participación de las poblaciones clave en el proceso de formulación, aprobación, implementación y fiscalización de las diversas directrices, normas y protocolos.

*Ésta necesidad sería cubierta por la solicitud al Fondo Mundial, elaborando lo siguiente<sup>15</sup>:*

- *Normativa Nacional para la Atención Integral de la población HSH y trans femeninas (vinculante tanto para el sector público como para el privado)*
- *Manuales de Procedimientos para la Atención Integral de estas poblaciones para la CCSS y para el Ministerio de Justicia y Paz (MJ). Esto incluye el desarrollo de un sistema de supervisión de las directrices de atención especializada para: a. la supervisión y el seguimiento del desempeño de la CCSS y del MJ; b. la contraloría social*

*Otros fondos para ésta intervención: Recurso Humano del Ministerio de Salud, CCSS, MJ.*

*La necesidad de la creación de la Normativa junto con su Manual de implementación para CCSS y MJ sería cubierta por la solicitud al Fondo Mundial.*

**Módulo 2: Prevención –Hombres que tienen relaciones sexuales con Hombres y personas trans género-** Módulo también descrito en Tabla 2 (Deficiencias Programáticas)

Brecha en Intervención 2.3: Pruebas de VIH y asesoramiento como parte de programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero. En el proceso de elaboración de la Nota Conceptual se identificaron las siguientes barreras para el acceso a la

<sup>15</sup> En ésta sección, respondiendo al formato, se describe muy a grandes rasgos lo que se abordaría con la solicitud al Fondo Mundial. En las secciones 3.2 y 3.3 se brindan los detalles de cada uno de éstas propuestas, incluyendo los roles de las instituciones que aportarían recursos propios.

prueba:

**Barrera 1: Organización del servicio.** Captación tardía de la población HSH y trans y pérdida de oportunidad en la atención y realización de pruebas por:

- estructura administrativa que indica que la prueba se puede realizar con dos citas: una médica y una de laboratorio. Esto lleva a la persona a tener que asistir al centro de salud 2 ó hasta 3 veces sólo para realizarse la prueba y retirar el resultado.
- la prueba debe realizarse en el área de salud de adscripción de las personas
- pre-consejería y referencia a la prueba por parte de las ONG no era aceptada por la CCSS
- realización de la prueba disponible únicamente en horario diurno
- pérdida de oportunidad para realización de la prueba en consulta espontánea
- no viabilidad de realización de la prueba extramuro
- hasta el momento no se está aplicando prueba rápida, solamente se cuenta con prueba de Elisa

**Barrera 2: Legal**

- debe contarse con documento de identificación y ser asegurado para realizarse la prueba
- algoritmo de prueba rápida aprobado por el país ([Anexo 42](#)), indica que pruebas deben realizarse en suero y plasma, limitándolo a uso exclusivo de laboratorio. Ésta situación ocasiona que aún cuando a nivel extramuro sea viable realizar la toma de muestras, su procesamiento y entrega de resultado no puede ser inmediata, pues debe llevarse la prueba para procesamiento en un laboratorio.

**Avances del país en respuesta a ésta deficiencia.** En el proceso de elaboración de la Nota Conceptual se revisaron las barreras con las direcciones técnicas de la CCSS de laboratorio, servicios de salud, epidemiología y representación de una de las direcciones regionales del Gran Área Metropolitana, así como con la Presidencia Ejecutiva. Con éste proceso se acordaron las siguientes soluciones para la implementación de la propuesta:

**Barrera 1: Organización del servicio:**

- La CCSS recibirá las referencias de las ONG especializadas con las que hayan firmado un convenio, para realizar la prueba sin cita médica ni de laboratorio, reconociendo la pre-consejería realizada por la ONG, bajo el criterio de oportunidad
- Incorporación de profesionales médicos y no médicos de la CCSS en los procesos de pre-consejería
- Flexibilización para que las personas se puedan realizar la prueba fuera de su área de salud de adscripción (inicialmente sólo entre las áreas ligadas al proyecto)
- Se realizará prueba rápida intramuro, en horario diurno y vespertino (7am a 7pm)
- Potencializar el criterio de oportunidad en los servicios de salud como urología, proctología, PF, TB, drogodependencias, servicios de adolescentes. La CCSS valorará la viabilidad de realizar la prueba en los servicios de emergencias.
- Promoción (de la prueba, IEC) por parte de los Asistentes Técnicos de Atención Primaria en Salud –ATAPS-
- Referencia y contra-referencia: la CCSS realizará la prueba a las personas referidas por las ONG; las personas captadas por la CCSS serán referidas a las ONG SR de la subvención.
- Ámbito “extramuro”: se acuerda viabilidad de realizar la toma de muestras para la prueba, pero no de su procesamiento y entrega inmediata del resultado (debido a las limitaciones legales). Esto implica la participación de la CCSS (en horario diurno y vespertino) en tamizajes extramuro en coordinación estrecha con los servicios de educación y prevención brindados por las ONG (trabajo en conjunto en comunidades y actividades específicas – ferias, festivales-)

**Barrera 2: Legal**

- Aseguramiento: Simplificación por parte de la CCSS, de requisitos para afiliación. Divulgación de los requisitos para aseguramiento por la CCSS y las ONG
- Realización de la prueba a personas no aseguradas pero con documento de identificación: podría ser viable si los reactivos para las personas no aseguradas se financian con recursos estatales, no de la CCSS; implicaría la firma de un convenio entre la CCSS-MS y emitir una directriz para su cumplimiento. Durante el periodo de implementación de la propuesta, el Ministerio de Salud buscará los mecanismos financieros que podrían hacer viable ésta posibilidad.



Deficiencias que permanecen. Si bien se lograron avances significativos en un corto periodo de tiempo, éstos no son suficientes para garantizar un rápido aumento en la cobertura de la prueba y la vinculación temprana a la atención e inicio del tratamiento, pues siguen constituyendo barreras en los servicios estatales:

- a) la realización de la prueba a personas no documentadas;
- b) la disposición de horarios nocturnos para la realización de la prueba;
- c) que la prueba rápida se deba realizar en suero y plasma, restringiendo su uso a exclusivo de laboratorio, y limitando así el tamizaje que se ha probado más efectivo para éstas poblaciones: extramuro y en horarios nocturnos (espacios de socialización), con entrega inmediata del resultado.

*A través de la presente propuesta, se buscará generar evidencia que compruebe al país que el acceso y la entrega inmediata de la prueba, es un hito fundamental para lograr contener la epidemia en estas poblaciones y una inversión deseable para el sistema de salud.*

### **Módulo 3: “Eliminación de las barreras legales de acceso”.**

La Evaluación del PEN y el proceso de consulta identificaron las siguientes brechas:

Brecha en Intervención 3.1: Evaluación del entorno político y legal y reforma de leyes. La Evaluación del PEN indica que la formulación de políticas contra el estigma y discriminación hacia poblaciones vulnerables, no ha sido suficiente para lograr un mayor avance hacia la definición de mecanismos efectivos para la aplicación de las leyes planes y compromisos nacionales e internacionales. La consulta señala la necesidad de generar leyes especiales con y para poblaciones claves (por ejemplo Ley de Identidad de Género, debido a la inexistencia de legislación en el tema) y la urgencia de la aprobación de la Reforma de la Ley General del VIH de 1998, para que ésta responda a los cambios en el comportamiento y atención de la epidemia y fortalezca el enfoque de derechos. El país ya cuenta con: a) Mapeo sobre la legislación nacional elaborado por PNUD (2013) –[Anexo 8](#)-; b) Informe del Diálogo Nacional (2014) –[Anexo 7](#)-; c) Diagnóstico Jurídico sobre derechos humanos de las poblaciones lésbicas, gay, trans, bisexuales de Costa Rica (CEI, 2012) –[Anexo 43](#)-, documentos que en su conjunto, brindan un buen diagnóstico del cumplimiento del Marco Jurídico en el país. Sin embargo, está pendiente el análisis de éstos hallazgos orientado a una adecuada la planificación para la acción en incidencia.

*Ésta necesidad será cubierta por la solicitud al Fondo Mundial, desarrollando:*

- *un proceso de análisis participativo de la información contenida en los documentos arriba citados, del que se desprenda un plan de acción e incidencia, priorizado y costead, lo cual incluiría como puntos prioritarios:*
  - *un plan de incidencia específico para la Ley de Identidad de Género*
  - *apoyo al proceso de Reforma de la Ley de VIH*
  - *plan para la implementación de la Normativa contra la discriminación motivada por la orientación sexual e identidad de género (podría implicar propuesta de Ley contra la no discriminación)*
- *seguimiento y documentación de al menos un caso emblemático de defensa de derechos humanos de personas de la diversidad sexual.*

*Otros fondos para ésta intervención: recurso humano de la Defensoría de los Habitantes*

### Brecha en Intervención 3.2: Servicios de Asesoría Legal y alfabetización jurídica

Servicios de Asesoría Legal. La consulta señala como brecha la necesidad de contar con consultorios jurídicos que pueda atender a las poblaciones clave en todo el país.

*La solicitud al Fondo Mundial responderá a ésta necesidad propiciando condiciones para facilitar el acceso a la justicia para personas HSH, trans femeninas y personas con VIH a través del fortalecimiento de servicios jurídicos gratuitos ya existentes en las áreas de intervención del proyecto.*

*Otros fondos para ésta intervención: recurso humano de la Defensoría de los Habitantes*

Alfabetización jurídica. La consulta evidencia necesidades de:

- *estrategias de divulgación e información sobre DDHH, instrumentos jurídicos, servicios institucionales de protección de DDHH y mecanismos y procedimientos para denunciar*

violaciones a DDHH.

- procesos de capacitación a HSH, personas trans femeninas sobre sus DDHH, mecanismos de exigibilidad y denuncia.
- mecanismos que faciliten y simplifiquen el acceso al seguro social

*Ésta necesidad será cubierta por la solicitud al Fondo Mundial a través de:*

- *campañas específicas para personas trans femeninas, HSH y personas con VIH, que brinden información sobre derechos humanos y los mecanismos para su cumplimiento (a través de arte -p.e. galerías, festivales, teatro, cine foro, etc-, TICS -redes sociales, aplicaciones móviles-; abordajes directos a las poblaciones meta de la campaña; elaboración de material informativo sobre derechos humanos y mecanismos de denuncia). Se priorizará en las áreas de intervención de la propuesta.*
- *acompañamiento a personas no aseguradas para: a. procesos de documentación; b. procesos de información y capacitación sobre modalidades de aseguramiento; c. incorporarse a alguna de las modalidades de seguro*

*Otros fondos para ésta intervención: recurso humano de la Defensoría de los Habitantes*

Brecha Intervención 3.3: Seguimiento de los derechos legales con base comunitaria. La Evaluación del PEN evidencia que los mecanismos de contraloría social para el cumplimiento de los DDHH en torno al VIH, han tenido poco desarrollo. La consulta evidencia brechas en: el desarrollo de un sistema seguro de recolección y tramitación de denuncias; algún tipo de Observatorio de DDHH (basado en experiencias exitosas), como sistema de monitoreo del cumplimiento de leyes de protección de DDHH de HSH y personas trans; existencia de redes (DHR, instituciones y ONG) para el acompañamiento y resolución de denuncias; la consulta y participación permanente de poblaciones claves y personas usuarias de servicios en la construcción y mejoramiento de planes, programas y proyectos.

*La solicitud al Fondo Mundial responderá a ésta necesidad:*

- *Brindando posibilidades técnicas y financieras para que las OSC establezcan y apliquen mecanismos para el seguimiento continuo del marco jurídico, para documentar las barreras para una respuesta eficaz a la enfermedad a través de una Plataforma Digital de Vigilancia Ciudadana que facilite la denuncia, el seguimiento y el reporte. Esto incluye el seguimiento de los casos individuales a fin de compartirlos con la Defensoría de los Habitantes, instituciones estatales, usarlos en litigios y en informes de investigación.*
- *Facilitando la creación de una red de usuarios de los servicios de salud.*

*Otros fondos para ésta intervención: recurso humano de la Defensoría de los Habitantes*

Brecha Intervención 3.4: Formación sobre derechos de los funcionarios, los profesionales de la salud y la policía. Según la consulta es necesario fortalecer la promoción de instituciones públicas como espacios libres de estigma discriminación; la sensibilización y capacitación permanente de funcionarias(os) públicas(os) sobre DDHH; la sensibilización y capacitación a empleadores y patronos.

*Actualmente se desarrolla un proceso de capacitación desde una ONG (CIPAC) con apoyo de fondos externos (Gobierno de Países Bajos - ICCO COOPERACIÓN-) a personal del Ministerio de Gobernación, Policía y Seguridad Pública. Sin embargo, la cobertura es de tan sólo 400 efectivos durante el 2014. No se cuenta aún con los recursos para el 2015, pero se espera llegar a otros 400. El personal de Policía y Seguridad Pública alcanza alrededor de las 14.000 personas.*

*La necesidad será parcialmente cubierta por la solicitud al Fondo Mundial a través procesos de reducción del estigma y la discriminación, en un procesos de formación de formadores con un grupo de 150 funcionarios de instituciones vinculadas directamente al proyecto: Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, Dirección de Migración y Extranjería, Ministerio de Gobernación, Policía y Seguridad Pública y Junta de Protección Social.*

**Módulo 4: “Fortalecimiento de los Sistemas Comunitarios”.** Las brechas detectadas en éste componente fueron determinadas durante el proceso de consulta. Para responder a éstas brechas, se estarán adicionando los recursos de la Junta de Protección Social (JPS) en las intervenciones que se acuerden en el proceso de articulación.

Brecha Intervención 4.1: Seguimiento de la responsabilidad con base comunitaria. Relacionado también con las barreras de acceso, se identifican las necesidades de recolección y tramitación de denuncias; el monitoreo al cumplimiento de leyes, normativas, etc. de protección de DDHH de

HSH y personas Trans femeninas; el acompañamiento y resolución de denuncias; la consulta y participación permanente de poblaciones claves y personas usuarias de servicios en la construcción y mejoramiento de planes, programas y proyectos.

*Ésta necesidad será cubierta por la solicitud al Fondo Mundial a través del monitoreo ciudadano a la CCSS y al MJ, para el cumplimiento de la Normativa de Atención Integral en salud de la población HSH y personas trans, sus Manuales y procedimientos, en las áreas de intervención del proyecto. Los mecanismos para el seguimiento continuo serán establecidos en los procedimientos de la misma Normativa y Manuales (elaborados en conjunto entre OSC, CCSS y MJ), lo que dará sostenibilidad a las acciones. Acá se incluye la capacitación a líderes comunitarios para realizar el monitoreo, la elaboración de informes y su devolución a los interesados en los servicios y en las poblaciones claves.*

Brecha Intervención 4.2: Fomento de la responsabilidad social. Se identifica la necesidad de diálogo entre poblaciones clave y diversas instancias de la CCSS para el análisis de necesidades, establecimiento de estrategias viables, oportunidades de alianza y trabajo sinérgico. La necesidad de articulación para el desarrollo de procesos de planificación local conjunta (OSC e instituciones públicas), fomento de alianzas interinstitucionales y con OSC para la generación de proyectos compartidos de largo plazo, y para la referencia y contra-referencia. Sobresale *específicamente*, la necesidad de mejorar la ampliación, flexibilización y agilización de los mecanismos de acceso al presupuesto de la Junta de Protección Social (JPS) y la articulación con ésta instancia.

*Ésta necesidad será cubierta por la solicitud al Fondo Mundial a través de:*

- *desarrollo de un proceso capacitación y acompañamiento a la Junta de Protección Social, para fortalecer sus capacidades de trabajo con organizaciones y grupos de la sociedad civil, con el fin de mejorar la oportuna asignación y ejecución de recursos financieros provenientes de la lotería nacional destinados a la respuesta al VIH.*
- *establecimiento de procesos de consenso, diálogo y colaboración intersectorial a nivel local y nacional a través de Mesas de Diálogo (equipos de trabajo intersectorial en la búsqueda de soluciones sobre problemáticas concretas), bajo el liderazgo de la Defensoría de los Habitantes. Establecimiento de acuerdos de colaboración entre ONG y CCSS, ONG y MJ, ONG y servicios jurídicos para asegurar coordinación y referencia de casos.*

*Otros fondos para ésta intervención: recurso humano de la Defensoría de los Habitantes*

Brecha Intervención 4.3: Movilización social, creación de vínculos, colaboración y coordinación en la comunidad. Se identifican brechas en procesos de empoderamiento y autovaloración de las personas HSH y trans femeninas (orgullo de identidad y conciencia de sujetos de derecho); fomento de la participación y organización de las comunidades trans femeninas y HSH; fomento y asistencia técnica para el desarrollo y fortalecimiento del funcionamiento y organización de las poblaciones claves en redes; apoyo al establecimiento de amplia participación en los procesos (no solo de una o tres personas).

*Ésta necesidad será cubierta por la solicitud al Fondo Mundial: Formación y fortalecimiento de bases comunitarios en la población trans femenina y HSH. Ofrecer espacios seguros y saludables a nivel comunitario. Estrechar vínculos dentro y con otros movimientos (LGBT y de mujeres). Promover la participación significativa y representativa en espacios de toma de decisiones (reuniones, encuentros, mecanismos de consulta). Becas para la participación en cursos de liderazgo político y de formación profesional para poblaciones clave (HSH, trans femeninas, MTS y personas con VIH). Realización de encuentro (asamblea) nacional de población Trans. Celebración de fechas conmemorativas.*

Brecha Intervención 4.4: Desarrollo de capacidades institucionales, planificación y liderazgo en el sector comunitario. Se identifica la necesidad de apoyo para el desarrollo de espacios de encuentro entre ONG para la reflexión, cooperación interna, transferencia de capacidades, planificación y búsqueda de apoyo financiero internacional. Fortalecimiento de las habilidades y capacidades de las OSC de HSH y trans y sus miembros para: la gerencia y la administración; la búsqueda de financiamiento; la formulación y presentación de proyectos nacionales e internacionales y la gestión efectiva de los recursos, el desarrollo de estrategias de sostenibilidad y abordaje a poblaciones claves; la construcción del sentido de pertenencia a las organizaciones, el liderazgo y el empoderamiento; habilidades para la facilitación de procesos (hablar en público).

*Ésta necesidad será cubierta por la solicitud al Fondo Mundial a través de la elaboración de Plan*

de desarrollo y fortalecimiento de competencias de la OSC inscritas en CONASIDA en capacidades institucionales de liderazgo, formulación, gestión de proyectos y evaluación de los mismos, partiendo de una autoevaluación de capacidades bajo el concepto de la aplicación del Código de Buenas Prácticas para ONG que trabajen en VIH. Gestión de recursos con la JPS. Provisión de asistencia técnica, materiales y apoyo para grupos comunitarios para fomentar la movilización social, la defensa de DDHH. Elaboración y difusión buenas prácticas de las OSC.

Recursos adicionales para Módulo 4: Para responder a las brechas planteadas en el Módulo 4, se estarán adicionando recursos de la Junta de Protección Social (JPS).

### **Módulo 5: “Seguimiento y Evaluación”.**

Brecha Intervención 5.1: Presentación de informes rutinarios. Según la Evaluación del PEN existe una brecha importante en el diseño de un sistema de información integrado; no se cuenta con flujogramas de información definiendo fuentes, responsables y temporalidad de reporte de los datos. Este sistema debe contar con un mandato claro y de acatamiento obligatorio que lo haga efectivo. En la consulta se agrega que se hace necesario el fortalecimiento del sistema de información del VIH y sida con enfoque de segunda generación que asegure la disposición de la información actualizada y oportuna para la toma de decisiones

*El fortalecimiento de los sistemas de información institucionales, serán asumidos por la CCSS y el MS. Adicionalmente el país, apoyado de la gestión de otros donantes, desarrollará la Herramienta de Fortalecimiento de Sistemas de MyE (MESST, por sus siglas en inglés).*

*Con la solicitud al Fondo Mundial, se fortalecerán las capacidades de las los Sub-Recpetores para la utilización de sistemas rutinarios de recolección de información.*

Brecha Intervención 5.2: Análisis, revisión y transparencia. En la consulta se señala se requiere asegurar la disposición de la información actualizada y oportuna para la toma de decisiones.

*El fortalecimiento de los sistemas de información institucionales para brindar la información oportunamente, serán asumidos por la CCSS y el MS. Con la solicitud al Fondo Mundial, se buscará generar información oportuna sobre los resultados de la propuesta: análisis de la eficiencia del sistema de referencia y contrareferencia de poblaciones clave a las clínicas donde se harán las pruebas diagnósticas. La eficacia de la implementación del Modelo de prevención combinada que el país estaría implementando y la evaluación cualitativa para valorar si el Modelo de fortalecimiento de sistemas comunitarios es apropiado y sostenible. Además se desarrollarán estrategias de rendición de cuentas y de divulgación de la información. Adicionalmente se realizarán investigaciones operativas para mejorar la implementación del Modelo.*

Brecha Intervención 5.3: Encuestas. Se identificaron carencias en la generación de investigaciones e información estratégica de las poblaciones HSH, trans femeninas y Mujeres Trabajadoras Sexuales.

*Con la solicitud al Fondo Mundial se realizarían estudios CAP en poblaciones clave (población trans femenina, HSH y MTS) y un estudio de tamaño de población trans femenina. Se realizará también un estudio de seroprevalencia para el cual se aportarán también recursos de la CCSS.*

Brecha Intervención 5.4: Fuentes de datos económicos y administrativos. Necesidad de cuantificar el impacto en nuevas infecciones y muertes evitadas.

*La solicitud al Fondo Mundial apoyaría el desarrollo del Marco de Inversión con el involucramiento de representantes de varios sectores, en el año tres del proyecto.*

Brecha Intervención 5.5: Otros (Estudios especiales). Se requiere desarrollar procesos de investigación sobre las necesidades y particularidades de las poblaciones claves; el desarrollo de estudios y mapeos de las poblaciones claves, sus dinámicas y sitios estratégicos de abordaje.

*La solicitud al Fondo Mundial atenderá aspectos de ésta necesidad a través de:*

- *un mapeo de lugares frecuentados por las poblaciones HSH y personas trans femeninas*
- *Sistematización y análisis de los procesos de aseguramiento al sistema de salud de personas HSH y trans femeninas (en situación migratoria irregular, sin documentos, y/o en*

*condición de pobreza que no se les puede otorgar seguro por el Estado)*

### 3.2 Solicitud de financiamiento del solicitante

Proporcione una descripción general y estratégica de la solicitud de financiamiento al Fondo Mundial, que incluya la inversión propuesta del monto asignado y del monto por encima de lo asignado. Describa cómo la solicitud aborda las deficiencias y las desigualdades descritas en las secciones 1, 2 y 3.1. Si el Fondo Mundial está financiando programas vigentes, explique cómo se adaptarán para maximizar su repercusión.

Costa Rica solicita un total de **USD\$ 4.883.405**. No se solicita monto por encima del asignado.

Con el dinero solicitado no es posible cerrar brechas. Tampoco significa un monto suficiente para considerar éste como una subvención de prevención. El propósito primordial de ésta subvención es servir como catalizador para impulsar la institucionalización, articulación multisectorial y sostenibilidad de la prevención en HSH y trans femeninas. Costa Rica propone, **trascender la visión de proyecto y establecer un Modelo sostenible de prevención combinada y atención a la población HSH y trans femenina, que tenga como fin último la efectividad en la contención de la epidemia de VIH y eventualmente, en la reducción de la prevalencia de ésta enfermedad**

El éxito por tanto no está medido por el número de personas a alcanzar, sino por los cambios en la atención brindada por la Caja Costarricense de Seguro Social (prestador estatal de servicios en salud), a las poblaciones HSH y trans femeninas, incluyendo aquellas personas con VIH. Está medido por el efectivo fortalecimiento de las Organizaciones de Sociedad Civil (OSC). En lograr una articulación efectiva entre Estado y OSC para la prevención y atención de las poblaciones clave en concordancia con principios de derechos humanos.

Se requiere para ello establecer una plataforma interinstitucional e intersectorial, que convoque compromisos políticos y operativos del Estado y de la ciudadanía activa y organizada. Se constituyen así tres pilares fundamentales: personas HSH y trans femeninas (según principio de Mayor participación de ONUSIDA<sup>16</sup>), Organizaciones de la Sociedad Civil, Instituciones Estatales (en su rol como proveedor de servicios, así como responsable directo de la provisión de políticas sociales tendientes a reducir la pobreza, la marginación y la desigualdad de oportunidades).

El Modelo planteado parte del análisis de las brechas y barreras detectadas, de los compromisos asumidos por el país a nivel de derechos humanos, así como de las recomendaciones de ONUSIDA y OMS, y los compromisos de Costa Rica con respecto a la renovación de sus servicios de salud (Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas/OPS 2008), orientándose de acuerdo a las siguientes premisas:

- **Premisa 1:** La epidemia está concentrada en poblaciones clave (HSH y trans femeninas) que han sido estigmatizadas. Por tanto, la respuesta a la misma debe responder al tipo de epidemia reconociendo las necesidades de estas poblaciones. Esto implica buscar soluciones innovadoras que permitan dar un salto cualitativo y cuantitativo para llegar a dichas poblaciones y contener la epidemia en Costa Rica.
- **Premisa 2:** Contar con el inmediato acceso a la prueba es fundamental para garantizar la expansión en cobertura de la prueba para el diagnóstico temprano en poblaciones clave.
- **Premisa 3:** Por un tema de acceso universal y por salud pública, en el marco del proyecto no debe restringirse el acceso a la prueba y al tratamiento para personas no documentadas.

<sup>16</sup>ONUSIDA (1999). **De los principios a la práctica. Mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (MPPPS).**



**Áreas de intervención.** El país cuenta con mapeo parcial sobre lugares frecuentados por las poblaciones clave, pero es necesario ampliarlo. Tampoco cuenta con estudios de estimación de tamaño de las poblaciones que faciliten la ubicación de las poblaciones para su captación, por lo que se decide priorizar las áreas de intervención de acuerdo a los siguientes criterios:

- Densidad poblacional (cantones dónde se asume se concentra la población HSH y trans femeninas de Costa Rica)
- El reporte de nuevos casos por cantón durante los últimos 5 años, priorizando en los cantones con mayores tasas de prevalencia
- Presencia de centros de atención especializados para la atención de poblaciones
- Supuestos sobre áreas con mayor presencia de centros de socialización

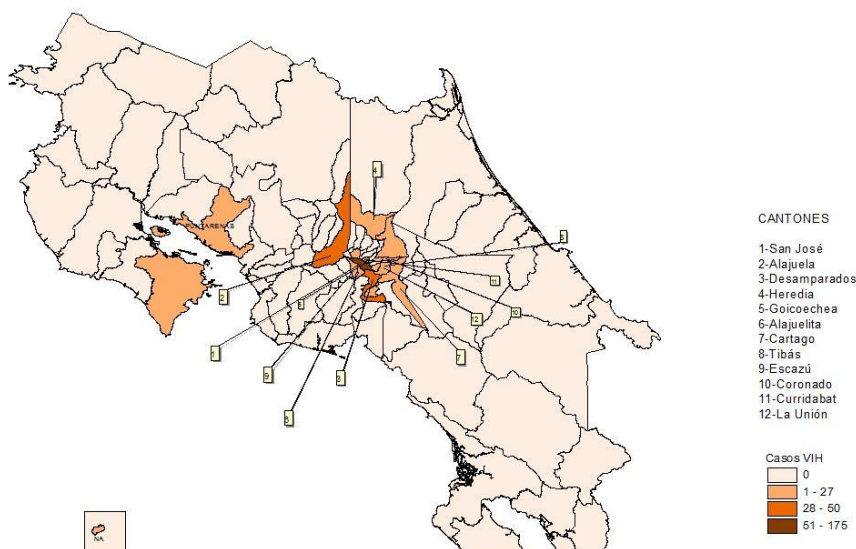
Partiendo de éstos criterios, se decide concentrar acciones en **13 cantones**. Doce de éstos cantones pertenecen al Gran Área Metropolitana (GAM): San José, Desamparados, Goicoechea, Curridabat, Escazú, Tibás, Vásquez de Coronado, La Unión, Alajuelita, Alajuela, Cartago y Heredia. Fuera de la GAM se seleccionó el cantón de Puntarenas. Adicionalmente, se intervendrá a población HSH y trans femeninas en dos Centros Penitenciarios (La Reforma y San Rafael), con los que se trabajará a través del Ministerio de Justicia y Paz y en coordinación con alguna organización de sociedad civil.

**Tabla N°1**  
**Casos y tasas de VIH por cantón seleccionado. Costa Rica 2002-2013**  
**Tasa por 100.000 habitantes**

CANTON	2009		2010		2011		2012		2013	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
San José	59	17,0	111	31,8	123	35,0	158	50,5	175	55,6
Escazú	8	13,2	8	13,2	11	18,0	9	14,7	12	19,5
Desamparados	22	7,8	31	10,6	48	15,8	56	24,8	38	16,7
Goicoechea	17	13,0	31	23,6	15	11,3	33	26,5	23	18,4
Alajuelita	10	8,4	12	9,6	20	15,2	17	20,2	15	17,7
Vásquez Coronado	3	3,8	16	19,7	5	6,0	10	15,3	8	12,1
Tibás	15	23,9	21	34,0	21	34,5	20	28,5	18	25,5
Curridabat	2	2,8	15	20,7	15	20,5	11	15,5	5	7,0
Alajuela	18	6,5	28	9,9	42	14,6	45	16,3	48	17,3
Cartago	10	6,5	11	7,1	11	7,0	12	7,5	16	9,9
La Unión	18	17,4	7	6,6	15	13,9	8	7,4	8	7,4
Heredia	17	13,1	19	14,3	30	22,3	31	23,1	24	17,8
Puntarenas	18	16,9	29	27,4	16	15,1	20	29,0	27	21,5

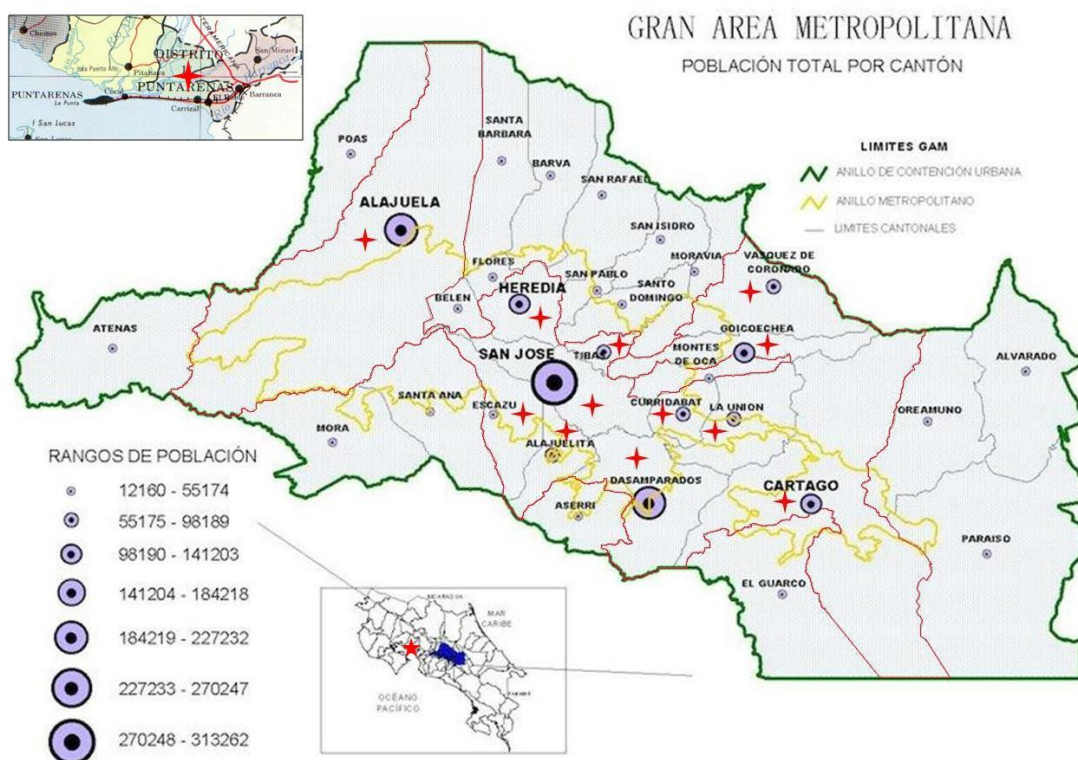
**Mapa 3**  
**Mapa de Costa Rica con Cantones a intervenir por la propuesta**

## Casos VIH en cantones de la GAM y Puntarenas. Costa Rica 2013



Fuente: DVS-Ministerio de Salud

### Mapa 4 Áreas de Intervención del Modelo Gran Área Metropolitana y Puntarenas



Debe aclararse que si bien ésta selección de cantones lleva al cálculo de la cantidad de personas que debe ser abarcada por la propuesta, se contempla que las OSC se movilicen para captar poblaciones a cantones que aunque no cumplen todos los criterios para ser seleccionados (por ejemplo, con bajas tasas de prevalencia), sí concentran centros de socialización y de comercio sexual.

#### Objetivos y Meta general.

El establecimiento de éste Modelo tendría como objetivo general, **Contener la epidemia de VIH**

## **en las poblaciones HSH y trans femeninas en Costa Rica.**

La meta que pretende lograr es **Reducir la mortalidad relacionada con el SIDA en 2.5 por cada 100.000 habitantes.**

Los siguientes conforman sus objetivos específicos

**Objetivo 1.** Asegurar acceso universal a prevención, tratamiento, atención y cuidado del VIH de poblaciones HSH y trans femeninas, en las áreas de intervención de la propuesta.

**Objetivo 2.** Mejorar el entorno legal, social, y político para el ejercicio pleno de los derechos humanos de las poblaciones HSH y trans femeninas, incluyendo aquellas personas con VIH.

**Objetivo 3.** Proveer al país con información estratégica en VIH necesaria sobre las poblaciones clave, para la definición de acciones y toma de decisiones

### **Objetivos, módulos, metas e intervenciones.**

#### **Objetivo 1. Asegurar acceso universal a prevención, tratamiento, atención y cuidado del VIH de poblaciones HSH y trans femeninas, en las áreas de intervención de la propuesta.**

Las estrategias para éste objetivo son:

1. Promulgar e implementar directrices y normas nacionales para la atención integral de la población HSH y trans femeninas. (Módulo 1)
2. Aumentar en el marco de una estrategia de prevención combinada, la cobertura de la prueba y la vinculación a la atención e inicio del tratamiento para personas HSH y trans femeninas de las áreas de salud identificadas como prioritarias. (Módulo 2)

**Estrategia 1.** Promulgar e implementar directrices y normas nacionales para la atención integral de la población HSH y trans femeninas.

#### **Módulo 1: Políticas y Gobernanza**

##### **Meta para Módulo 1:**

Normativa Nacional de Atención Integral en Salud de la población HSH y trans femenina implementada por las entidades correspondientes de acuerdo a los criterios establecidos en el Manual de Supervisión

##### **Actores clave de éste Módulo:**

- *Dirección de Garantía de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud:* instancia implementadora responsable de liderar la elaboración de la Normativa, sus Manuales de Procedimientos y su Sistema de Supervisión.
- *Caja Costarricense de Seguro Social:* actor fundamental en tanto ente estatal prestador de servicios de salud.
- *Ministerio de Justicia y Paz:* prestador de servicios de salud (en coordinación con la CCSS) para las personas HSH y trans femeninas que se encuentran privadas de libertad.
- *Poblaciones clave:* desde el principio de Mayor Participación
- *OSC que coordinan directamente acciones con la CCSS y el MJ* para la implementación del Modelo
- *Proveedores de Asistencia Técnica:* se contará con la contratación de servicios profesionales para elaborar la Normativa, sus Manuales y sus sistemas de supervisión y contraloría social.

*Ya no cubierto por la presente propuesta, los Manuales elaborados podrán utilizarse como modelos para que el sector privado elabore posteriormente los suyos.*

##### **Intervención 1.1: Desarrollo y aplicación de legislación, estrategias y políticas de salud.**

- Creación de normativa de cobertura nacional, que garantice que todos los servicios (estatales o privados) dirigidos a la prevención y atención integral de la población HSH y trans femeninas, tengan que regirse por la pauta y estándares dictados por ésta. Componente crítico en tanto garantiza la sostenibilidad de acciones en atención y prevención, la calidad de los servicios y la promoción de la disminución del estigma y discriminación. La Norma debe

dejar establecido hasta donde llegan las acciones de la Sociedad Civil, y hasta dónde las del Estado. Establece el modelo de atención a seguir para estas poblaciones.

- Con la oficialización de la Norma, se elaborarán los Manuales Técnicos de Procedimientos correspondientes de la CCSS y del MJ.
  - *Implementadores:* Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud del Ministerio Salud (recursos propios), en coordinación con CCSS (recursos propios), MJ (recursos propios), SR y SSR de SC, y Proveedores de Asistencia Técnica

### **Intervención 1.2: Seguimiento y comunicación de la ejecución de leyes y políticas.**

Desarrollo de un sistema de supervisión de las directrices de atención especializada para: a. la supervisión y el seguimiento del desempeño de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Justicia y Paz; y b. la contraloría social (hacia la CCSS y hacia el MJ). Si bien se desarrollará en ésta intervención el Manual para la Contraloría Social de la Norma de Atención y de sus procedimientos, el seguimiento desde las OSC se establece *en el Objetivo 2, en la intervención "Seguimiento de la responsabilidad con base comunitaria"*. La intención de que el Manual para la Contraloría Social se elabore ligado a la Normativa, responde a la necesidad de disminuir las barreras institucionales para que las OSC puedan realizar su labor de contraloría de una forma más fluida.

- *Implementadores:* Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud del Ministerio Salud (recursos propios), en coordinación con CCSS (recursos propios), MJ (recursos propios), SR y SSR de SC, y Proveedores de Asistencia Técnica

*El monto solicitado para las acciones correspondientes al **Módulo 1** es de **USD 79.737 (2% del presupuesto)***

### **Estrategia 2. Aumentar en el marco de una estrategia de prevención combinada, la cobertura de la prueba y la vinculación a la atención e inicio del tratamiento para personas HSH y trans femeninas de las áreas de salud identificadas como prioritarias.**

Se describe a continuación la estrategia para la implementación del Modelo de Costa Rica para la cobertura de la prueba y la vinculación a la atención e inicio del tratamiento para personas HSH y trans femeninas en su totalidad, contemplando tanto los aspectos que serán cubiertos por la propuesta al Fondo Mundial como los que serán asumidos por las instituciones estatales. Posteriormente, en el apartado "Módulo e Intervenciones", se detallan las intervenciones de ésta estrategia que serán cubiertas específicamente por la propuesta al Fondo Mundial.

El Modelo busca enfocar y extender como parte fundamental de la prevención combinada, el acceso a pruebas y consejería, las estrategias de cambio de comportamiento, la atención especializada de ITS y el tratamiento del VIH en HSH y personas trans femeninas, para una temprana detección y vinculación al tratamiento que lleve a la disminución de nuevas infecciones en el país. La estrategia para lograr esto se orienta a la creación de condiciones que establezcan sinergias entre OSC y Estado para: a) mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud; b) aumentar la demanda de su uso por parte poblaciones afectadas, c) incrementar la cobertura y efectividad de las acciones de prevención (acceso a pruebas y consejería, a estrategias de prevención innovadoras y efectivas, etc.), y d) generar entornos favorables en el sistema de salud, que garanticen el cumplimiento y protección de los derechos humanos. Lo anterior implicaría lograr el rompimiento de barreras en la CCSS como ente estatal proveedor de servicios de salud, como la manera más viable de hacer sostenible la prevención en poblaciones clave al llegar a ser ésta asumida por el Estado, en coordinación con las organizaciones de la sociedad civil.

El financiamiento para ésta estrategia se focaliza en el fortalecimiento de las OSC para la detección, captación y estrategias de cambio de comportamiento de las poblaciones clave. La CCSS realizaría su labor en el marco de la oferta de servicios ya establecida, con recursos propios, aportando la propuesta únicamente para la capacitación del personal de las áreas prioritarias de intervención.

La estrategia ([Ver Anexo 44, con Esquema que resume la implementación del Modelo de prevención](#)) contempla "paquetes de prevención" que se dividen en intervenciones de complejidad creciente: un paquete mínimo de prevención, un paquete ampliado de prevención, servicios complementarios y un paquete extensivo.

*En el Anexo 49, titulado [Modelo Transteórico y su vinculación a Paquetes Mínimo y Ampliado](#), se*

*detalla cuándo y porqué una persona recibe el paquete mínimo y el paquete ampliado.*

Paquete Mínimo de Prevención. Este “paquete” busca captar a las personas de las poblaciones clave para vincularlas a los procesos de cambio de comportamiento y de atención biomédica Enfocada a esforzarse por que las personas busquen nueva información que le permita entender y retroalimentarse sobre la conducta problema.

- *Incluye:*
  - Entrega de condones y lubricantes a base de agua (respondiendo a la normativa de CONASIDA, [Anexo 45](#)) (CCSS, con recursos propios; OSC con recursos del Fondo Mundial)
  - Información, educación y comunicación (IEC) para promover la prueba, el uso de los servicios de salud, e iniciar el proceso de cambio de comportamiento en la población a atender. (CCSS, con recursos propios; OSC con recursos del Fondo Mundial)
  - Pre-consejería. (CCSS, con recursos propios; OSC con recursos del Fondo Mundial)
  - Referencia para la prueba. (CCSS, con recursos propios; OSC con recursos del Fondo Mundial)
- *Actores involucrados:* OSC con recursos Fondo Mundial; CCSS y MJ con recursos propios.
- *Estrategias de captación:*
  - Personal de OSC y Asistentes Técnicos de Atención Primaria en Salud –ATAPS– promueven la realización de la prueba y movilización de poblaciones clave hacia los servicios de la CCSS
  - Actividades extramuro diurnas y vespertinas conjuntas OSC y CCSS, en lugares identificados como clave, donde los educadores de las OSC captarán a las poblaciones y brindarán pre-consejería, y la CCSS realizará la prueba y la post-consejería.
  - Las OSC movilizarán a las personas captadas en horarios nocturnos a realizarse la prueba en laboratorios privados disponibles.
  - Incorporación de profesionales médicos y no médicos de la CCSS en los procesos de pre-consejería.
  - Potencialización del criterio de oportunidad en servicios de salud (como urología, proctología, PF, TB, drogodependencias, servicios de adolescentes).
  - Las OSC implementarán estrategias virtuales (con tecnologías de información y comunicación), para reforzar las estrategias de IEC y de CCC realizadas en calle y para captar población
- *Las estrategias de captación se brindarían a través de los siguientes espacios:*
  - *Las OSC:* en centros de socialización, comunidades, ferias, festivales, visita domiciliar y con Tecnologías de Información y Comunicación (TIC), espacios en redes sociales, plataforma virtual del proyecto-
  - *La CCSS:* en comunidades, ferias, festivales, visita domiciliar; demanda espontánea en servicios de primer, segundo y tercer nivel.
  - *El MJ:* en consulta médica, enfermería, psicología, trabajo social y con personal de seguridad

Paquete Ampliado de Prevención. Inicia la atención biomédica de la población captada a través del paquete mínimo, con la realización de la prueba de VIH y diagnóstico y tratamiento de sífilis. - Inicia el proceso de cambio de conducta.

- *Incluye:*
  - Realización de la prueba de VIH y asesoramiento (post consejería) (CCSS, con recursos propios; compra de servicios al sector privado con recursos del Fondo Mundial)
  - Comunicación para el Cambio de Comportamiento, a través de modelos basados en evidencia para el abordaje integral de HSH y trans femeninas, incluyendo personas con VIH. (OSC con recursos del Fondo Mundial)
  - Entrega de condones y lubricantes (CCSS, con recursos propios; OSC con recursos del Fondo Mundial)
  - Vinculación a la atención integral de las personas diagnosticadas positivas (CCSS, recursos propios)
  - Diagnóstico precoz de sífilis (VDRL) y tratamiento. Se hará una combinación entre



manejo sindrómico y manejo etiológico según los resultados obtenidos en las pruebas de laboratorio. (CCSS, recursos propios)

- *Actores involucrados*: OSC con recursos Fondo Mundial; CCSS y MJ con recursos propios.
- *Estrategias*:

a. *Con respecto a la organización de los servicios*:

- Las OSC implementarán estrategias de CCC con las poblaciones clave. Para ello contarán tanto con pares como con equipos de profesionales debidamente capacitados.
- Desarrollo e implementación de estrategias virtuales para reforzar las estrategias de IEC y de CCC en calle.
- CCSS recibirá referencias de ONG especializadas (que hayan firmado convenio con la CCSS en el marco del proyecto), para realizar la prueba sin cita médica ni de laboratorio, reconociendo la pre-consejería realizada por la ONG, bajo el criterio de oportunidad.
- Flexibilización para realizar la prueba fuera del área de salud de adscripción (entre áreas ligadas al proyecto, pero se podría abrir más eventualmente).
- Prueba rápida intramuro, en horario diurno y vespertino (7am a 7pm), con entrega inmediata del resultado.
- Ámbito “extramuro”: se acordó con la CCSS la viabilidad de realizar la toma de muestras para la prueba, pero no de su procesamiento y de la entrega inmediata del resultado. Esto implica la participación de la CCSS en horario diurno y vespertino en tamizajes extramuro en coordinación estrecha con los servicios de educación y prevención brindados por las ONG (trabajo en conjunto en comunidades y actividades específicas –ferias, festivales-)
- Entrega de la prueba por servicio privado para horarios nocturnos, en coordinación con ONG. Se trasladará a las personas hasta los laboratorios privados para realizarse la prueba. En caso positivo, se haría referencia (o acompañamiento) a la CCSS.

b. *Estrategias para romper barreras de acceso a la salud*:

- Simplificación de requisitos para afiliación
- Divulgación de los requisitos para aseguramiento por la CCSS y las ONG
- Realización de la prueba a personas no aseguradas pero con documento de identificación: viable si los reactivos para las personas no aseguradas se financian con recursos estatales o del proyecto, no de la CCSS. Se firmaría para ello un convenio entre la CCSS-MS y se emitiría una directriz para su cumplimiento. Posibilidad en proceso de definición.

*Servicios Complementarios*. Implica para cada persona, y en caso de ser necesario, una o más referencias a los siguientes servicios: acompañamiento para a) regularización migratoria, b) documentación, c) aseguramiento, y d) defensa de derechos. Facilitación de procesos de validación de derechos (para acceder a modalidades de aseguramiento); referencia para apoyo de pares, tratamiento psicológico, nutrición, atención a drogodependencias, endocrinología, reinserción escolar, programas de reinserción laboral y nuevas oportunidades, alternativas de apoyo socioeconómico.

- *Actores involucrados*: OSC con recursos Fondo Mundial; CCSS y MJ con recursos propios.

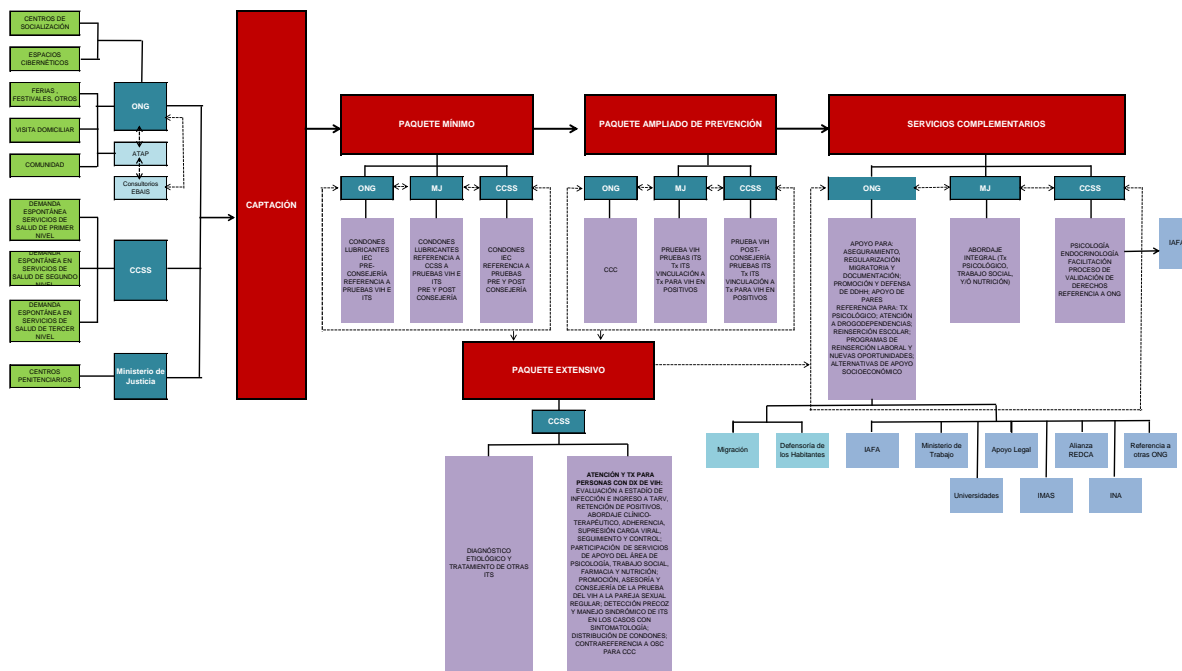
*Paquete extensivo*. Si bien se invertirán recursos del Fondo Mundial en varios aspectos de los “tres paquetes” arriba explicados, existen el país ya brinda servicios a las personas con diagnóstico de VIH, lo que continuará haciéndolo y fortaleciéndolo. Se detallan a continuación estos aspectos para que el lector pueda tener claridad del proceso según el continuo de atención que brinda el país.

Para personas con diagnóstico de VIH, se realiza: evaluación a estadio de infección e ingreso a TARV, retención de positivos, abordaje clínico-terapéutico, adherencia, supresión carga viral, seguimiento y control; valoración de TB. En el proceso de seguimiento y control de casos, se garantizará la participación periódica de los servicios de apoyo del área de psicología, trabajo social, farmacia y nutrición; realizar la promoción, asesoría y consejería de la prueba del VIH a la pareja sexual regular del caso VIH positivo; realizar periódicamente detección precoz y manejo sindrómico de ITS en los casos de VIH positivo que presenten sintomatología; distribución de condones; contrareferencia a OSC para CCC; referencia al Instituto Nacional de Farmacodependencia de casos VIH positivos drogodependientes; referencia al Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) de casos VIH positivos por razones necesarias.

## Esquema N°1 (en Anexo 44)

### Modelo para la prestación de servicios para personas HSH y trans femeninas

PRESTACION DE SERVICIOS PARA PERSONAS TRANS Y HSH



DERECHOS HUMANOS

**II. Módulo e Intervenciones (aspectos que serán financiados por el Fondo Mundial de la Estrategia 2 -Aumentar en el marco de una estrategia de prevención combinada, la cobertura de la prueba y la vinculación a la atención e inicio del tratamiento para personas HSH y trans femeninas de las áreas de salud identificadas como prioritarias- del Objetivo 1)**

**Módulo 2: Prevención –hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero -**

#### **Metas para Módulo 2.**

**Meta 1. Cobertura de paquete mínimo de prevención para HSH en las áreas de intervención seleccionadas.**

De acuerdo a los datos de país, para los cantones seleccionados, se considera un total de 27.997 HSH en el año 2013. Con la propuesta se busca alcanzar al llegar al año 3, el **30% de ésta población**. En el año 4 se prevé la finalización de la subvención, por lo que se contempla meta únicamente para un trimestre.

**Meta 2. Cobertura de paquete mínimo de prevención para personas trans femeninas en las áreas de intervención seleccionadas.**

En el caso de las personas trans femeninas, se considera abarcar al menos el **80% del total de la población de las áreas de intervención**. Sin embargo, no se cuenta en éste momento con el denominador, dato que será ratificado de acuerdo a estudio de tamaño de población del año 1.

**Meta 3. Cobertura de la prueba en HSH en las áreas de intervención seleccionadas.**

Con la propuesta se busca alcanzar al llegar al año 3, el **10% de ésta población (áreas seleccionadas)**. Meta es no acumulativa.

**Meta 4. Cobertura de la prueba en personas trans femeninas en las áreas de intervención seleccionadas.**

Con la propuesta se busca alcanzar al llegar al año 3, el **80% de ésta población (áreas seleccionadas)**. Meta es no acumulativa. Denominador y metas serán ajustadas después de estudio de tamaño de población de año 1.

**Actores clave de éste Módulo.** Se centran en los identificados como necesarios para el fortalecimiento de trabajo conjunto OSC-Estado, reconociendo y mejorando capacidades y campo de trabajo de cada uno, sin sobreponerse y más bien potencializando las posibilidades de articulación. Dos tipos de actores: implementadores e instancias de referencia.

- *Implementadores:*

- OSC con capacidades técnicas (la propuesta contempla la formación de educadores pares y educadores más especializados para realizar IEC y CCC en población HSH y trans) que conocen a las poblaciones, las captan, promueven los servicios de salud, informan, educan, establecen procesos de cambio de comportamiento; acompañan para regularización migratoria y documentación, defensa de derechos, apoyo de pares, acompañamiento psicológico. Refieren para tratamiento psicológico, atención a drogodependencias, reinserción escolar, programas de reinserción laboral y nuevas oportunidades, alternativas de apoyo socioeconómico.
- CCSS que presta servicios de salud, que brinda mayor énfasis a la promoción y preservación de la salud (con énfasis en promoción y realización de la prueba de VIH y participación más activa en la captación de las poblaciones en la consulta espontánea), reconoce la participación comunitaria y coordina acciones con las OSC, que provee el cuidado en el lugar más apropiado, que busca activamente la garantía y el mejoramiento continuo de la calidad.
- MJ que promueve la prueba, brinda servicios de IEC, pre-consejería y realiza referencia a prueba de VIH (realizadas en el centro penitenciario por la CCSS); que brinda diagnóstico y tratamiento de ITS (Sífilis -VDRL-, Clamidia) en coordinación con CCSS y de ser requerido, presta servicios de tratamiento psicológico, apoyo por trabajo social y nutrición.

- *Instancias de referencia:* Dirección de Migración y Extranjería, Defensoría de los Habitantes, Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, Ministerio de Trabajo, Universidades, Instituto Mixto de Ayuda Social, Instituto Nacional de Aprendizaje, Alianza REDCA+, instancias de Apoyo Legal (consultorios jurídicos, casas de justicia, etc).

**Intervención 2.1: Cambio de comportamiento como parte de programas para hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y personas transgénero.** Actividades destinadas a la implementación de estrategias efectivas de prevención de IEC y CCC de los SR para HSH y personas trans femeninas, incluyendo personas con VIH. Éstas estrategias implican:

- *Metodología.* Intervenciones a nivel individual, grupal, y comunitario que parten de modelos basados en evidencia para el abordaje integral de HSH y trans femeninas. Actividades innovadoras, lúdicas generadas con y para las poblaciones específicas.
- *Contenido.* Información sobre VIH e información sobre alguno de los siguientes temas: violencia, derechos humanos, género, drogodependencias.
- *Calidad.* Deben cumplir requerimientos de calidad que se definirán en un Manual de Estrategias de Prevención que se desarrollará en el proyecto y que contemplará aspectos como duración mínima de la intervención (para abordajes individuales y grupales), cantidad de participantes en acciones grupales, y metodologías propuestas respondiendo a las necesidades de cada población. Estrategias de difusión en sitios de encuentro y estrategias focalizadas a través de Tecnologías de Información y Comunicación.
- *Medios:* centros de socialización, comunidades, ferias, festivales, visita domiciliar; promoción, campañas, asesoramiento y referencia de la prueba y promoción de los servicios de salud. Se incorporará el desarrollo de una estrategia virtual para educar a HSH y trans sobre la salud sexual, prevención del VIH, servicios de salud y derechos (incluye desarrollo de plataforma y capacitación), con la asistencia técnica de Kimirina (Ecuador).
- *Implementadores.* SR y SSR de la SC; Asistencia Técnica de Kimirina

**Intervención 2.2: Preservativos como parte de programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero.** Implica la promoción y distribución de preservativos masculinos así como lubricantes para vincular la prevención del VIH a los programas de información, educación y cambio de comportamiento.

- *Implementadores.* SR y SSR de la SC.

**Intervención 2.3: Pruebas de VIH y asesoramiento como parte de programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero.**

- Realización de la prueba rápida con recursos de la CCSS para personas aseguradas, iniciado por proveedor o por cliente. La CCSS recibirá las referencias a la prueba de los SR sin necesidad de cita, reconociendo la pre-consejería realizada por sus educadores.
- Con recursos del proyecto se comprarán servicios de prueba rápida a laboratorios privados localizados y reconocidos por el Ministerio de Salud en las áreas de intervención para:
  - Personas no aseguradas y personas no documentadas
  - aplicación de la prueba en horarios nocturnos (para lo que los SR y SSR movilizarán a las poblaciones a laboratorios que ya cuenten con horarios nocturnos)
- Incluye vinculación a atención y tratamiento en casos positivos.
  - *Implementadores.* SR y SSR de la SC (para movilización de las personas a los laboratorios privados); CCSS (con recursos propios).

**Intervención 2.4. Diagnóstico y tratamiento de ITS, a cargo de la CCSS**

**Intervención 2.5: Otras intervenciones para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero.** En ésta categoría se anotan las siguientes intervenciones:

**2.5.1. Servicios Complementarios.** Se brindarán Servicios Complementarios de referencia a otros servicios integrales y acompañamiento para regularización migratoria y documentación. La prestación de estos servicios implica el establecimiento de un sistema de referencia y contra-referencia donde la CCSS realizará la prueba a las personas referidas por las OSC; y las personas captadas por la CCSS serán referidas a las OSC con quienes haya firmado los correspondientes convenios. Implica para cada persona, y en caso de ser necesario, uno o más de los siguientes servicios:

- *Desde las OSC.* Referencia para: tratamiento psicológico, atención a drogodependencias, reinserción escolar, programas de reinserción laboral y nuevas oportunidades, alternativas de apoyo socioeconómico. Acompañamiento para: aseguramiento, regularización migratoria y documentación; defensa de derechos; apoyo de pares; apoyo psicológico.
- *Desde el Ministerio de Justicia y Paz.* Tratamiento psicológico, apoyo por trabajo social, nutrición dirigida a personas HSH y trans femeninas privadas de libertad. Los recursos para la implementación de estas acciones por parte del MJ provienen de la propia institución.
- *Desde la CCSS.* Facilitación de procesos de validación de derechos (para acceder a modalidades de aseguramiento). Referencia a lo interno de la CCSS a servicios de: psicología, endocrinología, u otros que el personal médico considere relevante. A lo externo de la CCSS: drogodependencias y referencia a ONG. Los recursos para la implementación de estas acciones por parte de la CCSS provienen de la propia institución.
- *Implementadores:* SR y SSR de SC; CCSS y MJ con recursos propios

**2.5.2. Elaboración de Manuales.** Con el fin de brindar estándares de calidad apropiados (basados en evidencia) y adecuados a la realidad de país, se elaborarán dos Manuales que podrán ser utilizados tanto por personal de la OSC, como por personal de la CCSS y el MJ. Dichos Manuales corresponderían a: **A)** Manual de Estrategias de Prevención, y **B)** Manual de consejería pre y post prueba.

- *Implementadores:* Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud del Ministerio Salud (recursos propios), en coordinación con CCSS (recursos propios), MJ (recursos propios), SR y SSR de SC y Proveedores de Asistencia Técnica

**2.5.3. Capacitación.** Se establecerán procesos de capacitación para el personal de los SR y SSR que implementarán estrategias de prevención combinada y para el personal de salud de las áreas de intervención, que debe estar preparado para responder adecuadamente a la demanda que se espera generar desde las acciones de promoción de los servicios. El proceso de capacitación estará a cargo de proveedores de asistencia técnica. Otros temas incluyen estigma y discriminación, derechos humanos, bioseguridad y adherencia al tratamiento.

*Implementadores:* Proveedores de Asistencia Técnica.

- **A. Capacitación a SR y SSR de SC.** Se establecerán procesos de capacitación en estrategias de IEC y CCC para el personal de los SR y de los SSR que realizarán acciones de prevención (IEC y CCC). Implica actividades destinadas a mejorar la capacidad técnica e implementación de estrategias efectivas de prevención de IEC y CCC de los SR para HSH y personas trans, con intervenciones a nivel individual, grupal, y comunitario, de estrategias de difusión en sitios de encuentro y estrategias focalizadas a través de TIC.
- **B. Capacitación a proveedores salud.** Actividades relacionadas a la capacitación del personal de salud para la aplicación de la Normativa. Incluye sensibilización y capacitación antes de ofertar servicios y durante la oferta de éstos. Brinda seguimiento a los procesos de sensibilización y capacitación (efectividad, continuidad, sostenibilidad).
  - *Población objetivo.* Personal de la Caja Costarricense de Seguro Social -CCSS-, del Ministerio de Justicia y Paz -MJ- y del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia -IAFA- de las áreas de intervención del proyecto.
  - *Enfoque de capacitación.* Sensibilización: personal administrativo de CCSS, MJ e IAFA; Sensibilización y capacitación: personal prestador de servicios de salud de la CCSS y del MJ

*Ésta necesidad sería cubierta inicialmente por la solicitud al Fondo Mundial en las áreas de intervención del Proyecto. El país asumiría el compromiso de continuar a partir del año 3, los procesos de capacitación necesarios en las restantes áreas de salud y los procesos de capacitación permanente a lo interno de la CCSS y del MJ.*

*El monto solicitado para las acciones correspondientes al **Módulo 2** es de **USD 2.377.575 (49% del presupuesto)***

**Objetivo 2: Mejorar el entorno legal, social, y político para el ejercicio pleno de los derechos humanos de las poblaciones HSH y trans femeninas, incluyendo aquellas personas con VIH.**

Las estrategias estructurales que abordan factores sociales de la prevención combinada (estigma y discriminación), políticas, y derechos humanos se abordan en este objetivo del Modelo.

Las estrategias para éste objetivo son:

1. Promover el ejercicio y la contraloría social de los derechos humanos de los hombres que tienen sexo con hombres y personas trans femeninas, incluyendo personas con VIH. (Módulo 3)
2. Promover el cumplimiento del marco jurídico relacionado con los derechos de los hombres que tienen sexo con hombres y personas trans femeninas, incluyendo personas con VIH. (Módulo 3)
3. Fortalecer las capacidades de la Sociedad Civil en la respuesta efectiva al VIH. (Módulo 4)

**Estrategia 1 Promover el respeto y cumplimiento de los derechos humanos de los hombres que tienen sexo con hombres y personas trans, incluyendo personas con VIH; y Estrategia 2 Promover el cumplimiento del marco jurídico relacionado con los derechos de los hombres que tienen sexo con hombres y personas trans, incluyendo personas con VIH.**

**Módulo 3: Eliminación de las barreras legales de acceso.**

**Actores clave de éste Módulo:**

- *Poblaciones clave:* desde el principio de Mayor Participación
- *SR de SC que coordinan directamente acciones con la CCSS y el MJ* para la implementación del Modelo
- *Defensoría de los Habitantes:* asistencia técnica, implementador, apoyo para facilitación de procesos
- *Proveedores de Asistencia Técnica*

**Intervención 3.1: Evaluación del entorno político y legal y reforma de leyes.**

- A través de asistencia técnica de expertos en derechos humanos y el apoyo de la Defensoría



de los Habitantes, el desarrollo de un proceso participativo y capacitante, para: a) el análisis de documentos con que cuenta el país sobre Marco Jurídico, y b) con base en los resultados del análisis, se elaborará un plan de incidencia política de las OSC costeados, priorizado y sujeto a plazos, para proponer las reformas necesarias al marco legal vigente y su cumplimiento, incluyendo aprobación de nuevos instrumentos jurídicos requeridos para eliminar barreras en el cumplimiento de los derechos de las poblaciones HSH, personas trans femeninas y personas con VIH. Se priorizará sobre las siguientes necesidades ya identificadas:

- Plan de incidencia para la Ley de identidad de género.
- Plan para la implementación de la Normativa contra la discriminación motivada por la orientación sexual e identidad de género (podría implicar propuesta de Ley contra la no discriminación).
- *Implementadores:* Asistencia Técnica, Defensoría de los Habitantes, SR y SSR de SC

**Intervención 3.2: Servicios de asesoría legal y alfabetización jurídica.** El Modelo busca generar condiciones para facilitar el acceso a la justicia de las personas HSH y trans femeninas, incluyendo personas con VIH, a través del fortalecimiento de servicios jurídicos gratuitos ya existentes (de manera que esto resulte sostenible para el país), y la alfabetización sobre derechos humanos y los mecanismos para su cumplimiento para personas trans y HSH, incluyendo personas con VIH.

a. Servicios de Asesoría Legal: Propiciar condiciones para facilitar el acceso a la justicia para personas HSH y trans femeninas, incluyendo personas con VIH que vean violentados sus derechos humanos a través del acompañamiento de las OSC y el fortalecimiento de servicios jurídicos gratuitos ya existentes en las áreas de intervención del proyecto mediante:

- la elaboración de un compendio jurídico digital que incluya protocolos de atención en servicios de asesoría y apoyo jurídico para la adecuada atención y referencia de las poblaciones clave
- sensibilización y capacitación de 30 prestadores de servicios de asesoría y apoyo jurídico gratuito
- asesoría legal externa (privado) a los servicios públicos existentes en los casos que ameriten un apoyo adicional (se establecerán criterios para definir el tipo de casos que se referirán)
- acompañamiento/asesoría a personas no aseguradas para: a) procesos de documentación; b) procesos de información y capacitación sobre las modalidades de aseguramiento; c) incorporarse a alguna de las modalidades de seguro de salud.
- *Implementadores:* Asistencia Técnica, Defensoría de los Habitantes, SR y SSR de SC

b. Alfabetización jurídica. Elaboración e implementación de Estrategia de Comunicación para fortalecer la capacidad de defensa de los derechos humanos de personas de población clave. Implica campañas específicas para personas trans y HSH, incluyendo personas con VIH, que brinden información sobre DDHH y mecanismos para su cumplimiento (arte -p.e. galerías, festivales, teatro, cine foro, etc-, TIC -redes sociales, aplicaciones móviles-; abordajes directos a las poblaciones meta de la campaña; elaboración de material informativo sobre derechos humanos y mecanismos de denuncia).

- *Implementadores:* Defensoría de los Habitantes, SR y SSR de SC

**Intervención 3.3: Seguimiento de los derechos legales con base comunitaria.** Reconociendo la importancia del ejercicio de la ciudadanía para el cumplimiento de derechos de HSH y personas trans femeninas, incluyendo personas con VIH, brinda posibilidades técnicas y financieras para que las OSC a) fortalezcan la capacidad de interacción de las personas más afectadas con las instituciones públicas; b) establezcan y apliquen mecanismos para el seguimiento continuo del marco jurídico y para documentar las barreras para una respuesta eficaz a la enfermedad a través de:

- Capacitación de personal clave de 25 personas de OSC para acompañar procesos de defensa de derechos humanos.
- Una Plataforma Digital de Vigilancia Ciudadana que facilite la denuncia, el seguimiento y el reporte. Esto incluye el seguimiento de los casos individuales a fin de compartirlos con la Defensoría de los Habitantes, instituciones estatales, usarlos en litigios y en informes de investigación.
- La Sistematización de experiencias y buenas prácticas en Costa Rica y en la región respecto al monitoreo, la vigilancia, la observancia y la veeduría ciudadana de derechos humanos sobre VIH y LGBT
- El establecimiento de una red de usuarios de los servicios de salud que permita que las

poblaciones clave de las áreas de intervención del proyecto fortalezcan su capacidad en la defensa de sus derechos y contribuyan a la plena vigencia de la igualdad y no discriminación en Costa Rica.

- *Implementadores:* Defensoría de los Habitantes, SR y SSR de SC

#### **Intervención 3.4: Formación sobre los derechos de los funcionarios, los profesionales de la salud y la policía.**

- Se desarrollará una metodología para procesos de formación de funcionarios públicos en DDHH, estigma y discriminación por VIH y discriminación por orientación sexual e identidad de género, que quedará a disposición de instituciones y OSC para posteriores procesos de capacitación que las instancias gubernamentales asumen y que trasciendan el proyecto.
- Se desarrollarán procesos de reducción del estigma y la discriminación con un grupo de funcionarios (de acuerdo a perfil de entrada y salida que contemple personal que estará a cargo de la atención directa de las poblaciones), de instituciones directamente vinculadas al proyecto:
  - IAFA (se realizarán referencias)
  - Dirección de Migración y Extranjería (coordinación para la regularización de personas extranjeras que cumplan los requisitos solicitados)
  - Ministerio de Gobernación, Policía y Seguridad Pública
  - Junta de Protección Social (como ente que brinda apoyo financiero ONG que trabajan en el tema del VIH).
- *Implementadores:* Defensoría de los Habitantes, SR y SSR de SC

*El monto solicitado para las acciones correspondientes al **Módulo 3** es de **USD 495.749** (10% del presupuesto)*

### **Estrategia 3. Fortalecer las capacidades de la Sociedad Civil en la respuesta efectiva al VIH.**

El Modelo asume que el fortalecimiento del ejercicio de la ciudadanía de las poblaciones clave (sujetos de derecho), es medular para el fortalecimiento de la respuesta de país al VIH y con ello, para la contención de la epidemia. Se propone para este componente generar posibilidades para que las poblaciones se organicen en redes, ejerzan vigilancia ciudadana, demanden transparencia en la rendición de cuentas, se movilicen adecuadamente para demandar el cumplimiento de sus derechos e impulsen activamente el mejoramiento de la calidad de los servicios, los cambios en la ciudadanía, y en las respuestas del Estado. El componente incluye además, el fortalecimiento institucional de las organizaciones de sociedad civil miembro de CONASIDA y/o SubReceptores como motores fundamentales para la promoción de cambios individuales, sociales, culturales y estructurales. Desde este punto de vista, las acciones emprendidas desde la OSC, representan una piedra angular para garantizar la sostenibilidad de las acciones y el empoderamiento y participación real de las poblaciones clave y vulnerables. Desde este Modelo, la SC puede ser implementadora de estrategias y acciones pero al mismo tiempo, podría constituir población meta de las acciones.

#### **Módulo 4: Fortalecimiento de los Sistemas Comunitarios**

##### **Intervención 4.1: Seguimiento de la responsabilidad con base comunitaria.**

- Capacitación a líderes comunitarios para realizar el monitoreo para el cumplimiento de la Normativa de Atención Integral en salud de la población HSH y personas trans femeninas (Objetivo 1), a la CCSS y al MJ y para el adecuado uso de la información.
- Monitoreo ciudadano a la CCSS y al MJ, para el cumplimiento de la Normativa.
- *Implementadores:* Asistencia Técnica, SR y SSR de SC

##### **Intervención 4.2: Fomento de la responsabilidad social.**

*a. Mesas de Diálogo.* Establecimiento de procesos de consenso, diálogo y colaboración intersectorial a nivel local y nacional a través de Mesas de Diálogo (equipos de trabajo en la búsqueda de soluciones sobre problemáticas concretas).

- *Implementadores:* Defensoría de los Habitantes, SR y SSR de SC

*b. Fortalecimiento de la Junta de Protección Social (JPS).* Desarrollo de un proceso capacitación y acompañamiento a la Junta de Protección Social, para fortalecer sus capacidades de trabajo con organizaciones y grupos de la sociedad civil, con el fin de mejorar la oportuna asignación y

ejecución de recursos financieros provenientes de la lotería nacional a la respuesta nacional en VIH.

- *Implementador:* RP

#### **Intervención 4.3: Movilización social, creación de vínculos, colaboración y coordinación en la comunidad.**

Formación y fortalecimiento de bases comunitarios en la población trans femenina y HSH gay a través de:

- Ofrecer espacios seguros y saludables a nivel comunitario para reunión y asociación de la población trans femenina y HSH
- Fortalecer el establecimiento y la interacción de grupos comunitarios (Red de ONG, Red de personas trans femeninas, articulación HSH, REDCA-CR) mediante conversatorios, encuentros, foros sobre temas específicos (Equipos de Promoción de Derechos Humanos de grupos vulnerabilizados)
- Realización de primera asamblea nacional de población trans femenina.
- *Implementadores:* SR y SSR de SC, RP

#### **Intervención 4.4: Desarrollo de capacidades institucionales, planificación y liderazgo en el sector comunitario.**

- Promoción de la aplicación del Código de buenas prácticas para ONG que trabajen en VIH, dirigida a las organizaciones inscritas en CONASIDA (15 organizaciones). Incluye la autoevaluación de capacidades (<http://hivcode.org/silo/files/advocacy-spanish-.pdf>)
- Diseño de la estrategia y plan de fortalecimiento de las competencias por organización (institucionales, planificación, liderazgo en el sector comunitario, ente otras).
- Implementación de la estrategia de fortalecimiento organizacional
- *Implementadores:* Asistencia Técnica, SR y SSR de SC

*El monto solicitado para las acciones correspondientes al **Módulo 4** es de **USD 262.668 (5% del presupuesto)***

#### **Objetivo 3. Proveer al país con información estratégica en VIH necesaria sobre las poblaciones clave, para la definición de acciones y toma de decisiones.**

El Modelo busca una mejora en el funcionamiento y la integración de los sistemas de información institucionales para la generación de la información en VIH. Se prevé la realización de estudios clave para el país (Estudio de Seroprevalencia en HSH, personas trans femeninas y trabajadoras sexuales; Estudio de Tamaño de Población –HSH, trans femeninas y trabajadoras sexuales-; Sistematización y análisis de la información generada de los procesos de aseguramiento durante el primer año del proyecto.

Las estrategias para éste objetivo son:

- Mejorar la recolección sistemática y oportuna de datos de calidad de los datos generados por la propuesta (Módulo 5)
- Generar información estratégica sobre el comportamiento de la epidemia en HSH, personas trans femeninas y MTS. (Módulo 5)
- Fortalecer los procesos de análisis y uso de la información estratégica sobre el comportamiento de la epidemia en HSH, personas trans femeninas y MTS (Módulo 5)

#### **Módulo 5: Seguimiento y Evaluación**

##### **Estrategias:**

1. Garantizar la recolección sistemática, oportuna y de calidad, de los datos generados por el proyecto
2. Fortalecer los procesos de análisis y uso de la información estratégica sobre el comportamiento de la epidemia en HSH, personas trans femeninas y MTS
3. Contar con la estimación del tamaño de población y seroprevalencia de HSH, personas trans femeninas y MTS.

##### **Intervención 5.1: Presentación de informes rutinarios.**

- Monitoreo de campo (personal de campo)
- Elaboración de los instrumentos de recolección de información

- Visitas campo
- Digitación que consolida la información
- Análisis de información e informes.
- Documentación y difusión de buenas prácticas.
- Memoria anual
- Capacitación para la implementación de un sistema rutinario de información en sub-receptores de sociedad civil (crear el sistema, capacitación, supervisión de la implementación, medición de calidad del dato, consolidación, análisis y reporte).

#### **Intervención 5.2: Análisis, revisión y transparencia.**

- desarrollo y puesta en común de informes periódicos a través de sitios web/publicaciones;
- Con base a los datos generados por el receptor principal, el MCP dará dos informes semestrales a CONASIDA, Conferencia de prensa, otras autoridades..
- Página web del MCP, (incluye persona que actualiza, revisa la información que se sube, compila la información, etc.)
- Investigaciones operativas
  - Análisis de eficiencia del sistema de referencia y contra referencia de poblaciones clave a las clínicas donde se harán las pruebas diagnósticas;
  - Eficacia de la implementación del modelo de prevención combinada que el país está implementando en esta propuesta.
  - Es apropiado y sostenible el modelo de fortalecimiento de los sistemas comunitarios?

#### **Intervención 5.3: Encuestas.**

- Estudio CAP en poblaciones clave (población trans, HSH y MTS). El estudio CAP será hecho por el RP. Este estudio se hará el primer y tercer año de la subvención.
- Estudio de seroprevalencia en poblaciones clave (población trans femenina, HSH y MTS). El estudio de prevalencia en estas poblaciones, estará a cargo de la CCSS y del MS (con recursos propios); el proyecto únicamente aportará las pruebas de laboratorio para su ejecución. Este estudio se hará segundo año de la subvención.
- Estudio de tamaño de población trans femenina. (Año 1)

#### **Intervención 5.5: Otros (Estudios especiales).**

- Mapeo de lugares frecuentados por las poblaciones HSH y personas trans femeninas (Año 1). Debe aclararse que se han elaborado algunos mapeos por parte de PSI-PASMO, pero éstos deben ser completados.
- Sistematización y análisis de los procesos de aseguramiento al sistema de salud de personas HSH y trans femeninas (en situación migratoria irregular, sin documentos, y/o en condición de pobreza que no se les puede otorgar seguro por el Estado) al finalizar el primer año.

*El monto solicitado para las acciones correspondientes al **Módulo 5** es de **USD\$ 403.232** (8% del presupuesto).*

#### **Aclaraciones adicionales**

Además de los Módulos descritos, se debe contemplar el **Módulo 6**, correspondiente a la **Gestión de Programa**, en el cual se incorpora el presupuesto correspondiente al RP por un monto de **US\$1.264.445** (26% del presupuesto).

En términos generales, la propuesta asigna un significativo presupuesto a recurso humano (53%) debido a:

- a. Se cuenta con un presupuesto relativamente pequeño que no contiene grandes gastos en compra de insumos y no implica compras de medicamentos, por lo que el rubro correspondiente a recurso humano sobresale de manera especial
- b. La significativa orientación de la propuesta al desarrollo de actividades de prevención combinada, requiere de fortalecimiento de capacidades y recurso humano de las Organizaciones de la Sociedad Civil. Este aspecto crítico para la sostenibilidad de las acciones requiere de personal calificado como insumo básico para implementarse.
- c. En Costa Rica los pagos salariales implican por ley, altas cargas sociales: 46.32% de pago patronal sobre el salario base (que incluye Seguro Social, aguinaldo, riesgos del trabajo, vacaciones, cesantía). La propuesta, en total coherencia con el cumplimiento de

la ley y el reconocimiento de los derechos, debe contemplar el pago de éstas cargas sociales que indudablemente incrementan el peso del rubro de recurso humano de la propuesta.

### 3.3 Herramienta modular

Rellene la herramienta modular (tabla 3). Para acompañar la información de la herramienta modular para el monto asignado y por encima del monto asignado, indique brevemente lo siguiente:

- a. Explique las razones para la selección y priorización de los módulos e intervenciones.
- b. Describa la repercusión y los resultados previstos, haciendo referencia a evidencia de la eficacia de las intervenciones propuestas. Señale los beneficios adicionales previstos de un financiamiento por encima del monto asignado.

Dado que el país asume en su totalidad el gasto en tratamiento y en acciones de prevención orientadas a sangre segura y transmisión vertical, para la presente solicitud se seleccionaron los Módulos que podrían brindar al país la oportunidad de establecer un Modelo sostenible para contener una epidemia concentrada en poblaciones HSH y trans femenina.

Tras los tres años de ejecución, se considerará que el proyecto ha tenido un impacto positivo si el país ha:

1. Reducido la mortalidad relacionada con el sida

Además, se considerará que el resultado es exitoso si se ha logrado lo siguiente:

1. Modelo sostenible de prevención combinada y atención a HSH y personas trans femeninas establecido
2. Incrementado el uso correcto y sistemático del preservativo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
3. Incrementado el uso correcto y sistemático del preservativo en personas trans femeninas

Cada Módulo se considerará exitoso de acuerdo a los siguientes criterios:

#### 1. Módulo de Políticas y Gobernanza.

Si se cuenta con los siguientes productos:

- 1.1 Normativa Nacional de Atención Integral en Salud de la población HSH y trans femenina elaborada por el MS, la CCSS, el MJ y OSC, y oficializada por el Ministerio de Salud
- 1.2 Manuales Técnicos de Procedimientos con sus respectivos Manuales para la supervisión, seguimiento y contraloría social, para la Atención Integral en Salud de la población HSH y trans femenina, desarrollados

Y el siguiente resultado:

- 1.3 Normativa Nacional de Atención Integral en Salud de la población HSH y trans femenina implementada por las entidades correspondientes de acuerdo a los criterios establecidos en el Manual de Supervisión

#### 2. Módulo de Prevención –Hombres que tienen relaciones sexuales con Hombres y personas trans género-.

Si se cuenta con los siguientes productos:

- 2.1 Dos Manuales elaborados:
  - a. Manual de Consejería para la prueba de VIH
  - b. Manual de Estrategias de Prevención Combinada
- 2.2 Personal de organizaciones SR y SSR de sociedad civil y/o de CONASIDA, capacitado para implementar acciones de IEC y CCC
- 2.3 Funcionarios prestadores de servicios de salud (medicina, enfermería, microbiología, psicología, trabajo social, Técnicos de Atención Primaria en Salud -ATAPS) de las áreas de intervención capacitados
- 2.4 Personal administrativo (de seguridad, de limpieza, y de Registros Médicos –REMES- -



secretarías/os, archivistas-, de contralorías de servicios, de validación de derechos) de los servicios de salud de las áreas de intervención del proyecto, alcanzados por acciones de educación continua.

Y los siguientes resultados:

- 2.5 Aumentada la cobertura de programas de prevención de VIH (paquete definido de servicios) para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- 2.6 Aumentada la cobertura de programas de prevención de VIH (paquete definido de servicios) para personas trans femeninas
- 2.7 Aumentada la cobertura de la prueba de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- 2.8 Aumentada la cobertura de la prueba de VIH en personas trans femeninas
- 2.9 Efectividad de la referencia y contrareferencia entre servicios de salud y servicios comunitarios documentada

### **3. Módulo de Eliminación de las barreras legales de acceso**

Si se cuenta con los siguientes productos:

- 3.1 Plan de incidencia costado, priorizado por la sociedad civil, conteniendo al menos los siguientes temas:
  - a. Ley de identidad de género.
  - b. Apoyo al proceso de Reforma de la Ley de VIH
  - c. Implementación de la Normativa contra la discriminación motivada por la orientación sexual e identidad de género (podría implicar propuesta de Ley contra la no discriminación).
- 3.2 Funcionarios seleccionados de las instituciones de referencia de las áreas de intervención del proyecto capacitados

Y los siguientes resultados:

- 3.3 Caso emblemático de defensa de derechos humanos de personas de la diversidad sexual documentado
- 3.4 Incrementado a través de los 3 años del proyecto, el número de denuncias y/o consultas sobre derechos humanos a través de la plataforma digital de Vigilancia Ciudadana
- 3.5 Número de personas HSH y trans femeninas no aseguradas detectadas por las intervenciones del proyecto, que han logrado incorporarse a alguna de las modalidades de seguro social
- 3.6 Organizaciones de la sociedad civil con capacidades fortalecidas para el ejercicio y la contraloría de los derechos humanos de los hombres que tienen relaciones con hombres y personas trans femeninas

### **4. Módulo Fortalecimiento de los Sistemas Comunitarios.**

Si se cuenta con los siguientes productos:

- 1.1 Centros de salud de la CCSS y del MJ de las áreas de intervención del proyecto, monitoreados por organizaciones de la sociedad civil.
- 1.2 Aumento en la cantidad de grupos organizados de HSH y trans femeninas en las áreas de intervención del proyecto
- 1.3 Cumplimiento de acciones del "Plan de desarrollo y fortalecimiento de competencias de la OSC en capacidades institucionales"

Y los siguientes resultados:

- 1.4 Organizaciones de la Sociedad Civil con capacidades fortalecidas para la respuesta efectiva al VIH
- 1.5 Junta de Protección Social de San José con capacidades fortalecidas para la oportuna asignación y ejecución de recursos financieros asignados a la prevención del VIH por parte de Organizaciones de la Sociedad Civil
- 1.6 Cambios documentados en el acceso y prestación de servicios a partir de procesos de

consenso, diálogo y colaboración intersectorial

## 5. Módulo Seguimiento y Evaluación

Si se cuenta con los siguientes productos:

5.1 Informes de proyecto de calidad y entregados oportunamente

5.2 Sistema rutinario de información en sub-receptores implementado

5.3 Investigaciones operativas desarrolladas:

- a. Análisis de eficiencia del sistema de referencia y contra referencia de poblaciones clave a las clínicas donde se harán las pruebas diagnósticas;
- b. Eficacia de la implementación del modelo de prevención combinada que el país está implementando en esta propuesta.
- c. Es apropiado y sostenible el modelo de fortalecimiento de los sistemas comunitarios?

5.4 Encuestas desarrolladas:

- a. Estudio CAP en poblaciones clave (población trans, HSH y MTS). El estudio CAP será hecho por el RP. Este estudio se hará el primer y tercer año de la subvención.
- b. Estudio de seroprevalencia en poblaciones clave (población trans, HSH y MTS).
- c. Estudio de tamaño de población trans

5.6 Estudios Especiales desarrollados:

- a. Mapeo de lugares frecuentados por las poblaciones HSH y personas trans femeninas
- b. Sistematización y análisis de los procesos de aseguramiento al sistema de salud de personas HSH y trans femeninas (en situación migratoria irregular, sin documentos, y/o en condición de pobreza que no se les puede otorgar seguro por el Estado)

Y los siguientes resultados:

5.7 País con información estratégica sobre el comportamiento de la epidemia en población HSH, trans femenina y MTS disponible.

### 3.4 Enfoque en las poblaciones clave y/o intervenciones de mayor repercusión

**Esta sección no se aplica a países de ingresos bajos.**

Describa si el enfoque de la solicitud de financiamiento cumple los requisitos de la Política de elegibilidad y financiamiento de contrapartida del Fondo Mundial que se enumeran a continuación:

- a. Si el solicitante es un país de ingresos medios bajos, describa cómo la solicitud de financiamiento destina al menos el 50% del presupuesto a poblaciones clave y desatendidas y/o a las intervenciones de mayor repercusión.
- b. Si el solicitante es un país de ingresos medios altos, describa cómo la solicitud de financiamiento destina al menos el 100% del presupuesto a poblaciones clave y desatendidas y/o a las intervenciones de mayor repercusión.

La totalidad del presupuesto de la solicitud se destina a:

- a. las poblaciones clave directamente (prevención combinada)
- b. intervenciones de mayor repercusión para el establecimiento del “Modelo sostenible de prevención combinada y atención a población HSH y trans femenina” que busca el país para la contención de la epidemia en éstas poblaciones.

Sobre la selección de las intervenciones elegidas se debe decir que:

1. Se definen para la propuesta intervenciones de prevención basadas en evidencia (prevención combinada).
2. Se han priorizado intervenciones viables y sostenibles para el país.
3. Se han priorizado intervenciones orientadas a eliminar barreras de acceso a la salud.
4. Se han priorizado acciones orientadas a mejorar la calidad de los servicios, de manera que el sistema se prepare adecuadamente para recibir el aumento en la demanda de las poblaciones clave que se espera generar.
5. Las propuestas para la prevención combinada (tanto para IEC y CCC, como para los componentes de cambio estructural y cumplimiento de derechos de los módulos de eliminación de barreras y de fortalecimiento de sistemas comunitarios), incorporan intervenciones novedosas a partir de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) y el arte.
6. Las intervenciones propuesta se centran en las brechas identificadas para responder específicamente al fortalecimiento de las capacidades del país para responder adecuadamente a una epidemia concentrada en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas trans.

## SECCIÓN 4: ACUERDOS DE EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGOS

### 4.1 Resumen de los acuerdos de ejecución

Proporcione una visión general sobre los acuerdos de ejecución propuestos para la solicitud de financiamiento. En la respuesta, describa:

- a. Si corresponde, el motivo por el que el acuerdo de ejecución no refleja un arreglo de financiamiento de doble vía (es decir, los receptores principales gubernamentales y no gubernamentales).
- b. Si se designa más de un receptor principal, cómo se producirá la coordinación entre los receptores principales.
- c. El tipo de arreglos de gestión de subreceptores con los que probablemente se

contará y si se han identificado los subreceptores.

- d. Cómo se producirá la coordinación entre cada receptor principal designado y sus respectivos subreceptores.
- e. Cómo participarán de forma activa en la ejecución de esta solicitud de financiamiento los representantes de las organizaciones de mujeres, las personas que viven con las tres enfermedades y otras poblaciones clave.

#### **a. Un único Receptor Principal**

En el caso de Costa Rica, se decidió contar con un único Receptor Principal, el cual fue elegido a través de un proceso de concurso abierto. Hivos es una organización no gubernamental de cooperación internacional que contaba con la experiencia específica de haber gestionado el periodo 2006-2009 de la subvención de Ronda 2 que tuvo Costa Rica, obteniendo una calificación final de A1.

Para ésta nueva solicitud, se consideró que contar con dos Receptores Principales no era pertinente al tratarse de un monto relativamente pequeño (\$4.9 millones). Se decide abrir el concurso para RP, ya que la mayor parte de actividades incluida en la propuesta serán ejecutadas por organizaciones de sociedad civil y un RP no gubernamental será más ágil. Adicionalmente, se considera que al contener la propuesta un peso relevante en el Fortalecimiento de los Sistemas Comunitarios, estar muy orientada a lograr un equilibrio eficiente entre SC-Estado y no requerir de la compra de medicamentos, el RP no se sobrepondría a funciones estatales y más bien vendría a constituirse en un buen catalizador para el establecimiento del Modelo buscado por el país.

El MCP publicó el concurso a través de las páginas web del Ministerio de Salud, de la CCSS, de USAID|PASCA, de ONUSIDA, y a través del periódico La Nación. Únicamente Hivos presentó la documentación requerida para el concurso, sobre la que el MCP revisó el cumplimiento de requisitos solicitados y decidió por unanimidad su selección.

#### **c. Arreglos de gestión de Subreceptores**

El MCP consideró pertinente para aminorar el riesgo de conflicto de interés, realizar la selección de los SR hasta después de firmada la subvención. Se dará apertura a un concurso público en el Q1 y se firmarán los contratos correspondientes para que inicien ejecución en el Q3. El proceso de selección de los SR (a cargo de un panel de selección definido por el MCP y el RP),

Para la ejecución de la presente solicitud, se planea la contratación de **6 subreceptores (SR)**, todos pertenecientes al sector no-gubernamental. En el objetivo 1 sobre prevención para población HSH y Trans se prevén 4 SR y en el objetivo 2 relacionado con los derechos humanos y el fortalecimiento de las capacidades de la sociedad civil, serán 2 los SR.

Particularmente en el área de la prevención comunitaria, las capacidades existentes y la cobertura en las organizaciones de la sociedad civil son limitadas. Actualmente existen solamente 2 organizaciones con un trabajo preventivo activo, dirigido específicamente a la población HSH y Trans bajo un modelo de IEC/CCC. Ambas organizaciones han venido apoyando a grupos de base comunitaria para realizar trabajo de prevención, pero las capacidades técnicas y gerenciales de los grupos comunitarios aún siguen siendo débiles y requieren reforzarse. Existen otras organizaciones que trabajen en prevención y/o salud sexual y reproductiva con otras poblaciones. En la propuesta se trabajará preferiblemente con organizaciones con conocimiento de las poblaciones, con experiencia previa en prevención y/o, con la capacidad para traducir el trabajo que realizan a nivel comunitario hacia las poblaciones priorizadas. Dadas las exigencias del donante, deben tener capacidades mínimas en administración y gestión para garantizar el adecuado manejo de recursos y la rendición de cuentas.

Además de fortalecer capacidades de gestión y administración, el proyecto formará a educadores pares y educadores virtuales en metodologías efectivas que vendrían a reforzar la capacidad técnica de implementación de posibles organizaciones que quieran presentarse como SR. La única organización ejecutora que se definió desde ya, es TRANSVIDA, por ser ésta la única OBC de personas trans femeninas del país. No administrará fondos desde el primer año por carecer de capacidades administrativas, que se irán formando durante el proyecto.

En el objetivo 2, sí se encuentran más organizaciones y grupos organizados trabajando, pues ha

habido un trabajo fuerte para desarrollar agenda de la diversidad sexual en Costa Rica (no necesariamente relacionado con VIH). En este objetivo, tampoco no todos los grupos cuentan con la capacidad administrativa necesaria para ser SR, por lo que quedaría abierta la posibilidad de trabajar bajo la modalidad de una organización sombrilla que administrará los recursos de o para otros grupos.

Además de los SR, se contará con **4 instancias ejecutoras** del sector gubernamental, que no administrarán recursos y con las cuales el **RP firmará convenios de cooperación**:

1. Ministerio de Salud
2. Caja Costarricense de Seguro Social
3. Defensoría de los Habitantes
4. Ministerio de Justicia y Paz

Adicionalmente se contará con la **estrecha colaboración de la Junta de Protección Social**, entidad que brindará los recursos de país correspondientes a la voluntad de pago y con las que el RP entablará un continuo proceso para la efectiva coordinación y para el fortalecimiento de ésta instancia que continuará trabajando y apoyando a las OSC más allá de la subvención con el Fondo Mundial.

#### **d. Coordinación entre RP y SR**

Se establecerán canales continuos de comunicación y coordinación entre RP, SR, instancias ejecutoras, MS, CCSS, y JPS. Esto implicará el establecimiento de reuniones trimestrales con SR y con instituciones gubernamentales.

En el caso de las instituciones estatales involucradas en el proyecto, deben establecerse las personas responsables del enlace y coordinaciones estratégicas para que la institución garantice el cumplimiento de los acuerdos de la implementación. Deben establecerse además los mecanismos necesarios para que las y los jerarcas de cada institución involucrada verifiquen si los compromisos institucionales están siendo cumplidos.

#### **e. Coordinación Nacional y local**

En miras a la sostenibilidad del Modelo, se prevé el establecimiento de instancias de coordinación que trasciendan el proyecto para la continuidad de las acciones.

**La Coordinación multisectorial a nivel nacional.** Para la efectiva implementación del Modelo, se debe establecer un espacio de coordinación multisectorial con una participación activa de los miembros designados por los jerarcas de las instituciones gubernamentales implementadoras como responsables institucionales de la implementación del Modelo, personas representantes de las poblaciones clave, de las OSC, el RP, y una representación del MCP. Ésta coordinación correspondería a una Comisión Ampliada de CONASIDA para la implementación del Modelo y sería presidida por el Ministerio de Salud.

**La Coordinación multisectorial a nivel local.** Se llevará a cabo una articulación a nivel local, por lo que le corresponderá a la Dirección de cada Área Rectora del Ministerio de Salud involucrada, la organización de una instancia de coordinación interinstitucional e intersectorial desde la cual se activará un trabajo en red. En ella habrá representación y participación activa y plena de los diversos actores sociales involucrados en la puesta en marcha del Modelo. Esto contempla, tanto a las instituciones públicas como de las organizaciones no gubernamentales, cumpliendo así con los criterios de representatividad, participación, integralidad y diversidad, como principios rectores del Modelo.

#### **f. Participación activa de las poblaciones**

El Modelo para Costa Rica asume que el posicionamiento de estas poblaciones como sujetos de derecho, es un aspecto medular para el fortalecimiento de la respuesta de país al VIH y con ello, para la contención de la epidemia. Se fortalece así la posibilidad de que las poblaciones se organicen en redes, ejerzan control ciudadano, demanden transparencia en la rendición de

cuentas, se movilicen adecuadamente para demandar el cumplimiento de sus derechos e impulsen activamente el mejoramiento de la calidad de los servicios. En este sentido, el Modelo promueve y valora la participación comunitaria en todas las etapas.

## 4.2 Asegurar la eficacia de la ejecución

**Rellene esta pregunta solo si el Mecanismo de Coordinación de País supervisa otras subvenciones del Fondo Mundial.**

Describa cómo está vinculado el financiamiento solicitado a las subvenciones del Fondo Mundial o a otras solicitudes de financiamiento presentadas por el Mecanismo de Coordinación de País.

En particular, y desde una perspectiva de gestión de programas, explique cómo esta solicitud complementa (y no duplica) cualquier tipo de recursos humanos, formación, seguimiento y evaluación, y actividades de supervisión.

No aplica para Costa Rica

## 4.3 Normas mínimas para los receptores principales y la realización del programa

Nombre del RP 1	Hivos	Sector	INGO
¿El Receptor Principal administra actualmente una o varias subvenciones del Fondo Mundial para este componente de enfermedad o subvenciones de intervenciones transversales para el fortalecimiento de los sistemas de salud?		<input type="checkbox"/> Sí      x No  No lo hace para Costa Rica, pero es RP en VIH en Guatemala, Bolivia y en ISEAN.	
<b>Normas mínimas</b>		<b>Evaluación del MCP</b>	
1. El Receptor Principal da muestra de la eficacia de las estructuras de gestión y la planificación.		Hivos es una organización internacional sólida, con 40 años de experiencia como donante y como administrador de recursos de la cooperación. Trabaja conforme a la norma ISO 9001 de calidad. Para efectos de la implementación de la subvención del Fondo Mundial se establecerá una Unidad Coordinadora del Proyecto en su oficina en Costa Rica  HIVOS cuenta con manuales de calidad y de funcionamiento que describen las responsabilidades y niveles de decisión de los funcionarios en puestos directivos; el ciclo de gestión de un proyecto, las responsabilidades y procedimientos de carácter administrativo y técnico que se toman a lo largo de dicha gestión. Las decisiones de carácter técnico se confían a los oficiales de programa de los sectores. Para	



	<p>efectos de autorización y firma de pagos o convenios, siempre tiene que darse el visto bueno de la dirección. Decisiones de orden político o de tipo administrativo de gran envergadura (por ejemplo la firma del convenio con el FONDO MUNDIAL), se deciden a un nivel superior en coordinación entre la dirección de la Oficina Regional y la sede en Holanda, dependiendo del carácter de la decisión.</p>
<p>2. El Receptor Principal tiene la capacidad y los sistemas necesarios para realizar una gestión y una supervisión eficaces de los subreceptores (y de los sub-subreceptores pertinentes).</p>	<p>Hivos tiene amplia experiencia en el 'regranting' a organizaciones de la sociedad civil y en relacionarse con dichas organizaciones. Se cuenta con procesos y normativos establecidos en manuales y un sistema de información (ERP) que respalda la administración financiera y programática de los programas que se llevan a cabo. Los sistemas permiten monitorear el progreso de la implementación basados en indicadores, presupuestos y planes de trabajo aprobados por el donante.</p>
<p>3. El sistema de control interno del Receptor Principal es eficaz para evitar y detectar la malversación de fondos o el fraude.</p>	<p>Hivos cuenta con controles eficaces a través de procesos administrativos de control que incluyen adelantos y rendiciones periódicos de los SR, y se refuerzan con supervisión y monitoreo in situ, auditorías contables periódicas, y la participación en reuniones de seguimiento con el personal adecuado en la rendición de cuentas. El sistema de gestión avisa sobre la falta de cumplimiento con requisitos y requiere de aprobaciones por diferente personal.</p> <p>Lo que se aplica para efectos de control en el RP también será solicitado a los SR. Esto con relación al sistema de gestión de los recursos, registros de los movimientos económicos, resguardo de activos, reportes financieros periódicos y participación en procesos de auditoría externa.</p>
<p>4. El sistema de gestión financiera del Receptor Principal es eficaz y preciso.</p>	<p>Hivos posee sistemas competentes de contabilidad y manejo de flujos de caja que le permiten desembolsos ágiles y eficientes hacia los SR. El sistema contable tiene capacidad para registrar el presupuesto desglosado por RP y SR, el manejo de la cuenta bancaria, los gastos de acuerdo al desglose presupuestario, el manejo de los activos fijos tangibles y mostrar la ejecución presupuestaria general o por RP y SR. El sistema permite</p>

	<p>registrar todas las transacciones económicas, tanto en la moneda nacional, como en otras monedas que sean necesarios. El sistema provee herramientas para registrar las transacciones bancarias debidamente y generar las conciliaciones de las cuentas corrientes. Igualmente provee la facilidad de registrar otro tipo de asientos contables que no movilizan fondos.</p> <p>Los pagos a los proveedores dependen de las condiciones acordadas entre el RP y el contratista. Se verifica el ingreso de lo adquirido, se da el visto bueno, se traslada la factura al responsable de contabilidad para su registro y en la fecha de cancelación se emite el cheque o transferencia electrónica para su cancelación. En el caso de cheque siempre se utilizan al menos dos firmas de manera mancomunada. En el caso de transferencia electrónica se trabaja con un banco que provea la mayor seguridad.</p>
<p>5. El almacén central y el almacén regional tienen la suficiente capacidad y siguen las prácticas recomendadas con respecto al almacenamiento para ofrecer unas condiciones, integridad y seguridad adecuadas para los productos sanitarios.</p>	<p>Hivos no cuenta con almacén. Como parte de la compra de los condones y lubricantes, también solicitará al proveedor elegido que brinde el servicio de bodegaje. Con ello se pretende cubrir la necesidad de almacenamiento.</p> <p>En el pasado se adoptó este mecanismo de administración del espacio físico para condones.</p> <p>El sistema prevé que los SR reciban directamente de parte del proveedor la cantidad precisa solicitada al RP. Este a través de una notificación escrita al proveedor, con copia al SR, autorizará la entrega de los condones y lubricantes. El proveedor solo entregará mercadería contra este documento que será firmado por la persona correspondiente en Hivos. La firma se registra ante el proveedor.</p> <p>El RP lleva un registro del inventario de condones y lubricantes y en cualquier momento se podrá cotejar con el registro del proveedor. Además, se pueden efectuar conteos físicos del inventario para su control.</p>
<p>6. Los arreglos de los sistemas de distribución y transporte son eficaces para asegurar un suministro continuado y seguro de productos sanitarios a los usuarios finales para evitar que se produzcan interrupciones en el tratamiento o en el programa.</p>	<p>La distribución y transporte de condones y lubricantes a SR, se negocia con el proveedor que mediante sus vehículos de distribución entrega en las oficinas de los SR las cajas solicitadas. Toda</p>

	<p>entrega es con el documento de autorización de Hivos. El proveedor despacha con eso y con sus documentos internos entrega al SR. Este guarda la prueba para sus registros y el SR se guarda una copia del documento de entrega, también para su inventario. Hivos verifica el documento y luego el descargo del inventario del SR, según las boletas de salida. El sistema de información tiene un módulo de logística para registro de entrada y salidas y la disponibilidad en las bodegas.</p>
<p>7. Se dispone de capacidad y herramientas de recopilación de datos para supervisar el desempeño del programa.</p>	<p>En este momento el sistema nacional de salud no recoge información producida por la sociedad civil. El RP tiene un sistema orientado a la Gestión Programática, el Monitoreo y Evaluación, que ha sido programado sobre plataforma web, y por ende permite el acceso multiusuario, desde Intranet o Internet. En el caso del Fondo Mundial, significa que todos los SR pueden ingresar en un solo sistema su información programática, financiera, logística y contable.</p>
<p>8. Se dispone de un sistema de notificación de datos sistemático y funcional con cobertura suficiente para informar puntualmente y con precisión sobre el desempeño del programa.</p>	<p>El RP dispondrá de un sistema funcional para recoger la información y monitorear los avances de las acciones desde la sociedad civil.</p> <p>El sistema del RP permite tanto a los SR como al RP tener la información (sobre la producción por SR) disponible en tiempo real, de manera agregada y desagregada, lo cual permite reportar y rendir cuentas de manera efectiva.</p>
<p>9. Las entidades ejecutoras tienen la capacidad para cumplir los requisitos de calidad y supervisar la calidad del producto a lo largo de toda la cadena de suministro.</p>	<p>Bajo la propuesta se compran condones y lubricantes los cuales serán manejados, almacenados y distribuidos acorde a las normas internacionales.</p>

<p><b>4.4 Riesgos actuales o previstos para la realización del programa y los receptores principales</b></p>
<p>a. Con referencia al análisis del portafolio, describa los riesgos principales del país y el entorno de ejecución que pueden afectar negativamente al desempeño de las intervenciones propuestas, incluidos los riesgos externos, la capacidad del Receptor Principal y de las entidades ejecutoras clave, y los problemas de desempeño anteriores y actuales.</p> <p>b. Describa las medidas propuestas para la mitigación de riesgos (incluyendo la asistencia técnica) que se incluyen en la solicitud de financiamiento.</p>
<p><b>a. Riesgos</b></p>

## Riesgos en el contexto

- Si bien Costa Rica es un país en vías de desarrollo, también es un país que ha creado una burocracia extrema. La regulación y la tramitología son factores que atrasan los procesos.
- Se presentan dificultades para la coordinación efectiva con y entre los entes del sector salud (Caja Costarricense de Seguro Social como prestadora de servicios y Ministerio de Salud como ente rector), lo que puede entorpecer la agilidad que requiere la propuesta del Fondo Mundial en vista de su corta duración y su enfoque de gestión por resultados.
- Se dan cambios en personal clave en las instituciones públicas por lo que se pierde el seguimiento a compromisos institucionales adquiridos.

## Riesgos de Implementación:

- Existen pocas organizaciones que trabajen con las poblaciones claves y además sus capacidades técnicas y su cobertura es limitada. El país ni la cooperación internacional ha invertido en prevención desde la perspectiva comunitaria y esto se denota en la fragilidad de los grupos organizados e incluso en las pocas ONG que trabajen en VIH.
- Las experiencias en la formación de educadores han sido poco exitosas. Formar a un grupo de personas para la prevención combinada es un proceso largo y reiterativo, que reducirá el tiempo para la implementación del proyecto.
- La participación política de las organizaciones de la sociedad civil y las personas más afectadas por el VIH es limitada a unas pocas personas. Además, las organizaciones y grupos de la diversidad sexual (particularmente gay-lésbico) se encuentran divididos lo cual limita su accionar conjunto.
- Se supone una contrapartida importante por parte de la CCSS para la realización de la prueba y para asegurar el continuo de la atención al VIH. El trabajo adicional que significa el proyecto a nivel local puede causar que a nivel local haya poca disponibilidad de entrar en el proceso.
- Recursos para instituciones estatales ingresan a la caja única del estado, por lo que el RP no puede desembolsar recursos a la CCSS, al MS, al MJ y a la Defensoría, sino que se debe trabajar bajo la modalidad de ejecución directa.
- Por ser una experiencia nueva en el país y no contar con elementos suficientes para estimar de manera más certera, hay un riesgo que las metas propuestas para la cobertura de la prueba sean demasiadas optimistas y no se alcancen.
- Hay un riesgo en el reporte sobre la realización de las pruebas por parte de la CCSS. Por un lado porque las pruebas se realizan con recursos propios de la CCSS lo que implica una no-exigibilidad por parte del RP sobre el reporte del dato. Por otro lado hay un limitante en el sistema nacional de reporte, pues no se recoge el dato de la realización de la prueba por orientación sexual.
- Si las organizaciones no presenten propuestas o si la Junta de Protección Social no asigne (parte) de sus fondos para VIH a la prevención en poblaciones específicas, hay un riesgo de perder el 15% de la asignación del Fondo Mundial, relacionado con la voluntad de pago.

### b. Medidas propuestas para la mitigación de riesgos

Los riesgos del contexto son difíciles de abordar desde la propuesta. Se ha tratado de ser realista a la hora de planificar; se ha promovido la participación de amplios sectores durante la formulación de la propuesta para que se cuente con respaldo amplio; se ha buscado un aval desde las altas autoridades para el apoyo a la propuesta y se ha hecho un esfuerzo importante para motivar a los directores clínicos para entrar en el proceso.

Los riesgos de implementación en términos de capacidades limitadas y falta de regulación están siendo abordadas por la propia propuesta. La meta de cobertura definida en el Enfoque Conjunto ([Anexo 46, p.10](#)) y que sería exigida por el Fondo Mundial (80% de cobertura de HSH y personas

trans) no es posible de alcanzar con los recursos disponibles. Por tanto, se han propuesto metas más realista, y acordes con el financiamiento que sería otorgado por el Fondo Mundial (80% de cobertura en hotspots).

El programa de VIH/Sida de la CCSS está trabajando con el departamento de Bioestadística y algunas clínicas para ver la posibilidad de implementar una hoja de Excel que pueda recoger algunos variables que el sistema nacional no recoge, entre ellas la orientación sexual o identidad de género de la persona que se realiza la prueba. Además, se ha planteado la posibilidad de realizar estudios (tipo muestra) para medir el avance en la cobertura de la prueba en poblaciones HSH, en caso que no se pueda llegar a un acuerdo con la CCSS sobre el reporte del dato. Para aminorar el posible riesgo de la falta de capacidad de implementación por parte de las organizaciones de la sociedad civil, la propuesta plantea una estrategia de fortalecimiento y acompañamiento técnico a las organizaciones, desde el RP, para hacer más viable la efectividad y la sostenibilidad de sus acciones

## TABLAS PRINCIPALES, ELEGIBILIDAD DEL MECANISMO DE COORDINACIÓN DE PAÍS Y AVAL DE LA NOTA CONCEPTUAL

- Tabla 1: Tabla de análisis de deficiencias de financiamiento y de financiamiento de contrapartida
- Tabla 2: Tabla(s) de deficiencias programáticas
- Tabla 3: Herramienta modular
- Tabla 4: Lista de abreviaturas y anexos
- Requisitos de elegibilidad del Mecanismo de Coordinación de País
- Aval del Mecanismo de Coordinación de País para la nota conceptual

Antes de presentar la nota conceptual, asegúrese de que todas las tablas principales, la elegibilidad del Mecanismo de Coordinación de País y el aval de la nota conceptual mostrados más abajo se hayan rellenado a través de la plataforma de gestión de subvenciones en línea o, en casos excepcionales, se hayan adjuntado a la solicitud utilizando las plantillas proporcionadas. Estos documentos solo se pueden enviar por correo electrónico si el solicitante recibe el permiso de la Secretaría.