



Examen de Mitad de Período

Costa Rica

2013

Contenido

Abreviaturas y Siglas	4
1. Introducción.....	6
2. Antecedentes y contexto.....	7
2.1 Evolución general / contexto económico.....	7
2.2 Descripción general de la epidemia de VIH	8
Infección por VIH y SIDA, Costa Rica 2002-2011	8
Situación epidemiológica	8
Infección por VIH	9
Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (SIDA)	10
3. Métodos	13
3.1 Metodología de la evaluación.....	13
4. Balance – Progreso.....	17
4.1 Revisión de objetivo por objetivo y reporte de análisis de matriz.....	17
Objetivo 1. Reducción de la transmisión sexual	17
Matriz de Análisis: Objetivo 1	19
<i>Principales conclusiones</i>	22
Objetivo 3. Eliminación de nuevos casos de infección por VIH en niños	24
<i>Principales conclusiones</i>	27
Objetivo 4: Acceso al tratamiento para 15 millones de personas	28
Matriz de Análisis: Objetivo 4	29
<i>Principales conclusiones</i>	30
Objetivo 5: Erradicación de las muertes por tuberculosis	32
<i>Principales conclusiones</i>	33
Objetivo 6. Reducción de las diferencias en los recursos	34
Matriz de Análisis: Objetivo 6	34
<i>Principales conclusiones</i>	36
Objetivo 7. Eliminación de las desigualdades de género	37
Matriz de Análisis: Objetivo 7	37
<i>Principales conclusiones</i>	39
Objetivo 8. Erradicación del estigma y la discriminación	40
Matriz de Análisis: Objetivo 8	40

	<i>Principales conclusiones</i>	42
	Objetivo 10. Fortalecimiento de la Integración del VIH	43
	Matriz de Análisis: Objetivo 10	43
	<i>Principales conclusiones</i>	44
5.	Hitos y Buenas prácticas	45
	Declaración de espacios libres de discriminación	45
	Recursos asignados por el Estado para la prevención. Junta de Protección Social	47
	Programas de educación para la sexualidad y afectividad del Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2010)	47
	Políticas en el lugar de trabajo: Costa Rica en la incursión de la empresa privada en la respuesta al VIH y sida	50
	Proyecto Salud Mesoamérica SM 2015	51
6.	Conclusiones y Recomendaciones	52
7.	Anexos	54

Abreviaturas y Siglas

ARV	Antirretrovirales
CAP	Estudio de Conocimientos Aptitudes y Practicas
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CIPAC	Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos.
CONASIDA	Consejo Nacional de Atención Integral del VIH - SIDA
ENSSR	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
EVC	Encuesta de Vigilancia de Comportamiento
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
HTS	Hombres Trabajadores Sexuales
ICPN	Índice Compuesto de Política Nacional
IMAS	Instituto Mixto de Ayuda Social
INAMU	Instituto Nacional de las Mujeres
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censo
ITS	Infección de Transmisión Social
MEGAS	Medición de Gasto en SIDA
MEP	Ministerio de Educación Pública
MyE	Monitoreo y Evaluación
MS	Ministerio de Salud de Costa Rica
ONG	Organización No Gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA
OIM	Organización Internacional de las Migraciones
PASCA	Proyecto Acción SIDA de Centroamérica
PEN	Plan Estratégico Nacional de VIH y sida

PME	Plan de Monitoreo y Evaluación
PPL	Personas Privada de Libertad
PTMI	Prevención de la Transmisión Maternoinfantil
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SVE	Sistema de Vigilancia Epidemiológica
TB	Tuberculosis
TS	Trabajadores/as del sexo
UCR	Universidad de Costa Rica
UNGASS	26º Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/SIDA

1. Introducción

En el 2011, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la “Declaración política sobre el VIH y el SIDA: Intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el sida”. Esta Declaración, propone una serie de metas a cumplir para el 2015 y solicita al Secretario General de las Naciones Unidas, brindar un informe de los progresos realizados en el cumplimiento de los compromisos sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el 2013.

De esta manera, se proponen los exámenes de mitad de periodo sobre los progresos con respecto a la Declaración política sobre VIH y el sida en lo que se ha dado a conocer como Las Diez Metas sobre VIH/Sida. Con el fin de generar recomendaciones y compromisos para las acciones futuras, se insta a los países a que, con el apoyo de la oficinas regionales y de país de ONUSIDA, realicen exámenes nacionales de mitad de período que incluyan una valoración crítica de los avances, guiada por la evaluación de los progresos realizados con respecto a los indicadores del Informe Mundial de Avances en la lucha contra el SIDA y otras fuentes de información, e identifiquen los obstáculos y las brechas de las respuestas nacionales.

Los objetivos que se plantea ONUSIDA para los exámenes de mitad de periodo son los siguientes:

1. Reafirmar y fortalecer el **compromiso de liderazgo** necesario para alcanzar los objetivos y los compromisos relacionados con la erradicación del VIH y el SIDA incluidos en la Declaración política sobre el VIH y el SIDA de 2011 en todos los países y regiones;
2. Fortalecer la **rendición de cuentas**, así como el sentido de **apropiación y la transparencia** con respecto a los datos que los países proporcionan sobre los progresos realizados para alcanzar los objetivos y los compromisos;
3. Contribuir a mejorar la **eficacia y eficiencia** de los programas nacionales de VIH - utilizando el examen de mitad de período como un paso para promover la inversión nacional en materia de VIH, y
4. Promover y aplicar los **principios de responsabilidad compartida y solidaridad** mundial con respecto a la inversión en VIH e identificar soluciones para la sostenibilidad a largo plazo de las respuestas nacionales al SIDA.

Se presentan a continuación, los resultados del proceso llevado a cabo por Costa Rica para el Examen de Mitad de Periodo. El documento consta de una primera parte que contextualiza sobre los antecedentes y situación actual nacional a nivel general, y en específico con respecto al VIH y sida. Posteriormente narra la forma en que el proceso de Examen de Mitad de Periodo fue llevado por Costa Rica, para pasar al análisis y balance de los resultados obtenidos. Finalmente se presenta un recuento de hitos y buenas prácticas, para cerrar con las principales conclusiones y recomendaciones.

2. Antecedentes y contexto

2.1 Evolución general / contexto económico

Costa Rica tiene una extensión territorial de 51.100 km² y 4.301.712 habitantes. Un tercio de la población se ubica en el Gran Área Metropolitana.

En el 2012 Costa Rica tuvo un moderado crecimiento y estabilidad monetaria, pero una gestión ambiental, una sociedad y un sistema político en serios problemas. El estilo de desarrollo y la democracia costarricense no lograron avances firmes en el desarrollo humano de la población. Continuó la recuperación de la actividad económica que venía experimentando el país desde el 2010, e incluso se aceleró el ritmo de crecimiento en los primeros meses del 2012. Los indicadores de violencia delictiva declinaron por segundo año consecutivo. Además, para el período 2000-2011 el Censo de Población evidenció mejoras en el acceso a la educación, la salud y la vivienda, así como en la difusión de las tecnologías de información.

Estas buenas noticias no alcanzan para emitir un dictamen positivo sobre el desempeño del país, pues fueron contrapesadas por malos resultados en ámbitos estratégicos para el desarrollo humano.

En 2011 la solvencia económica se erosionó debido al alto déficit fiscal. Esta situación, además, obligó a recortar la inversión social pública, poniendo fin a la expansión iniciada en 2006. Las buenas oportunidades generadas por el crecimiento económico se distribuyeron de manera desigual: nuevamente se registró un crecimiento de la desigualdad de ingresos, su concentración en sectores minoritarios y su deterioro en los grupos vulnerables; aumentó la población en situación de pobreza y persistieron altos niveles de desempleo e informalidad. La profundización de patrones insostenibles en el uso de los recursos naturales compromete cada vez más el bienestar de las futuras generaciones, como lo reflejan las huellas ecológica y de carbono más altas de la década.

En los últimos veinte años el país no ha sido capaz de lograr reducciones sostenidas en la pobreza, que sigue afectando a uno de cada cinco hogares. En el 2011, un total de 287.367 hogares vivían en pobreza total y 85.557 en pobreza extrema, es decir, no podían satisfacer siquiera sus necesidades alimentarias. En 2011 el 21,6% de los hogares costarricenses estaba en situación de pobreza total y un 6,4% en extrema pobreza, lo que equivale a 1.140.435 personas pobres¹.

El país ha estado marcado por patrones culturales que perpetúan el estigma y la discriminación contra poblaciones vulnerables. El aumento de la pobreza en el país limita la capacidad de las personas y de las instituciones para responder de manera eficiente a la epidemia del VIH.

¹ La información brindada en los párrafos anteriores, fue tomada del Informe Estado de La Nación 2012, Pags 33, 35 y 50.

La actual crisis económica y política de la CCSS, la fragilidad de la voluntad política, y el recrudescimiento de la oposición conservadora en contra de los derechos de las poblaciones de la diversidad sexual representan riesgos para la respuesta nacional al VIH².

La inversión total en VIH y Sida en el 2006 fue de \$36.06 millones³ y en 2010 \$ US\$ 35.76 millones⁴, lo que refleja que la inversión en VIH no se ha incrementado.

2.2 Descripción general de la epidemia de VIH⁵

La epidemia en Costa Rica se caracteriza por ser concentrada en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras/es sexuales y población trans. En el 2009 se realizó un estudio en HSH, encontrando una prevalencia de VIH de 10,9%, y de sífilis de 13.7%.

Infeción por VIH y SIDA, Costa Rica 2002-2011

Las características y condiciones del país en el campo político, económico, social y cultural determinan la actual respuesta nacional al VIH y/o el sida y el abordaje estratégico para atender y controlar la epidemia.

El contexto demográfico y social, caracterizado por un conjunto de indicadores de desarrollo social y de salud establecen el marco general sobre el cual se está dando la respuesta actual y determinan las condiciones que permitirán continuar generando oportunidades de mejoramiento de la calidad de vida de las personas con VIH, sus allegados y las poblaciones en mayor riesgo de infección.

Situación epidemiológica

El primer caso de sida en Costa Rica, ocurrió en 1983 en el grupo de pacientes hemofílicos. En 1986 se detectaron los primeros casos en homosexuales y bisexuales. La transmisión perinatal se detecta a partir de 1990 con una tendencia creciente hasta 1995 en que se inicia el tratamiento con AZT a las mujeres embarazadas con VIH y a sus productos. A partir de 1998 se introduce la terapia antirretroviral.

La prevalencia en población general del VIH y sida en el país es de 0.1 y en el grupo de 15 a 24 años es de 0.07 siendo en el sexo masculino de 0.12 y el femenino 0.06, para ese mismo grupo de edad.

Analizando los casos de VIH y sida para el período 2002-2011, se observa un incremento en las tasas de VIH, excepto en los años 2008 y 2009 debido probablemente al efecto la sub-notificación, mientras que el sida muestra una tendencia a la disminución.

² ONUSIDA, Costa Rica (2012)

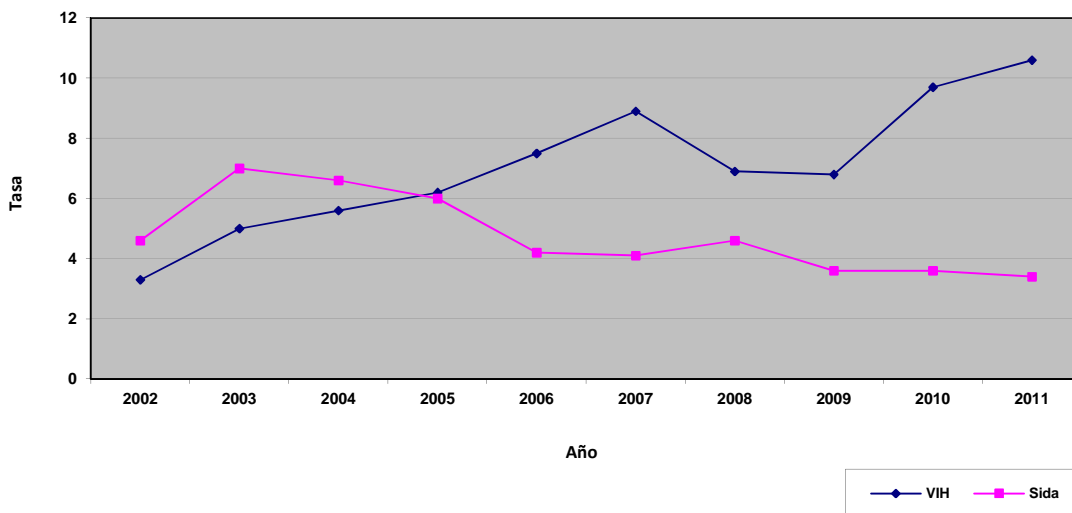
³ MEGAS 2006

⁴ MEGAS 2010

⁵ Información brindada por el Ministerio de Salud al 9/5/2013

Gráfico N° 1

Incidencia de VIH y sida por año. Costa Rica 2002-2011.
(Tasas por 100.000 habitantes)



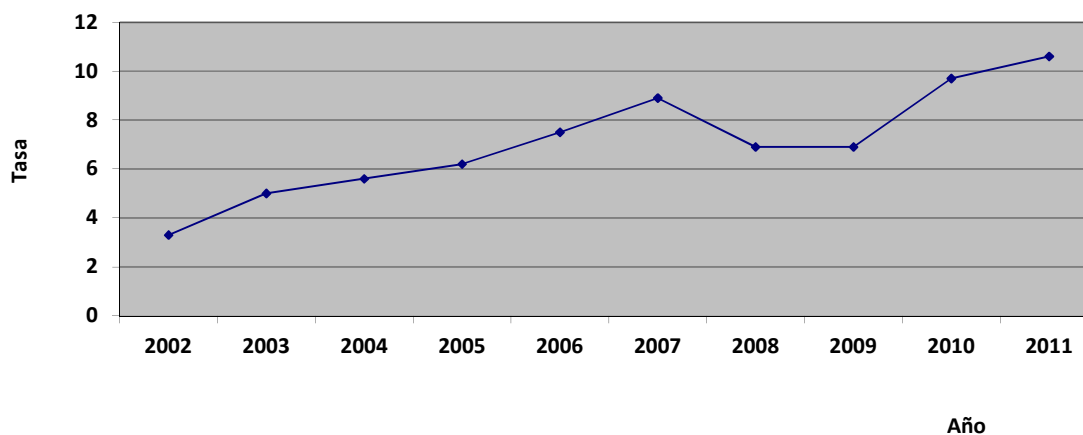
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

Infección por VIH

En el período 2002-2011, se registraron 3.108 casos de VIH (incidencia de 69,4 casos nuevos por cada 100.000 habitantes). A partir del año 2002 la tendencia de VIH es ascendente, excepto en los años 2008 y 2009 debido probablemente al efecto de sub-notificación.

Gráfico N° 2

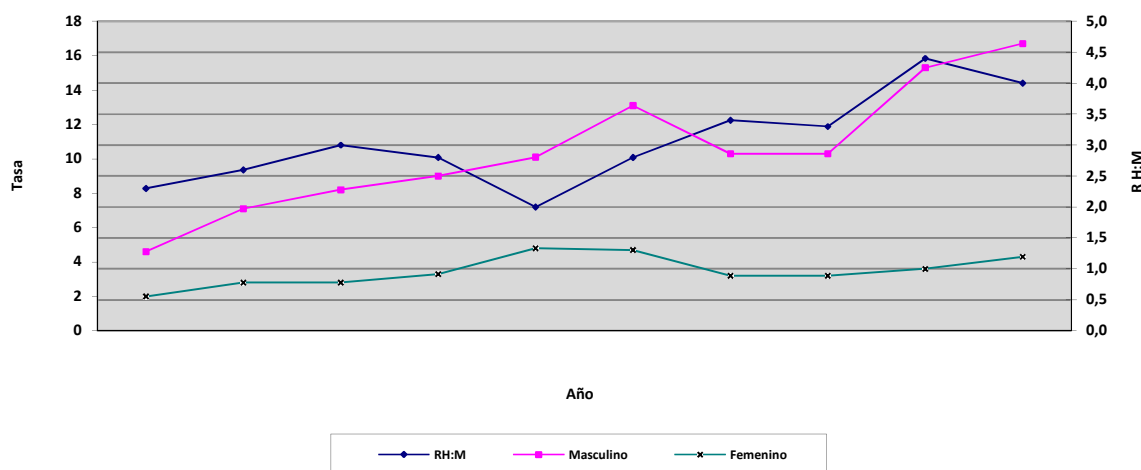
Incidencia de VIH según año de ocurrencia
Costa Rica 2002 – 2011
(Tasas por 100.000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

Los casos nuevos de infección por VIH se presentan básicamente en el sexo masculino (75,7%) siendo la razón hombre/mujer para ese periodo de 3:1 (3 hombres por cada mujer). El grupo de edad más afectado fue el de 20 a 44 años, aportando el 75,2% de los casos del período.

Gráfico N° 3
 Incidencia de VIH según sexo y razón de sexos.
 Costa Rica 2002-2011

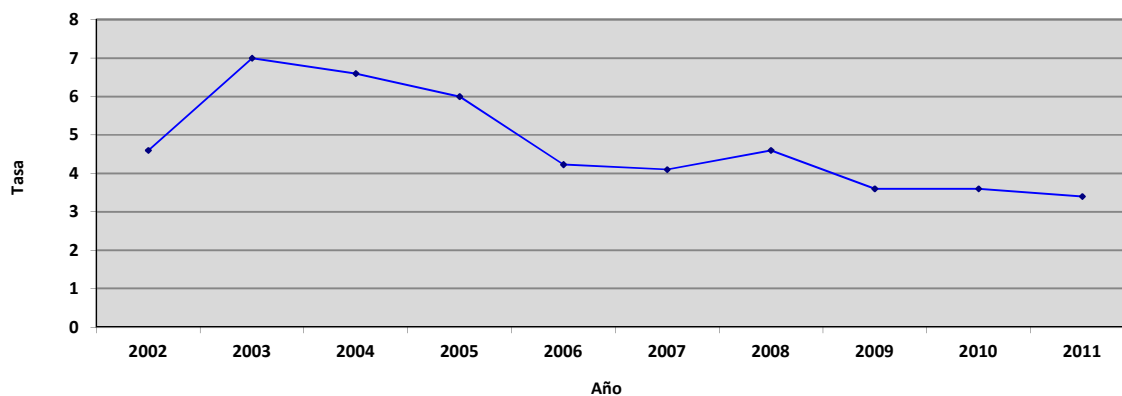


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (SIDA)

En el período 2002-2011, se registraron 2.082 casos de sida (incidencia 46,0 casos nuevos por cada 100.000 habitantes). La tendencia es ascendente hasta el 2003 a partir del año 2004 se observa un descenso en el número de casos nuevos de sida registrados.

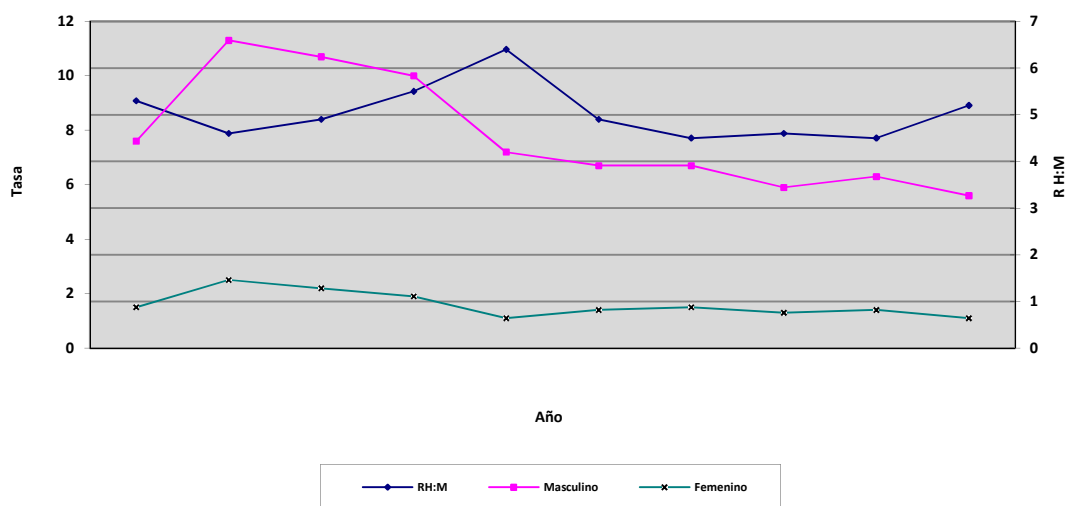
Gráfico N° 4
 Incidencia de SIDA según año de ocurrencia
 Costa Rica 2002 – 2011. (Tasas por 100.000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

La incidencia de casos de sida depende básicamente del sexo masculino (83.4%) y la razón hombre mujer para ese periodo fue de 5:1 (5 hombres por cada mujer). El grupo de edad más afectado fue el de 20 a 54 años, aportando el 88,4 % de casos para el período.

Gráfico N° 5
 Incidencia de sida por sexo y razón de sexos.
 Costa Rica 2002-2011

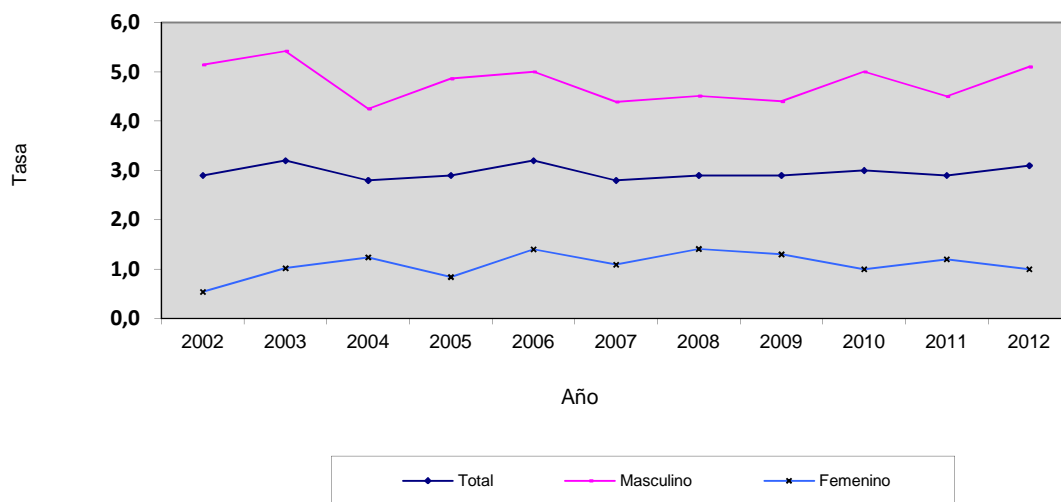


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

Mortalidad por sida

La tendencia de la mortalidad por sida presentó un descenso a partir del año 1998, debido a la introducción de la terapia antirretroviral y al aumento gradual de su cobertura, en donde se observa una tendencia a la estabilización de las curvas. Sin embargo, las tasas de mortalidad masculina, se mantienen por encima de las tasas nacionales durante todo el período de análisis. En el año 2012 se observó un incremento la mortalidad general por sida y en la mortalidad masculina del 6,7% y 13,2% respectivamente, y un decremento del 18,5% en la mortalidad femenina.

Gráfico N° 6
 Mortalidad por sida según año y sexo.
 Costa Rica 2002-2012
 Tasa por 100.000 habitantes.



Fuente: INEC - Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

En el año 2012, el 84,5 % de las defunciones fueron del sexo masculino (tasa de mortalidad de 5.1/100.000 habitantes). El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 59 años, representando el 88,0% del total de muertes por esta causa.

3. Métodos

3.1 Metodología de la evaluación

El proceso de evaluación del progreso en las 10 Metas, se ha llevado a cabo de una manera participativa, liderada en todo momento por el Ministerio de Salud como autoridad Nacional en el tema. El Ministerio de Salud ha sido responsable de iniciar y coordinar el proceso, y de identificar oportunamente la asistencia técnica y financiera requerida para llevarlo a cabo.

El Ministerio de Salud, en coordinación con la Caja Costarricense del Seguro Social, y con el apoyo técnico de ONUSIDA, constituyó un equipo técnico de coordinación⁶ para la recopilación de la información y elaboración del informe. Las organizaciones de Sociedad Civil, constituyeron parte fundamental del proceso consultivo.

- **Recopilación de datos relacionados con los indicadores del Informe Mundial de Avances en la lucha contra el SIDA de 2013**

Los datos brindados en el Informe, fueron recopilados de múltiples fuentes, siendo muchos de estos triangulados con el fin de que los diversos actores pudiesen tener un mayor conocimiento de los temas. Los debates realizados, tuvieron como punto de partida la información generada desde la evidencia.

El análisis de información para la elaboración del reporte ha incluido la revisión de:

1. Ministerio de Salud (2010). **Costa Rica. Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y sida 2011-2015.**
2. **Reportes de país:**
 - Ministerio de Salud (2012). **Costa Rica. Medición del Gasto de la Respuesta Nacional ante el VIH y Sida 2010.**
 - Ministerio de Salud (2011). **Reporte de Avance de indicadores para el monitoreo de la epidemia de VIH y sida en Costa Rica.**
3. **Estudios, Investigaciones:**
 - Ministerio de Salud (2012). **Visualizando la salud reproductiva y la sexualidad desde diversas perspectivas: un análisis a partir de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica, 2010.**

⁶ Ver Anexo 1, donde se detallan miembros del equipo de coordinación.

- Ministerio de Salud (2011). **Informe de Resultados: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Costa Rica, 2010**
 - Ministerio de Salud (2009). **Diagnóstico de la Carga de VIH en Costa Rica y Alcance de la Respuesta Nacional.**
 - Ministerio de Salud (2009). **Prevalencia de VIH, Sífilis y Comportamiento de riesgo en Hombres que tienen sexo con Hombres del Gran Área Metropolitana de Costa Rica.**
 - REDCA+ (2012). **Evaluación de la Calidad de la Atención Integral en los Servicios de Salud para personas con VIH-Sida, desde la perspectiva del usuario.**
 - ONUSIDA (2011). **Estudio: Caracterización de las condiciones de vida de las mujeres con VIH en Costa Rica.**
 - ONUSIDA (2011). **Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH y Sida de otras ITS, de la población Ngäbe-Buglé.**
 - ONUSIDA (2011). **Estudio sobre diversidad sexual, derechos humanos y VIH en el sistema penitenciario.**
 - USAID|PASCA (2011). **Costa Rica. Diagnóstico de redes regionales y nacionales, organizaciones y grupos en formación que realizan proyectos y actividades dirigidas a la prevención y/o atención del VIH con población PEMAR.**
 - USAID|PASCA (2009). **Medición del ambiente político en relación con el VIH y sida en Costa Rica 2008/09. Hoja informativa No.5.**
 - USAID|PASCA (2009). **Costa Rica. Avances y retos en la implementación del Plan Estratégico Nacional en VIH y sida 2006-2010**
4. **Información brindada por la Caja Costarricense del Seguro Social:**
 - Información de las 6 Clínicas de Atención Integral al VIH y Sida.
 - Información generada por el Hospital Nacional de Niños.
 - Informe de Evaluación de compromiso de Gestión de la CCSS.
 - Récorde de Farmacia y estimados de Cuidados Prenatales, CCSS.
 - Registros de Pacientes con ARV y estimaciones de la base de datos de la OMS. Programa de TB, CCSS.
 5. Información generada por el **Sistema de Información Nacional en VIH y sida**, de la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud.
 6. Estadísticas poblacionales del **Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)**
 7. Información brindada por el **Patronato Nacional de la Infancia (PANI)**
 8. Información brindada por el **Ministerio de Educación Pública (MEP)**
 9. Informe Final de Gestión 2010, **Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)**

Los datos recopilados, fueron discutidos y validados en un taller llevado a cabo el 21 de Marzo del 2013, con representantes de todos los sectores de la respuesta nacional, y posteriormente, presentado en el CONASIDA.

- **Ejercicio de diagnóstico para analizar el progreso, valorar los objetivos nacionales y establecer prioridades de intervención y de asignación de recursos, apoyando y contribuyendo a los actuales procesos nacionales**

Partiendo del análisis documental y de datos brindados por los diferentes sistemas de información, el equipo coordinador inició un primer ejercicio de llenado de la herramienta desarrollada por ONUSIDA para el seguimiento de los avances realizados con respecto a los diez objetivos. Se hicieron en este periodo entrevistas a informantes clave y consultas a expertos.

Como producto de este ejercicio, se obtuvo un primer borrador sobre el examen de cada objetivo en la matriz del informe del análisis proporcionada por ONUSIDA. Este borrador, junto con los datos sobre el progreso en cada uno de los indicadores del Informe Mundial de Avance, fue utilizado por los diferentes actores como punto de partida para debatir, analizar y aprobar en la consulta nacional.

- **Proceso de consulta con los actores nacionales para evaluar los progresos realizados, identificar las brechas y acordar una serie de recomendaciones para cambiar de rumbo de la acción y acelerarla**

a. Taller de Consulta Nacional

La consulta nacional tuvo como objetivo evaluar los progresos realizados en torno a los diez objetivos, identificar y discutir temas relacionados con la definición de objetivos, establecer prioridades de intervención y de asignación de recursos, y formular y acordar un conjunto de recomendaciones para cambiar el rumbo de las intervenciones, acelerar la acción o reprogramar los recursos. La discusión partió de los hallazgos del ejercicio de diagnóstico (información sobre el progreso de los indicadores) y, del borrador inicial sobre las respuestas planteadas a las diez preguntas clave por objetivo.

A la consulta fueron invitados todos los actores involucrados en la respuesta nacional, incluyendo las autoridades nacionales del VIH y sida, representantes de diferentes ministerios e instituciones estatales relacionados al tema, representantes de la sociedad civil, representantes del Sistema de Naciones Unidas, y representantes de agencias de la cooperación internacional. Asistieron un total de 47 personas⁷.

⁷ Ver Anexo 1 con listado de instituciones y organizaciones participantes.

La consulta nacional se llevó a cabo el 20 de Mayo del 2013 de 8am a 4pm, con el apoyo de una consultora contratada por ONUSIDA. Se realizó mediante una metodología participativa de debate y trabajo en grupo para acordar posteriormente a las recomendaciones de acción (Se adjunta como Anexo 2, la plantilla metodológica del taller).

b. Entrevistas a actores clave

Tras el taller de consulta nacional, se realizaron entrevistas a algunos actores clave para aclarar dudas, recopilar observaciones adicionales y afinar recomendaciones.

- **Informe nacional de las principales conclusiones y recomendaciones para mejorar la probabilidad de alcanzar los objetivos de mayor importancia para el país antes del fin de 2015**

Posterior al proceso de consulta, el equipo de coordinación procedió con el apoyo de la consultora contratada por ONUSIDA, a integrar en un solo documento toda la información generada, para finalmente editar la versión final del informe nacional.

4. Balance – Progreso

4.1 Revisión de objetivo por objetivo y reporte de análisis de matriz

Objetivo 1. Reducción de la transmisión sexual

Meta: Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales de VIH para el 2015

Costa Rica cuenta con un único estudio de seroprevalencia, realizado en el 2009 en población HSH. El estudio arroja el dato de 10.9% como el de seroprevalencia en esta población. Cabe señalar, que al momento de realizar el estudio, no se realizó una diferenciación entre HSH y población trans, por lo que no es posible brindar un dato de manera desagregada. Principalmente ante la falta de recursos económicos, no se han logrado realizar estudios de este tipo en otras poblaciones clave.


En el periodo que cubre este informe, se realizó también la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR-10), la cual señala bajos niveles de conocimiento en población de 15 a 24 años con respecto a las formas de prevención e ideas erróneas sobre la transmisión. El uso del condón en población de 15 a 49 años es moderado, pero al realizarse la diferenciación por género, se nota un mucho menor uso entre las mujeres (39.7% en última relación sexual), que entre los hombres (64.5% en última relación sexual).

INDICADORES REPORTADOS

	Nombre del Indicador	Valor de referencia 2011	Valor de referencia 2012
1.1	% de mujeres y hombres jóvenes de 15-24 años que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH	Total: 21% H=21% M=21.1%	No hay nuevo dato (se generará hasta el 2015, pues reporte es quinquenal)
1.2	% de mujeres y varones jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	Total: 13% H: 16.5% M:9.6%	No hay nuevo dato (se generará hasta el 2015, pues reporte es quinquenal)
1.3	% de adultos de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	Total: 16.86% H: 24.04% M:8.61%	No hay nuevo dato (se generará hasta el 2015, pues reporte es quinquenal)
1.4	% de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja en los últimos 12 meses y declara haber usado un condón durante su última relación sexual	Total: 58% H: 64.5% M:39.7%	No hay nuevo dato (se generará hasta el 2015, pues reporte es quinquenal)
1.5	% de mujeres y varones de 15 a 49 años que se ha realizado la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Total: 7.4% H:6.1% M:8.8%	No hay nuevo dato (se generará hasta el 2015, pues reporte es quinquenal)

1.6	% de jóvenes de 15 a 24 años con VIH	0.05% Numerador: 17 Denominador: 36892	0.07% Numerador:603 Denominador:862423
1.7	% de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención	No hay datos disponibles	No hay datos disponibles
1.8	% de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente	MTS: No se reporta HTS: 53.7%	No se reporta
1.9	% de profesionales del sexo que se ha realizado la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	No hay datos disponibles	No hay datos disponibles
1.10	% de profesionales del sexo con VIH	No hay datos	No hay datos
1.11	% de hombres que tienen relaciones con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH	73.33%	No hay nuevo dato
1.12	% de varones que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina	55.8% Numerador: 176 Denominador: 300	No hay nuevo dato
1.13	% de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se ha realizado una prueba de VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados	64.90%	No hay nuevo dato
1.14	% de HSH con VIH	10,9%	No hay nuevo dato
1.16	No. de mujeres y hombres de 15 años y mayores, que se realizaron la prueba de VIH, recibieron consejería y conocen sus resultados, en los últimos 12 meses	No hay dato	No hay dato
	VIH + entre quienes se realizaron la prueba	No hay dato	50
1.17	No. de mujeres embarazadas de 15 años y mayores, que se realizaron la prueba, recibieron consejería y conocen sus resultados, en los últimos 12 meses	61870	61850
	% de mujeres que acceden servicios de consulta prenatal, que se realizaron la prueba de sífilis en su primera cita	87.72% Numerador: 69.713 Denominador: 79.469	87% Numerador: 67.048 Denominador: 77.067
	% de usuarios de consulta prenatal, con resultados positivos en la prueba de sífilis	0.3% Numerador:206 Denominador: 69.713	No hay dato disponible
	% de usuarios de consulta prenatal positivas por sífilis, que recibieron tratamiento	73.3% Numerador: 151 Denominador:206	No hay dato disponible
	% de profesionales del sexo con sífilis activa	No hay dato disponible	No hay dato disponible
	% de HSH con sífilis activa	13,7% Numerador: 54 Denominador: 300	No hay dato disponible

Matriz de Análisis: Objetivo 1

OBJETIVOS Y COMPROMISOS DE LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL VIH Y EL SIDA DEL 2011 PLANTILLA RESUMEN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES PARA EL BORRADOR DEL INFORME DE COSTA RICA	
10 preguntas clave	 Objetivo 1. Reducción de la transmisión sexual
1. ¿Es este un objetivo prioritario para el país?	Sí
2. ¿Aborda el Plan Estratégico Nacional este objetivo?	<p>Sí.</p> <p><i>Nota: Sin embargo, existen dificultad en las asignaciones presupuestarias. Además, la asignación no se encuentra focalizada en HSH, población sobre la que se cuenta evidencia de concentración de la epidemia.</i></p>
3. ¿Cuáles han sido desde 2011 las principales medidas/acciones adoptadas para alcanzar este objetivo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asignación por primera vez, de recursos estatales (Junta de Protección Social) para apoyar el trabajo de prevención desde las ONG 2. Aprobación de: <ul style="list-style-type: none"> - Política Nacional de Sexualidad - Programas de Educación de la sexualidad del Ministerio de Educación Pública - Protocolo de atención integral dentro de las primeras 72 horas a víctimas de violencia sexual 3. Apertura del primer sitio de vigilancia centinela en el país (atendiendo HSH, TS y trans), y avances en la apertura de un sitio adicional fuera de San José 4. Avances en aplicación de prueba de VIH <ul style="list-style-type: none"> - Validación del algoritmo diagnóstico que inicia con prueba rápida - Tamizaje en estudiantes y funcionarios de la Universidad de Costa Rica 5. Diseño de la Estrategia de Acceso Universal a condones 6. Diseño e inicio de la implementación del programa de prevención combinada en poblaciones clave (HSH, TS, Trans, PVV) 7. Creación de directrices institucionales hacia la no discriminación por orientación y/o identidad sexual 8. A nivel laboral: <ul style="list-style-type: none"> - Aprobación por el Consejo de Salud Ocupacional, de la Directriz de Prevención del VIH y sida en el lugar de trabajo - Involucramiento del sector privado en la adopción de políticas de VIH en el lugar de trabajo (32 empresas, 1 institución estatal –Ministerio de Gobernación, Policía y Seguridad Pública- y la Universidad de Costa Rica) 9. Continúa el acceso a medicamento ARV y atención clínica de las personas con VIH bajo el sistema de aseguramiento.
4. ¿Con qué retos u obstáculos se han encontrado en la realización de este objetivo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. A nivel de recursos: <ul style="list-style-type: none"> - Dificultades para lograr la asignación de recursos para estrategias de prevención del VIH en las instituciones estatales de acuerdo a lo propuesto en el PEN - Acceso limitado a los condones - No hay disponibilidad de la prueba rápida 2. A nivel político e institucional estatal: <ul style="list-style-type: none"> - Las autoridades de salud y Presidencia de la República, evitan manifestarse públicamente sobre el VIH y sida y apoyo a las poblaciones de la diversidad sexual. Existe una oposición pública e intervención de grupos religiosos en la Asamblea Legislativa, en asuntos de educación para la sexualidad y derechos civiles de las poblaciones de la diversidad sexual - Necesidad de fortalecer el apoyo de las autoridades estatales y tomadores de decisión a nivel nacional en el tema, para lograr una mayor voluntad política. Reto es que este pase a ser un tema de mayor prioridad para el Estado - Fuerte homofobia y estigma y discriminación hacia los grupos de mayor riesgo por parte de diversas autoridades de gobierno y sector privado - Dificultades para la implementación de la política nacional de sexualidad - Dificultades para lograr una mayor articulación interinstitucional para la implementación del Protocolo de atención integral dentro de las primeras 72 horas a víctimas de violencia sexual - En las cárceles existe dificultad para el acceso a condones y seguimiento clínico de las

	<p>personas privadas de libertad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pendiente la aprobación política y la implementación de la Estrategia de Acceso Universal a condones (femeninos y masculinos) <p>3. A nivel de sostenibilidad de las acciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se han realizado acciones de prevención desde las ONG, muchas de ellas por primera vez, con un respaldo estatal (a través de la JPS). Sin embargo, es un reto aún el fortalecer estas acciones para que dejen de ser aisladas y/ó débiles, contengan el desarrollo de planes de sostenibilidad, la mayor articulación de acciones entre las ONG y las instituciones estatales, los procesos comunitarios, el apoyo del sector privado inclusive, y contemplen mayores recursos. - Necesidad de brindar apoyo técnico a las ONG para lograr una mayor innovación en las estrategias y metodologías de prevención utilizadas y para lograr la articulación necesaria para facilitar una mayor sostenibilidad de sus acciones - No se cuenta con la información sobre la relación costo-efectividad de las acciones de prevención <p>4. En poblaciones clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Algunas acciones de prevención son dispersas, desarticuladas y no basadas en las características de la epidemia en el país ni en las PEMAR. Es un reto elaborar estrategias nacionales, con acciones específicas hacia estas poblaciones. - Los recursos asignados por la JPS son insuficientes para la ejecución de acciones de prevención y de su sostenibilidad. - Si bien recientemente se ha trabajado desde la CCSS y MS en la apertura del primer sitio de vigilancia centinela, las asignaciones presupuestarias y establecimiento de estrategias de prevención para estas poblaciones desde la CCSS, continúa siendo un reto. Adicionalmente, resulta un desafío la inclusión y participación de calidad, de las poblaciones en los equipos de diseño e implementación de este tipo de centros. - Es fundamental poder oficializar e implementar los convenios entre la CCSS y las ONGs, para la entrega de condones. - No hay acceso a ARV para aquellas personas que no estén aseguradas ó que estén en situación migratoria irregular, y los trámites administrativos y requisitos solicitados, dificultan el acceso al seguro voluntario. <p>5. A nivel socio-cultural:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existe abierta oposición de grupos fundamentalistas y conservadores para la implementación programas de prevención. <p>6. Profilaxis Post-Exposición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Población general desconoce que existe la PPE al VIH para víctimas de violación: urge difusión de información al respecto - TARV para PPE al VIH a víctimas de violación está centralizado en pocas clínicas - Aún se requiere mayor articulación para su implementación entre los operadores de salud, Justicia y Poder Judicial <p>7. Monitoreo y Evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> - La incorporación de la cultura de evaluación de las acciones, ha sido un proceso aún no acabado en el país. Las acciones llevadas a cabo, se centraron por mucho tiempo en consultas de opinión. Este proceso ha iniciado en los últimos años con la creación de entidades nacionales que han empezado a implementar mecanismos de evaluación. La evaluación de impacto, tiene aún menor desarrollo. En el Ministerio de Salud, se creó recientemente una estructura institucional (una Unidad) para tal fin, pero las capacidades son incipientes. - En Costa Rica ha sido y continúa siendo un reto, la obtención de recursos para evaluar los cambios (especialmente a nivel de impacto) en las poblaciones clave. - Con el establecimiento de los sitios centinela, se busca actualmente lograr que el reporte de los indicadores de este objetivo relacionados con HSH, poblaciones Trans y Trabajadoras/es sexuales, sea brindado por los datos generados desde estos mismos centros.
<p>5. ¿Está el país en buen camino para alcanzar este objetivo?</p>	<p><i>No hay consenso en la respuesta para esta pregunta.</i></p> <p>Desde el sector institucional y algunos representantes de sociedad civil, se plantea que SI. Esto en tanto en los últimos años se han dado avances significativos, como son el los detallados en la pregunta 3.</p> <p>Desde otros representantes de la sociedad civil, se considera que NO se está en buen camino, pues si bien se han dado acciones relevantes, no se están dando con la rapidez y agilidad necesaria para alcanzar la meta al 2015. Se argumenta además, que al no contarse con estudios de prevalencia en poblaciones</p>

	<p>clave que evidencien los avances en materia de prevención, y en el caso en el que se cuenta con un dato específico (estudio de seroprevalencia de HSH), no se responde con una estrategia a los resultados obtenidos. Adicionalmente, se refleja en los últimos años, un aumento en la incidencia de casos, por lo que plantean que los esfuerzos para la disminución de la transmisión sexual del VIH no están siendo suficientes.</p> <p>Por tanto, si bien el desarrollo de las acciones de prevención especialmente en poblaciones clave es aún incipiente, se han dado cambios importantes en el último año (asignación de recursos estatales –JPS-, sitios centinela, políticas y programas de educación sexual y de no discriminación por orientación e identidad sexual), hace falta un trazado de estrategia nacional y de asignaciones presupuestarias institucionales para asegurarse el buen camino.</p>
<p>6. ¿Cuáles son las principales acciones programáticas necesarias para seguir por el buen camino y/o alcanzar este objetivo?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. A nivel de vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación: <ol style="list-style-type: none"> a) Fortalecimiento de un sistema nacional de información que brinde datos actualizados sobre la situación epidemiológica, y que garantice un fácil y ágil acceso a la información actualizada por parte de los diferentes actores que trabajan en la respuesta al VIH. b) Estructuración e implementación de un eficiente sistema de MyE Nacional, que garantice los criterios propuestos desde los 12 componentes. c) Cumplimiento de la obligatoriedad de reporte oportuno de datos (datos públicos, información confiable, actualizada, un sistema eficiente de MyE). 2. Procesos de Articulación: <ol style="list-style-type: none"> a) Articulación de acciones y estrategias entre instituciones estatales y organizaciones de la sociedad civil que trabajan con las poblaciones clave. Reconocimiento del aporte a la respuesta desde sus diferentes roles y con ello, de la complementariedad de sus acciones. Esto es especialmente relevante al tratarse en Costa Rica de una epidemia concentrada en HSH. b) Articulación efectiva y coordinada desde las distintas instancias a lo interno de la CCSS c) Articulación efectiva y coordinada entre la CCSS y el MS 3. Político e institucional: <ol style="list-style-type: none"> a) Se necesita una consistencia entre las políticas nacionales, protocolos, planes estratégicos, normas de atención integral y mecanismos de la respuesta nacional. b) Garantizar el abastecimiento y disponibilidad de las pruebas de genotipo para el análisis de la resistencia a los esquemas de TAR para aquellas personas que así lo requieran. c) Aplicación de la política nacional de sexualidad y la del MEP 4. Impulsar las gestiones administrativas necesarias para la implementación de estrategia de acceso universal a condones y específicamente, acceso a condón femenino.
<p>7. ¿Qué cambios en políticas y/o en el logro de entornos favorables, son necesarios para seguir por el buen camino y/o alcanzar este objetivo?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer como prioridad política la prevención en poblaciones clave (HSH y trans), con su correspondiente asignación efectiva de recursos. 2. La aprobación de la nueva propuesta de la Ley General de VIH 3. Oficializar y divulgar la norma de Atención Integral que incluye el diagnóstico con prueba rápida y otras medidas de prevención. 4. Implementación de: <ol style="list-style-type: none"> a) PEN. Necesidad de que todas las acciones cuenten con asignación presupuestaria dentro las instituciones públicas y con apoyo para la sociedad civil (financiero y técnico) b) Política Nacional de Sexualidad 5. El país debe hacer fuertes y consistentes campañas para eliminar el estigma y la discriminación contra las poblaciones más afectadas. 6. Es necesario avanzar hacia un país laico, inclusivo, respetuoso de las diversidades y diferencias.
<p>8. ¿Qué nuevas inversiones son necesarias para seguir por el buen camino y/o alcanzar este objetivo?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asignar recursos a una estrategia nacional de prevención (combinada) en poblaciones clave 2. Asignación presupuestaria para la realización de estudios, investigaciones nacionales sobre la situación de la epidemia (estudios de seroprevalencia). Se efectuó en HSH pero no en otras poblaciones (además estudio en HSH debe actualizarse próximamente, al 2014) y se deben

	<p>desarrollar estudios de tallas poblaciones</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Desarrollo e implementación de un Sistema de Monitoreo y Evaluación 4. Involucramiento del sector privado en las acciones de prevención 5. Implementación de programas de prevención secundaria PEMAR 6. Implementación de Programas de Educación Sexual y de la Política de Sexualidad
<p>9. ¿Cuáles son sus recomendaciones a los actores nacionales para garantizar la implementación de los cambios propuestos?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diseñar acciones de incidencia política para la búsqueda y garantía de los recursos financieros y técnicos para la ejecución de las estrategias de prevención en poblaciones clave HSH, trans Partidas presupuestarias específicas para la prevención del VIH en todas las instituciones principalmente en el MEP, MS y CCSS 2. Realizar la evaluación del PEN, diseñar su re-planteamiento y garantizar su implementación, e implementar el Plan Nacional de MyE 3. Consensuar estrategias para la movilización de recursos con las instituciones y organizaciones nacionales involucradas en la respuesta nacional 4. Fortalecer los mecanismos de evaluación y rendición de cuentas, basándose en las estrategias consensuadas 5. Fortalecer la articulación, coordinación, sinergia: a lo interno de las instituciones, y entre instituciones estatales y SC
<p>10. ¿Cuáles son sus recomendaciones para mantener el progreso de este objetivo más allá de 2015?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deben existir políticas, programas u otros, dirigidos a poblaciones más vulnerabilizadas y con mayor carga de la epidemia. El apoyo financiero para las acciones desarrolladas por la sociedad civil debe mantenerse y fortalecerse. 2. Deben fortalecerse los procesos de incidencia política hacia el logro del compromiso político y de las asignaciones presupuestarias 3. Debe fortalecerse la cooperación internacional enfocada en prevención combinada en poblaciones específicas y en MyE

Principales conclusiones

- Al presentar Costa Rica una epidemia concentrada, se evidencia una necesidad urgente de ampliar y focalizar medidas en las poblaciones más afectadas.
- Las estrategias urgentes de prevención deben estar centradas en HSH y trans. Es imprescindible, diseñar e implementar una estrategia nacional articulada entre instituciones estatales y sociedad civil.
- Es fundamental fortalecer los procesos de incidencia política, para garantizar las asignaciones presupuestarias necesarias en materia de prevención.
- Los vacíos en el establecimiento de metas nacionales, dificultan el monitoreo de las acciones. Las metas nacionales hacia el 2015, deben ser revisadas y definidas de manera urgente, tomando como marco la Declaración Política de VIH y sida.

- Los procesos de Monitoreo y Evaluación, sus Sistemas y Subsistemas, deben ser fortalecidos de manera urgente. Se requiere una mayor articulación de la información generada desde los diversos actores estatales y de sociedad civil, facilitando una mayor efectividad y fluidez en la información, y logrando la oportunidad de la misma.
- La asignación presupuestaria del Estado a las organizaciones de sociedad civil a través de la Junta de Protección Social, debe mantenerse y fortalecerse técnica, política y financieramente.
- Todos los actores que trabajan en la articulación de la respuesta nacional al VIH y sida, coinciden en que el mayor desafío del país tanto para la reducción de la transmisión sexual como para el logro de los demás objetivos, es el lograr la asignación presupuestaria efectiva por parte del Estado.

Objetivo 3. Eliminación de nuevos casos de infección por VIH en niños

Meta: Erradicar nuevas infecciones del VIH entre los niños para el 2015 y reducir notablemente el número de muertes maternas con el sida

En los últimos tres años, en el país se ha reportado un caso de VIH por transmisión materno infantil, lo que califica al país para iniciar el proceso de certificación de la eliminación de la transmisión materno infantil al 2015 y así cumplir con lo planteado en los objetivos del milenio.

Del total de embarazadas en el año 2012, el 80% fue sometida a la prueba de VIH y recibió los resultados. De igual manera a todo niño nacido de madre seropositiva se le realiza una prueba virológica antes de los dos meses de vida y se le da seguimiento hasta su confirmación diagnóstica.


En cuanto al tratamiento con antirretrovirales, toda embarazada debe recibirlo, independiente el estado clínico o CD4.

INDICADORES REPORTADOS

	Nombre del Indicador	Valor de referencia 2011	Valor de referencia 2012
3.1	% de embarazadas con VIH que recibe ARV para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil	15.72%	No se brinda%, Numerador: 37
3.2	% de infantes nacidos de madres con VIH, recibiendo pruebas virológicas por VIH, en los dos primeros meses de nacidos	100%	100%
3.3	% estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos doce meses	2.86%	2%
3.4	% de mujeres embarazadas que se realizaron la prueba de VIH y recibieron sus resultados -durante el embarazo, durante la labor de parto, y en el nacimiento, y durante el periodo de post-parto (>72 horas), incluyendo aquellas que conocían previamente su condición con VIH-	78%	80%
3.5	% de mujeres que asisten a consulta prenatal, cuyo compañero se hizo la prueba de VIH en los últimos 12 meses	No hay datos disponibles	No hay datos disponibles
3.6	% de mujeres embarazadas con VIH que son elegibles para tratamiento antirretroviral a través del estadio clínico ó prueba de CD4	71.4%	0%
3.7	% de infantes hijos de madres con VIH (infantes expuestos al VIH) recibiendo profilaxis antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión temprana madre-hijo/a en las 6 primeras semanas (transmisión temprana postpartum alrededor de las 6 semanas de edad)	85.7%	No hay dato de %, se brinda únicamente dato de numerador: 50

3.8	% de infantes nacidos de mujeres con VIH (infantes expuestos al VIH) a los que se les proporcionan antirretrovirales (ya sea a la madre ó al bebé) para reducir el riesgo de transmisión del VIH durante el periodo de lactancia	En Costa Rica todos los niños nacidos de madres VIH positivas reciben alimentación por sustitución. Dato no relevante	En Costa Rica todos los niños nacidos de madres VIH positivas reciben alimentación por sustitución. Dato no relevante
3.9	% de lactantes nacidos de madres con VIH que comenzaron profilaxis con cotrimoxazol antes de cumplir dos meses	100%	No se brinda % Numerador: 50 Denominador: no se brinda
3.10	Distribución de prácticas de alimentación	Alimentación por sustitución: 35 No.de infantes nacidos de madres con VIH evaluados y cuyas prácticas fueron registradas: 35	Alimentación por sustitución: 50 No.de infantes nacidos de madres con VIH evaluados y cuyas prácticas fueron registradas: 50
3.11	Número de mujeres asistiendo a consulta prenatal al menos una vez durante el periodo de reporte	65.887	73.213

Matriz de Análisis: Objetivo 3

OBJETIVOS Y COMPROMISOS DE LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL VIH Y EL SIDA DEL 2011 PLANTILLA RESUMEN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES PARA EL BORRADOR DEL INFORME DE COSTA RICA	
10 preguntas clave	 Objetivo 3. Eliminación de nuevos casos de infección por VIH en niños
1. ¿Es este un objetivo prioritario para el país?	Si
2. ¿Aborda el Plan Estratégico Nacional este objetivo?	Si
3. ¿Cuáles han sido desde 2011 las principales medidas/acciones adoptadas para alcanzar este objetivo?	<ol style="list-style-type: none"> Continúa la garantía de la Seguridad Social a toda mujer embarazada, con una cobertura amplia en la Atención Prenatal. Tamizaje a toda mujer embarazada en la consulta prenatal (la primer consulta prenatal) TAR adecuado a toda mujer embarazada con diagnóstico positivo. Plan para la Prevención de la Sífilis Congénita y PTMI
4. ¿Con qué retos u obstáculos se han encontrado en la realización de este objetivo?	<ol style="list-style-type: none"> Lograr un 100% de consentimiento informado y comunicación de resultado. <ol style="list-style-type: none"> Si bien el consentimiento informado y la consejería se adopta como norma en el país, sólo el 37.5 % recibió consejería sobre la prueba. Solo un 3% de los establecimientos de salud en todo el país proveen conjuntamente la prueba y consejería del VIH. (Estudio PTMI 2010) Se requiere mayor capacitación y sensibilización a los equipos de salud en temas de consejería y prueba Falta de Normas y Protocolos institucionales sencillos estandarizados y socializados sobre prueba de VIH

	<p>2. Servicios de Atención a la Mujer Embarazada:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Aprobación de las normas de atención del VIH y sida b) Falta de seguimiento a la mujer embarazada para la continuidad e integralidad de la atención c) Un 26 % de las mujeres embarazadas con VIH no recibieron tratamiento para la PTMI. Sigue siendo un desafío alcanzar a las mujeres indígenas, migrantes, en extrema pobreza. d) Sigue siendo un desafío la implementación del Plan de Sífilis congénita y PTMI frente a la crisis de la CCSS e) Lograr una captación temprana en el primer trimestre del embarazo. f) Obstáculos: Factores culturales, económicos, y de acceso
5. ¿Está el país en buen camino para alcanzar este objetivo?	Si
6. ¿Cuáles son las principales acciones programáticas necesarias para seguir por el buen camino y/o alcanzar este objetivo?	<p>1. Mantener el acceso al tratamiento de las mujeres durante el embarazo y después del parto.</p> <p>2. Normas y Protocolos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Desarrollar y Socializar Normas y Protocolos Nacionales en cuanto al tamizaje y prevención de la PTMI. b) La Norma de Atención Integral y Normas con respecto a PTMI, debe establecerse el control prenatal como una oportunidad para conocer el estado serológico de la pareja y facilitar las pruebas cuando no se han realizado en los últimos 12 meses. <p>3. Continuar procesos de capacitación y sensibilización a nivel comunitario y de formación y capacitación del recurso humano en los diferentes niveles de atención.</p> <p>4. Implementar el Plan PTMI y prevención de Sífilis congénita.</p>
7. ¿Qué cambios en políticas y/o en el logro de entornos favorables, son necesarios para seguir por el buen camino y/o alcanzar este objetivo?	<p>1. Lograr compromiso político para actualizar y aplicar las normas de atención materno infantil y de la PTMI.</p> <p>2. Simplificar los procesos de prestación de servicios que garanticen la Atención al máximo de la Mujer Embarazada</p> <p>3. Para lograr entornos favorables, la PTMI debe contar con equipos interdisciplinarios que aseguren la calidad y calidez en la Atención Integral de la usuaria, bajo el marco de DDHH</p> <p>4. Se requiere retomar la atención y seguimiento de las mujeres con VIH después del parto.</p>
8. ¿Qué nuevas inversiones son necesarias para seguir por el buen camino y/o alcanzar este objetivo?	<p>1. Inversión en el Primer nivel de atención para la captación temprana y retención de mujeres embarazadas.</p> <p>2. Programas de capacitación a nivel comunitario y de Recurso Humano en los tres niveles de atención.</p> <p>3. Asignar recursos financieros a programas sociales para las mujeres embarazadas que faciliten el acceso a servicios de salud y a estrategias de prevención.</p>
9. ¿Cuáles son sus recomendaciones a los actores nacionales para garantizar la implementación de los cambios propuestos?	<p>1. Establecer mecanismos de revisión periódicos en torno a la política, normas, protocolos.</p> <p>2. Elaborar herramientas estandarizadas que permitan el MyE en torno al cumplimiento de estas metas y la aplicación de normativas, por parte de todos los actores involucrados, y fortalecer el proceso de Vigilancia Epidemiológica.</p> <p>3. Fortalecer la planificación estratégica e implementación de acciones de Incidencia Política y Auditoría Social por parte de la Sociedad Civil.</p> <p>4. Incorporar acciones en los Planes operativos con la respectiva asignación presupuestaria de los diferentes establecimientos de salud en los tres niveles de gestión.</p> <p>5. Establecer la vigilancia de la retención clínica de los casos.</p>

10. ¿Cuáles son sus recomendaciones para mantener el progreso de este objetivo más allá de 2015?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar en la mejora de la captación temprana de la embarazada en el I trimestre, entre ellas, intensificar las intervenciones comunitarias para la captación temprana de la embarazada. 2. Mantener una estricta vigilancia epidemiológica y socialización de la información a todos los actores y niveles involucrados. 3. Mantener procesos de monitoreo y evaluación con respecto a la aplicación de las normas, y que se establezcan procesos de análisis del objetivo y la meta, de manera anual. 4. Incidencia política para lograr mantener los compromisos políticos.
--	--

Principales conclusiones

- **Captación temprana.** Se evidencia como una debilidad en los servicios de salud la captación tardía. Se requiere constante mejora de las acciones de captación temprana en la mujer embarazada y prueba con resultado en el primer trimestre, y en general, la implementación del Plan de PTMI y Sífilis congénita.
- **Prueba en el III Trimestre de embarazo.** Desde algunos sectores, se identifica como una necesidad, incluir una segunda prueba de VIH como obligatoria en el último trimestre del embarazo, debido a que la infección podría suceder durante el embarazo.
- **Programas sociales.** La pobreza se identifica como un factor en la no asistencia a los cuidados prenatales. Se deben asignar recursos financieros a programas sociales para las mujeres embarazadas que faciliten el acceso a servicios de salud y a estrategias de prevención.
- **Seguimiento después del parto.** Las mujeres con VIH no aseguradas que han sido captadas en los cuidados prenatales y han recibido TAR durante su embarazo para mejorar su salud y prevenir la TMI, dejan de recibir el TAR una vez ocurrido el parto. Se debe retomar y reforzar el compromiso de la atención y seguimiento de las mujeres con VIH después del parto.
- **Continuar el fortalecimiento de las acciones.** Algunas personas entrevistadas consideran que es prioritario mantener los logros obtenidos por el país, pero no debería ser esta una meta prioritaria en el marco de las características de la epidemia, en tanto esta es una situación bastante resuelta por CR. Sin embargo, los datos sobre mujeres embarazadas que no accedieron a tratamiento en el 2012, y los casos de sífilis congénita, revelan la necesidad de continuar con las acciones para eliminar los nuevos casos en niños/as.

Objetivo 4: Acceso al tratamiento para 15 millones de personas

Meta: Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015

En el país se han registrado un total de 7.735 casos de VIH y sida, de los cuales el 35% (2711) han fallecido.

De las personas positivas con vida (5024), el 73,5% recibe tratamiento con antirretrovirales de acuerdo a la normativa nacional. El 26.5% restante que no recibe tratamiento es porque no lo requiere pero que se encuentra en seguimiento médico.


La efectividad del uso de la terapia TARV, se refleja en la mortalidad por sida, la cual se ha estabilizado en los últimos años con una tendencia a la disminución.

Sin embargo, se documentan casos de personas seropositivas que abandonan el tratamiento por diferentes razones.

INDICADORES REPORTADOS

	Nombre del Indicador	Valor de referencia 2011	Valor de referencia 2012
4.1	% de adultos, y niños y niñas elegibles que actualmente recibe terapia antirretroviral	73.06%	73.49%
4.2a	% de adultos y niños con VIH que se sabe continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretroviral	No hay dato disponible	No hay dato disponible
4.2b	% de adultos y niños con VIH que continúan vivos y se sabe continúan con el tratamiento 24 meses después de empezar la terapia antirretroviral (entre aquellos que iniciaron la TAR en el 2010)	No hay dato disponible	No hay dato disponible
4.2c	% de adultos y niños con VIH que continúan vivos y se sabe continúan con el tratamiento 60 meses después de empezar la terapia antirretroviral (entre aquellos que iniciaron la TAR en el 2007)	No hay dato disponible	No hay dato disponible
4.3	No. de establecimientos de salud que ofrecen terapia antirretroviral (prescriben ó proveen seguimiento clínico)	6 Hospitales Públicos	6 Hospitales Públicos
4.4	% de establecimientos de salud que dispensa TAR y que han sufrido desabastecimiento en los últimos 12 meses.	83.3%	0% Dirección de Garantía de Acceso
4.6	1. No de adultos ingresados nuevos en terapia pre-antirretroviral durante el periodo reportado 2. No. de adultos ingresados nuevos en atención al VIH (pre-ARV ó ARV) durante el periodo reportado	No hay dato	1. 313 2. 645

Matriz de Análisis: Objetivo 4

OBJETIVOS Y COMPROMISOS DE LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL VIH Y EL SIDA DEL 2011 PLANTILLA RESUMEN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES PARA EL BORRADOR DEL INFORME DE COSTA RICA	
10 preguntas clave	 Objetivo 4. Acceso al tratamiento para 15 millones de personas
1. ¿Es este un objetivo prioritario para el país?	Sí
2. ¿Aborda el Plan Estratégico Nacional este objetivo?	Sí
3. ¿Cuáles han sido desde 2011 las principales medidas/acciones adoptadas para alcanzar este objetivo?	1. Se Continúa garantizando el acceso al TAR en las Personas con Seguro Social 2. Continúan en funcionamiento las seis clínicas interdisciplinarias de TAR, (1 en Niños/as y 5 de adultos, de las cuales 4 son centralizadas y 2 periféricas.) 3. Disponibilidad de diferentes esquemas de Terapia Antirretroviral. 4. Mejoras en el abastecimiento del TAR. 5. Mejoras en la distribución del TAR a nivel periférico y la realización de pruebas de control CD4 y CV. 6. Equipos interdisciplinarios en las clínicas. Proceso de consejería individual y familiar por parte de los equipos de trabajo social, psicología, enfermería y consejería farmacológica.
4. ¿Con qué retos u obstáculos se han encontrado en la realización de este objetivo?	1. Acceso universal en estadios tempranos de enfermedad Obstáculos: a) Problemas administrativos para el aseguramiento. b) Falta de Normativas que establezcan el procedimiento de atención de las personas NO aseguradas c) Poca disponibilidad de la prueba de VIH y condicionada al aseguramiento. d) Detección tardía por barreras de acceso económicas, geográficas, culturales. Adicionalmente, no se ha logrado tener pruebas rápidas disponibles en los diferentes centros de salud. Algunas personas agregan que a esto se debe sumar la falta de campañas de acceso universal a prueba y acciones de prevención en general. e) Fraccionamiento en la entrega de medicamentos. f) La seguridad social no brinda tratamiento a pacientes no asegurados ni a personas con situación migratoria irregular 2. Lograr un 90% de Retención en los Programas de Atención Integral y adherencia. Obstáculos: a) No estandarización de los Programas de Atención Integral y apoyo a la Adherencia b) Las ONG han desarrollado programas especializados de pares dirigidos a la adherencia al tratamiento y manejo del diagnóstico, pero no hay coordinación entre la CCSS y este tipo de programas. c) Hay programas de educación continua desde la CCSS, y se han impartido capacitaciones a sus funcionarios. Sin embargo, las personas con VIH siguen refiriendo poca sensibilización del personal de salud en temas relacionados a la atención integral, medicamentos y adherencia. 3. Contar con un sistema articulado que recoja toda la información sobre tratamiento, seguimiento de casos y adherencia. Obstáculos: Vacíos en el monitoreo de la respuesta y en la vigilancia epidemiológica del VIH.
5. ¿Está el país en buen camino para alcanzar este objetivo?	Sí

<p>6. ¿Cuáles son las principales acciones programáticas necesarias para seguir por el buen camino y/o alcanzar este objetivo?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Facilitar y promover la realización de pruebas rápidas y el acceso al resultado sin obstáculos de ningún tipo bajo los lineamientos claros del algoritmo con pre y pos-consejería, para promover el diagnóstico oportuno. 2. Normativizar la atención de personas no aseguradas. 3. Mantener una revisión periódica y ajuste de las Guías de Detección y de Atención Integral. 4. Análisis y conversatorios con OIM, Cancillería, Dirección General de Migración y Extranjería y la Caja Costarricense de Seguro social, para lograr la regularización migratoria y aseguramiento de personas con VIH 5. Coordinación entre CCSS y ONGs, para fortalecer los programas de pares que apoyen la adherencia de las personas que inician su terapia ARV
<p>7. ¿Qué cambios en políticas y/o en el logro de entornos favorables, son necesarios para seguir por el buen camino y/o alcanzar este objetivo?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer una Política Nacional clara de atención integral de personas NO aseguradas, migrantes y personas con situaciones irregulares. 2. Oficializar normas Nacionales sobre la atención integral, integrada y continua de las personas con VIH y sida que garantice el tratamiento
<p>8. ¿Qué nuevas inversiones son necesarias para seguir por el buen camino y/o alcanzar este objetivo?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyar financieramente los servicios de pares y apoyos especializados para garantizar la adherencia 2. Capacitación de Personal en todos los niveles de Atención y todas las áreas. 3. Implementar el sistema de información que recoja de manera pertinente, eficiente y con calidad, la información de todos las clínicas de VIH y laboratorios
<p>9. ¿Cuáles son sus recomendaciones a los actores nacionales para garantizar la implementación de los cambios propuestos?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar, avalar y socializar los estudios realizados desde la Sociedad Civil sobre acceso a servicios y adherencia, como instrumentos de utilidad para la toma de decisiones. 2. En el Plan de Acción de la CCSS, debe anotarse explícitamente, la entrega sistemática y oportuna del tratamiento antirretroviral, para evitar el desabastecimiento y la fragmentación en II y III nivel según corresponda. 4. Establecer estrategias de cooperación con Agencias Internacionales para el abordaje de la Población Migrante con situación irregular. 5. Impulsar el liderazgo y protagonismo de las personas con VIH para velar por el cumplimiento de sus derechos 6. Compromiso del más alto nivel político para mantener la calidad de los servicios y mejorar la cobertura
<p>10. ¿Cuáles son sus recomendaciones para mantener el progreso de este objetivo más allá de 2015?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Garantizar la sostenibilidad presupuestaria estatal para el TAR 2. Fortalecer las capacidades de sociedad civil para abogar por el mantenimiento y mejora de los servicios para poblaciones clave, y para fomentar una cultura de rendición de cuentas. 3. Dar seguimiento a los Diálogos Políticos

Principales conclusiones

- **Auditoría Social.** El rol de las organizaciones sociales en la vigilancia de la calidad de los servicios y entrega oportuna de medicamentos ha sido fundamental en el avance del objetivo 4 de la Declaración Política, sin embargo es necesario fortalecer las capacidades de sociedad civil para abogar por el mantenimiento y mejora de los servicios para poblaciones clave, y para fomentar una cultura de rendición de cuentas.

- **Aseguramiento de personas migrantes en situación irregular.** La alta migración al país, la rigurosidad de la nueva ley de migración que limita el acceso al aseguramiento de las personas en situación migratoria irregular (altos costos para los migrantes, procedimientos extensos y múltiples requisitos que impiden la regularización de los migrantes) urgen a que el país resuelva de manera decidida el tema del aseguramiento de los migrantes en el marco de los derechos humanos.
- **Información y detección temprana.** Se observa que los servicios de salud captan a las personas en estadios avanzados de la enfermedad debido a problemas administrativos para el aseguramiento, poca disponibilidad de la prueba de VIH y condicionada al aseguramiento y por barreras económicas, geográficas y culturales. Se debe continuar el fortalecimiento de las acciones orientadas a promover la prueba rápida, facilitar el aseguramiento y mejorar el acceso a información sobre el TAR y la adherencia de las personas con VIH.
- **Programas de Pares.** Se ha demostrado que los programas de pares para mejorar la adherencia y manejar el diagnóstico han representado un cambio positivo en la vida y la salud de las personas con VIH. Se debe atender la falta de apoyo para los programas de pares y la coordinación Sociedad Civil-CCSS tanto para promover la adherencia, como para trabajar de manera conjunta en el logro de servicios que sean percibidos por las personas con VIH con mayor calidez.
- **Riesgo.** El financiamiento nacional de los ARV a través de las aportaciones de los asegurados y recursos de la CCSS se visualiza como un componente importante en la estabilidad de la respuesta nacional, sin embargo la actual crisis económica del país y de la CCSS, representan un riesgo para el logro del objetivo 4 al 2015.

Objetivo 5: Erradicación de las muertes por tuberculosis

Meta: Reducir las muertes por tuberculosis en personas que viven con el VIH en un 50 por ciento para 2015


En los últimos años se reporta un número de 30 a 40 personas coinfectadas sida/tuberculosis. Los casos detectados reciben tratamiento para ambas patologías.

Se realizan esfuerzos para asegurar el tamizaje por VIH, al 100% de las personas diagnosticadas con TB.

INDICADORES REPORTADOS

	Nombre del Indicador	Valor de referencia 2011	Valor de referencia 2012
5.1	% estimado de los casos de incidencia de personas con VIH que tienen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH	100%	No hay datos
5.2	No. de centros de salud que proveen servicios antirretrovirales para personas con VIH con prácticas de control de infección demostrables que incluyan control de tuberculosis	29	32
5.3	% de adultos y niños recientemente inscritos en servicios de atención al VIH, iniciando terapia preventiva isoniazida (TPI)	No se brindan datos	0% Se refiere que en Costa Rica el uso de isoniazida no está normado para prevención de TB
5.4	% de adultos y niños inscritos en servicios de atención al VIH, que han sido evaluados sobre su estatus de TB y registrados durante la última visita	No se brindan datos	No se brindan datos

Matriz de Análisis: Objetivo 5

OBJETIVOS Y COMPROMISOS DE LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL VIH Y EL SIDA DEL 2011 PLANTILLA RESUMEN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES PARA EL BORRADOR DEL INFORME DE COSTA RICA	
10 preguntas clave	 Objetivo 5. Erradicación de las muertes por tuberculosis
1. ¿Es este un objetivo prioritario para el país?	Sí
2. ¿Aborda el Plan Estratégico Nacional este objetivo?	Sí
3. ¿Cuáles han sido desde 2011 las principales	1. Acceso Universal a la evaluación clínica de toda persona con TB 2. Seguimiento y control estricto de los casos por especialistas neumólogos e infectólogos

medidas/acciones adoptadas para alcanzar este objetivo?	3. Tamizaje TB/VIH---VIH/TB
4. ¿Con qué retos u obstáculos se han encontrado en la realización de este objetivo?	1. No captación de temprana de algunos casos 2. la seguridad social no cubre el tratamiento con co-infección TB VIH para personas no aseguradas
5. ¿Está el país en buen camino para alcanzar este objetivo?	Sí
6. ¿Cuáles son las principales acciones programáticas necesarias para seguir por el buen camino y/o alcanzar este objetivo?	1. Revisión, ajuste y difusión de guías de co-infección VIH/TB (Apego a las guías por los equipos de salud más que la actualización de las mismas) 2. Mantener acciones de detección y tratamiento temprano de los casos 3. Desarrollo de acciones de articulación entre VIH y TB
7. ¿Qué cambios en políticas y/o en el logro de entornos favorables, son necesarios para seguir por el buen camino y/o alcanzar este objetivo?	1. Aplicar las actividades de colaboración del control TB/VIH 2. Evaluación continua vigilancia de casos y mejorar los sistemas de vigilancia de la co infección 3. Garantizar tratamiento de primera y segunda línea 4. Compromiso político para aplicar y evaluar las guías de OMS/ONUSIDA sobre coinfección VIH/TB
8. ¿Qué nuevas inversiones son necesarias para seguir por el buen camino y/o alcanzar este objetivo?	1. Inversiones para simplificar tratamiento antituberculoso y antirretroviral 2. Actividades colaborativas inter-programáticas. 3. Capacitación en consejería a pacientes con TB para la prevención del VIH-SIDA y viceversa.
9. ¿Cuáles son sus recomendaciones a los actores nacionales para garantizar la implementación de los cambios propuestos?	1. Consensuar estrategias conjuntas con la institución prestadora de servicios públicos 2. Brindar quimioprofilaxis para la prevención de enfermedades oportunistas y para la prevención de la TB 3. Sistema de información estandarizado y con acceso para ambos programas para el análisis de los datos. 4. Trabajar en coordinación con centros penitenciarios 5. Realizar tamizajes de coinfección periódicamente en privados de libertad y otros grupos de riesgo
10. ¿Cuáles son sus recomendaciones para mantener el progreso de este objetivo más allá de 2015?	1. Incidencia política para mantener el compromiso político 3. Deben existir una comisión inter-programática que: - Verifique quimioprofilaxis - Verifique la toma de ambos tratamientos - Verifique CD4, etc., de cada paciente - Verifique el llenado adecuado del sistema de información - Verifique las zonas de mayor incidencia de coinfección en el país - Trabaje con criterio de riesgo. 3. Vigilancia de la coinfección en centros penitenciarios

Principales conclusiones

- **Articulación:**
 - Según el dato del 2011, 100% de casos de TB recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH. El país está en buen camino para lograr la meta. Sin embargo, aún persiste la falta de coordinación y articulación entre las acciones de VIH y TB, pues a pesar de estar a cargo de la misma institución, el país debe responder de mejor manera a los compromisos sobre co-infección VIH-TB.
 - Articulación de un sistema de información estandarizado y con acceso para ambos programas para el análisis de los datos, y conformación de una comisión inter-programática que garantice los procesos de verificación correspondientes

Objetivo 6. Reducción de las diferencias en los recursos

Meta: Reducir las desigualdades de recursos para el sida en el mundo para 2015 y alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses) en los países de ingresos bajos y medios


Con la realización del Informe MEGAS del 2011, el país ha avanzado al tener para este periodo, un informe con bastante más rigurosidad metodológica que los anteriores. En términos generales, llama la atención que el monto que se reporta como gastado, es mayor al programado. Inicialmente se podría interpretar que el país tiene las necesidades cubiertas. Sin embargo, debe serse muy cauteloso con esta interpretación, pues como se ha visto a través de todo este informe, el país tiene aún importantes brechas financieras que no están costeadas en el PEN y que al desagregarlas por rubros invertidos en las poblaciones más afectadas, hay una sustancial brecha.

De manera particular, llama la atención, que del total del gasto, un 37% ha sido asignado a prevención. Sin embargo, en un país con epidemia concentrada, únicamente el 0,1% de este 37%, fue asignado directamente a prevención con HSH.

INDICADORES REPORTADOS

	Nombre del Indicador	Valor de referencia 2011	Valor de referencia 2012
6.1	Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y funestes de financiación	US\$ 35.76 millones	No hay nuevo dato

Matriz de Análisis: Objetivo 6

	OBJETIVOS Y COMPROMISOS DE LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL VIH Y EL SIDA DEL 2011 PLANTILLA RESUMEN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES PARA EL BORRADOR DEL INFORME DE COSTA RICA
10 preguntas clave	 Objetivo 6. Reducción de las diferencias en los recursos
1. ¿Es este un objetivo prioritario para el país?	Si
2. ¿Aborda el Plan Estratégico Nacional este objetivo?	Si
3. ¿Cuáles han sido desde 2011 las principales medidas/acciones adoptadas para alcanzar este objetivo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. La atención Integral continúa siendo financiada con fondos nacionales provenientes de las aportaciones de la seguridad social 2. 81% del gasto en VIH corresponde a la inversión pública 3. El país cuenta con Medición del Gasto en VIH y sida, con el que se han realizado análisis interinstitucionales para identificar las brechas 4. El MEGAS contempla la cuantificación del voluntariado por parte de las ONG y sociedad civil 5. Se ha costeado el PEN. 6. Se cuenta con fondos provenientes de la Ley de JPS para las organizaciones sociales 7. Algunas instituciones estatales /universidades, han asignado fondos de su presupuesto para compra de

	pruebas de VIH
4. ¿Con qué retos u obstáculos se han encontrado en la realización de este objetivo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. La inversión total en VIH ha ido decreciendo según los últimos MEGAS. 2. No hay asignación presupuestaria específica para la prevención y apoyo en la mayoría de las instituciones del Estado y existe dificultad con el Ministerio de Hacienda para la ejecución de los recursos asignados. 3. Se debe fortalecer la cultura de análisis de gastos e inversión en VIH y sida. 6. El país carece de una política para incrementar la inversión anual en VIH 7. Los recursos están asignados mayoritariamente a la atención y sólo en un pequeño porcentaje, a acciones de prevención. Es aún más pequeño el porcentaje cuando se trata de prevención en HSH (0,1% del porcentaje del porcentaje asignado a prevención) 8. Resulta urgente re-direccionar los recursos con base en las evidencias de necesidades para una adecuada respuesta a la epidemia concentrada que caracteriza al país 9. Urgente análisis de costo-efectividad en la asignación de los recursos y los resultados alcanzados
5. ¿Está el país en buen camino para alcanzar este objetivo?	<p><i>Hay división de criterios en esta pregunta para este Objetivo</i></p> <p>Algunos de los actores señalan que Sí se está en buen camino al ver aspectos como un Estado que continúa asumiendo las acciones relacionadas a la atención integral e inicia acciones como la asignación de recursos a sociedad civil.</p> <p>Otros actores señalan que NO se está en buen camino, pues si bien se han dado acciones relevantes, estas no caminan con la suficiente rapidez y efectividad para lograr alcanzar el objetivo al 2015 y se tiene un riesgo importante al tener dificultades para la efectiva asignación de presupuestos frente a la crisis económica de la principal institución prestadora de servicios de salud.</p>
6. ¿Cuáles son las principales acciones programáticas necesarias para seguir por el buen camino y/o alcanzar este objetivo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración de PEN y POA costeados 3. Medición de inversión y gasto 4. Asignación presupuestaria en las temas de prevención, investigación, entornos favorables, rehabilitación. Asignación presupuestaria para poblaciones clave. 5. Lograr ejecutar en forma ágil los presupuestos asignados por la Junta de Protección Social. 6. Búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento sostenibles
7. ¿Qué cambios en políticas y/o en el logro de entornos favorables, son necesarios para seguir por el buen camino y/o alcanzar este objetivo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar y adaptar paulatinamente el modelo del Nuevo Marco de Inversión propuesto por ONUSIDA 2. Disponer de una política de análisis de costos y gastos en el tema de VIH y sida. 3. Realizar las acciones necesarias para lograr el compromiso real y voluntad política de altos funcionarios de Gobierno y con ello, la asignación de los presupuestos como son estos planificados. 4. Asignación de presupuesto para la respuesta nacional al VIH y el CONASIDA en la Ley General de VIH y sida No. 7771
8. ¿Qué nuevas inversiones son necesarias para seguir por el buen camino y/o alcanzar este objetivo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asistencia técnica para los análisis financieros 2. Transferencia metodológica 3. Fortalecer las alianzas entre sociedad civil y Gobierno para la búsqueda conjunta de recursos. 4. Lograr la asignación presupuestaria para el trabajo específico con poblaciones clave (HSH y trans) 5. Lograr el compromiso de otras instituciones de apoyo social para financiar las acciones de apoyo y cuidado. 6. Mayor inversión de la cooperación internacional a las acciones de prevención y MyE
9. ¿Cuáles son sus recomendaciones a los actores nacionales para garantizar la implementación de los cambios propuestos?	<ol style="list-style-type: none"> 1. La búsqueda y garantía de los recursos financieros y técnicos para la ejecución de los programas o proyectos de prevención (la asignación presupuestaria para las acciones contempladas en los POA) 2. Consensuar estrategias para la movilización de recursos con las instituciones nacionales involucradas en la respuesta nacional. 3. Involucramiento de los encargados de la distribución y asignación de recursos financieros. (Ministerio de Hacienda) 4. Involucrar al sector privado en la financiación de la respuesta nacional.
10. ¿Cuáles son sus recomendaciones para mantener el progreso de este objetivo más allá de 2015?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incidencia para mantener el compromiso político y lograr las asignaciones presupuestarias correspondientes. 2. Incidencia política para movilizar recursos de sub- ejecución presupuestaria. 3. Solicitar modificaciones presupuestarias internas para redistribuir recursos para VIH 4. Aprobación de nueva reforma de Ley 7771 con incorporación de asignación presupuestaria para VIH 5. Coordinación de las acciones entre las ONG para la no duplicación de sus acciones, y coordinación de estas con las instituciones estatales

Principales conclusiones

- **Mantener los esfuerzos** de financiamiento del Estado a las acciones desde sociedad civil

- **Inversión:**
 - La inversión en prevención para población HSH y Trans es incipiente. Para lograr el objetivo 6 es necesario aumentar fuerte y urgentemente la inversión en prevención (objetivo 1) en poblaciones en las que se encuentra concentrada la epidemia según la evidencia (HSH, trans).
 - Frente a la crisis económica del país y de la CCSS, se deben incrementar los recursos asignados para evaluar el costo-efectividad de las acciones, pues es parte fundamental para garantizar y conocer si los recursos se están invirtiendo eficientemente.
 - Deben presupuestarse acciones de articulación entre las organizaciones estatales y las ONG, fortaleciendo el trabajo conjunto y sacando el máximo provecho de esta complementariedad.

- **El rol de CONASIDA** para apoyar la efectiva asignación de recursos de las instituciones debe fortalecerse técnica, política y presupuestariamente.

- **Principal riesgo:** La efectiva asignación de los recursos institucionales para VIH


Objetivo 7. Eliminación de las desigualdades de género

Meta: Eliminar las desigualdades de género y el abuso y la violencia de género, y aumentar la capacidad de mujeres adultas y jóvenes para protegerse a sí mismas frente al VIH

INDICADORES REPORTADOS

	Nombre del Indicador	Valor de referencia 2011	Valor de referencia 2012
7.1	Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses	No reporta	No reporta

Matriz de Análisis: Objetivo 7

OBJETIVOS Y COMPROMISOS DE LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL VIH Y EL SIDA DEL 2011 PLANTILLA RESUMEN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES PARA EL BORRADOR DEL INFORME DE COSTA RICA	
10 preguntas clave	 Objetivo 7. Eliminación de las desigualdades de género
1. ¿Es este un objetivo prioritario para el país?	Si
2. ¿Aborda el Plan Estratégico Nacional este objetivo?	Sí
3. ¿Cuáles han sido desde 2011 las principales medidas/acciones adoptadas para alcanzar este objetivo?	1. Costa Rica cuenta con la Política Nacional de Género (PIEG) y las Políticas Institucionales para la Igualdad ; Plan Nacional contra la Violencia hacia las Mujeres 2.El enfoque de género está incluido en Plan Nacional del Desarrollo; Plan Estratégico Nacional de VIH (PEN), Política Nacional de Sexualidad 3. Se están desarrollando procesos de sensibilización y capacitación de las ONG con instituciones estatales. Conversatorios con organismos internacionales. Proceso con Ministerio de Justicia y Defensoría de los Habitantes 4. Aprobación de políticas institucionales, directrices y secretarías ó comisiones de género y de diversidad sexual en entidades gubernamentales. 6. Decreto del Día Nacional contra la homofobia readecuado a la lesbofobia y transfobia.
4. ¿Con qué retos u obstáculos se han encontrado en la realización de este objetivo?	1. Las acciones de prevención en violencia contra las mujeres y promoción de la igualdad se enfocan en protección y seguridad, pero no prevención primaria, ni atención integral a víctimas. 2. Insuficientes recursos humanos y materiales para atender las necesidades del país. 3. Insuficientes acciones específicas que fortalezcan a las mujeres en el tema de salud sexual y reproductiva y prevención de VIH y que sensibilicen a los hombres para la corresponsabilidad en la sexualidad. Atención Integral de las mujeres es insuficiente e inoportuna. 4. Datos cuali-cuantitativos sobre violencia basada en género no están desagregados por violencia intrafamiliar y de pareja.

5. ¿Está el país en buen camino para alcanzar este objetivo?	Sí
6. ¿Cuáles son las principales acciones programáticas necesarias para seguir por el buen camino y/o alcanzar este objetivo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar acciones de prevención, que se enfoquen en la protección y seguridad, pero también en la prevención primaria de la violencia contra las mujeres y las adolescentes y promoción de la igualdad. 2. Desarrollar programas para la atención integral a la víctima de violencia basada en género. 3. Incluir en los planes y programación presupuestaria los recursos humanos y materiales para la prevención de la violencia basada en género. 4. Implementar el sistema de prevención de la violencia contra las mujeres, establecido en el Plan Nacional contra de violencia hacia las mujeres. 5. Crear acciones que fortalezcan a las mujeres en el tema de salud sexual y reproductiva y prevención del VIH y que sensibilicen a los hombres para la corresponsabilidad en la sexualidad. 6. Revisión de la transversalización del tema de género en los diferentes programas y proyectos y operativizar las políticas 7. Lograr tener un registro estadístico e investigaciones cualitativas de la situación de la violencia basada en género 8. Promoción de la PPE en casos de violencia sexual 9. Desarrollar agenda política de las mujeres con VIH
7. ¿Qué cambios en políticas y/o en el logro de entornos favorables, son necesarios para seguir por el buen camino y/o alcanzar este objetivo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajo de abogacía para sensibilizar a las autoridades de las instituciones para el logro de las acciones establecidas en la pregunta 6. 2. Incluir acciones específicas para la prevención y atención de la violencia contra las Trans femeninas y lesbianas. 3. Incluir en el PEN acciones específicas que vayan dirigidas a la promoción de la igualdad y la atención integral a la violencia contra las mujeres así como acciones específicas dirigidas a fortalecer el autocuidado de la salud sexual de las mujeres. 4. Acceso a nivel nacional a la Profilaxis Post Exposición por violación sexual antes de las 72 horas.
8. ¿Qué nuevas inversiones son necesarias para seguir por el buen camino y/o alcanzar este objetivo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inversiones a nivel de recurso humano y recurso material para la prevención de la violencia basada en género 2. Incluir en los presupuestos de las instituciones y los planes operativos el tema del VIH, la violencia contra las mujeres y la igualdad de género. 3. Invertir en campañas de prevención primaria de la violencia contra las mujeres y de promoción de la igualdad y del VIH específica para las mujeres 4. Campañas nacionales de salud sexual. 5. Inversión en normativa para la protección y atención de la violencia en población trans 6. Financiar la agenda política de las mujeres con VIH y mejorar los servicios y programas de prevención y atención de la violencia basada en el género
9. ¿Cuáles son sus recomendaciones a los actores nacionales para garantizar la implementación de los cambios propuestos?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incluir el tema en los presupuestos de las instituciones del Estado 2. Incluir políticas de rendición de cuentas que informen sobre las acciones para atender y prevenir la violencia contra las mujeres, igualdad de género y el impacto del VIH en la vida de las mujeres. 3. Realizar un diagnóstico cuantitativo y cualitativo para conocer la situación actual de las mujeres víctimas de violencia basada en género. 4. Revisar las políticas de igualdad y equidad de género y planes de acción de las instituciones. 5. Incluir adolescencia y niñez diferenciadas según necesidades del género en las políticas educativas, salud, laboral, económica, acceso a la justicia, entre otras.
10. ¿Cuáles son sus recomendaciones para mantener el progreso de este objetivo más allá de 2015?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reforzar en las políticas institucionales las luchas de las mujeres en general y en específico trans femeninas y lesbianas. 2. Divulgación, promoción e implementación de la Política Nacional de Sexualidad. 3. Divulgación, promoción e implementación del PLANNOVI-Mujer y la PIEG.

Nota: Cuando se habla de mujeres, se incluye a las poblaciones Trans femeninas y lesbianas, niñas, adolescentes y adultas mayores.

Principales conclusiones

- **Vulnerabilidad de las mujeres con VIH:** Según estudio realizado por ONUSIDA (2011) El 71 % de las mujeres con VIH fueron infectadas por su pareja estable. El 60.1 % de las mujeres con VIH son pobres. El 50% de las mujeres con VIH manifiesta que tienen dificultades en compartir su diagnóstico con su familia por situaciones de violencia y falta de apoyo y la principal barrera para lograr la adherencia al tratamiento es la pobreza extrema y la deficiente alimentación. Esto revela la alta vulnerabilidad social y económica en la que se encuentran las mujeres particularmente las que viven con VIH. Se recomienda el desarrollo de la agenda política de las mujeres con VIH y aumentar el ritmo en las acciones de prevención de la violencia basada en género en el país.
- **Información estratégica sobre violencia basada en género y VIH:** Aun cuando se considera que el país estas en buen camino para lograr el objetivo, en los últimos años ha habido poca inversión en la obtención de datos cuali-cuantitativos sobre violencia basada en género por lo que se requiere mayor inversión en la obtención de datos y en la implementación del PLANOVIMujer y la PIEG


Objetivo 8. Erradicación del estigma y la discriminación

Meta: Erradicar el estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH ó se ven afectadas por este a través de la promulgación de leyes y políticas que garanticen la consecución de todos los derechos humanos y libertades fundamentales

REPORTE PREVISTO PARA EL 2014

Indicador en desarrollo. Indicador de estigma para la población general, previsto para informes del 2014

Matriz de Análisis: Objetivo 8

	OBJETIVOS Y COMPROMISOS DE LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL VIH Y EL SIDA DEL 2011 PLANTILLA RESUMEN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES PARA EL BORRADOR DEL INFORME DE COSTA RICA
10 preguntas clave	 Objetivo 8. Erradicación del estigma y la discriminación.
1. ¿Es este un objetivo prioritario para el país?	Sí
2. ¿Aborda el Plan Estratégico Nacional este objetivo?	Sí
3. ¿Cuáles han sido desde 2011 las principales medidas/acciones adoptadas para alcanzar este objetivo?	<p>Desarrollo de políticas para la eliminación del estigma y la discriminación por orientación sexual en instituciones del Estado y Universidades Públicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decreto ejecutivo 34399 del 2008, Día nacional contra la Homofobia, modificado en el 2012, ampliado a la lesbo y transfobia, decreto 37071. • Acuerdo Día Nacional contra la homofobia, lesbofobia y transfobia en sistema educativo. MEP. Abr.2013 • Decreto Plan de Igualdad y Equidad de Género PIEG N° 34729-PLAN-S-MEP-MTSS de 17 setiembre 2008 • INAMU: Convención colectiva de trabajo entre las personas trabajadoras del INAMU y el INAMU. Artículo 36 "...J) Respeto a la identidad y orientación sexual". INAMU: Guía de sensibilización para la no discriminación por orientación sexual e identidad de género. 2010 • CCSS: Visita Intrahospitalaria 56389-5-A-08 Gerencia Médica. Que dentro de las normas que regulan la visitas a los pacientes de los Centros de Salud, no deben de introducirse normas que discriminen de forma alguna, ni política ni religiosa, ni por orientación sexual, ni por color, sexo o clase económica a ningún visitante. • IAFA: Política de Buenas Prácticas para la no discriminación por orientación sexual e identidad de género. 2012 • Tribunal Supremo de Elecciones: Reglamento del Registro civil para uso de fotografía conforme a la propia imagen e identidad de género. • Poder Judicial: Corte Plena Sesión N° 31-11 aprueba "Política Respetuosa de la Diversidad Sexual" • UNA: ACUERDO No. 3176 Declaratoria de la UNA como espacio libre de todo tipo de discriminación sexual, de géneros, de pertenencia de etnias y clases sociales. • UNED: ACUERDO No. 2250-2013: Declaratoria de la Universidad Estatal a Distancia como Institución Libre de Discriminación y Respetuosa de las diferencias. 2011 • UCR: ACUERDO N°5554-11 Declaratoria de espacio libre de discriminación por orientación sexual o identidad de género. Jun.2011 • UTN: ACUERDO N°157-2012 Declaratoria de espacio libre de discriminación por orientación sexual o identidad de género en el marco del Día Nacional Contra la Homofobia. Jun.2012 • ITEC: SCI-368-2012 Declaratoria en el Instituto Tecnológico de Costa Rica como espacio libre de discriminación por la orientación sexual e identidad de género. • MTSS: Directriz N° 025-2012. Para la prevención y el abordaje de la discriminación por orientación

	<p>sexual e identidad de género.</p> <ul style="list-style-type: none"> • CNPJ: Manual de sensibilización para la no discriminación sobre Orientación Sexual e identidad de género. 2011 <p>Además el país ha logrado aprobar la Política Nacional de Sexualidad, los Programas de educación para la Afectividad y Sexualidad del MEP y se inició el desarrollo del Programa de Prevención combinada.</p> <p>Costa Rica ha logrado obtener el apoyo de la Defensoría de los Habitantes en procesos de derechos de las poblaciones LGBTI y de personas con VIH. Como parte de este apoyo se destaca el Dialogo Nacional sobre VIH donde se evidenciaron vacíos y violaciones a derechos humanos que están siendo investigadas y atendidas por la Defensoría de los Derechos Humanos.</p> <p>Se ha iniciado el Estudio de Estigma y Discriminación en el país el cual estará concluido en el segundo semestre del 2013</p>
<p>4. ¿Con qué retos u obstáculos se han encontrado en la realización de este objetivo?</p>	<p>Obstáculos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persisten prácticas de estigma y discriminación en el Recurso Humano que presta servicios directos a las PEMAR. 2. El Presidente de la Comisión de Derechos Humanos (2012) y actual primer Prosecretario (2013) de la Asamblea Legislativa es abiertamente homofóbico. 3. Se han declarado de interés nacional actividades con contenido homofóbico. El Ministerio de Salud dio una explicación y rectificación pública en un diario de amplia circulación 04/03/2013. 4. Los programas directos para la prevención en PEMAR son insuficientes <p>Retos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intensificar procesos de sensibilización en estigma y discriminación en funcionarios públicos 2. Armonizar el trabajo de la ONGs con las instituciones gubernamentales 3. Establecer la vigilancia y la evaluación del cumplimiento de las política institucionales contra estigma y discriminación 4. Divulgar los mecanismos e instancias específicas para la atención e investigación de denuncias sobre Derechos humanos de las personas con VIH y de la diversidad sexual
<p>5. ¿Está el país en buen camino para alcanzar este objetivo?</p>	<p>Sí</p>
<p>6. ¿Cuáles son las principales acciones programáticas necesarias para seguir por el buen camino y/o alcanzar este objetivo?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aprobación del Proyecto de Ley de VIH/Sida, Difusión de la Ley 2. Procesos de Capacitación y sensibilización de los profesionales de salud, educación, trabajo, fuerza pública, acceso a la justicia. 3. Reforzar procedimientos de denuncia y ruta crítica en casos de discriminación 4. Implementación de Políticas institucionales de eliminación del estigma y la discriminación 5. Capacitación al recurso humano en DDHH, estigma y discriminación 6. En el proceso de ajuste del Plan Estratégico Nacional se debe atender con mayor profundidad el tema de Derechos Humanos tanto como Área Estratégica como eje transversal.
<p>7. ¿Qué cambios en políticas y/o en el logro de entornos favorables, son necesarios para seguir por el buen camino y/o alcanzar este objetivo?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Garantizar la toma de acciones tras las denuncias 2. Fomentar encuentros de participación ciudadana para la defensa de los derechos. 3. Adopción de políticas afirmativas para el aseguramiento de las personas migrantes en general, en situación migratoria irregular y privados de libertad con VIH .
<p>8. ¿Qué nuevas inversiones son necesarias para seguir por el buen camino y/o alcanzar este objetivo?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programas de prevención y campañas sobre estigma y discriminación dirigidas a la población en general (aprovechando las nuevas tecnologías) 2. Invertir en la capacitación y sensibilización de funcionarios públicos de salud, sector educativo, trabajo, acceso de justicia, fuerza pública 3. Trabajar con universidades e incluir los contenidos de derechos humanos en VIH en los programas de formación 4. Financiar un proceso de verificación del cumplimiento de la Directriz sobre VIH del Consejo de Salud Ocupacional en todas las empresas.
<p>9. ¿Cuáles son sus recomendaciones a los</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incluir una oficina en la Defensoría de los Habitantes especializada en diversidad. 2. Reconocimiento público por prácticas no discriminatorias en las instancias y servicios públicos.

actores nacionales para garantizar la implementación de los cambios propuestos?	<ol style="list-style-type: none"> 3. El PANI debe desarrollar medidas de protección para evitar el estigma y la discriminación de las niñas y los niños por diversidad sexual creando espacios y servicios especializados en el tema. 4. Aprovechar la iniciativa de Ley del Ministerio de Salud como ente rector para solicitar reforma de leyes que aún representan un obstáculo para la respuesta nacional al VIH. 5. Reformar las leyes y reglamentos que representan obstáculos para la respuesta nacional al VIH, según estudio realizado por el PNUD (2013), y realizar evaluación (Mapeo DDHH), con periodicidades establecidas. 6. Utilizar la información disponible sobre estigma y discriminación en Costa Rica para programación de estrategias y actividades. 7. Concluir el Estudio de Estigma y Discriminación y analizar sus resultados.
10. ¿Cuáles son sus recomendaciones para mantener el progreso de este objetivo más allá de 2015?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reforzar en las instituciones un trabajo de sensibilización para disminuir el estigma y la discriminación de las personas con VIH y la diversidad sexual. 2. Fortalecimiento de las capacidades de defensa de derechos humanos de las Organizaciones Civiles. 3. Crear políticas institucionales contra el estigma y la discriminación de las personas con VIH y la diversidad sexual en las instituciones que aún no cuentan con ellas. 4. Trabajar en la prevención del impacto de la discriminación en la familia y allegados de las personas que viven con VIH.

Principales conclusiones


- **Prácticas de estigma y discriminación:** aunque se evidencian avances en la creación de políticas institucionales de no discriminación por orientación sexual, aún persisten prácticas de estigma y discriminación por orientación sexual y contra las personas con VIH no solo en servicios de salud y educación sino en ámbitos políticos y nacionales, por lo que se requiere inversión en programas continuos de capacitación y sensibilización del recurso humano y en articulación con organizaciones de la sociedad civil.
- **Programas para atender y eliminar la discriminación:** El país, con el apoyo de la sociedad civil y de las instancias de salud y educación cuenta con directrices, políticas e instrumentos jurídicos que garantizan el respeto por los derechos de las poblaciones de la diversidad sexual y personas con VIH y que incorporan contenidos para la prevención de la discriminación y el estigma, a raíz de estos instrumentos se han creado servicios y programas que aún están en etapa inicial de implementación. Por lo que es necesario que el país desarrolle estos programas en un mediano y largo plazo para medir los avances que generen impacto.

Objetivo 10. Fortalecimiento de la Integración del VIH

Meta: Eliminación de sistemas paralelos para los servicios relacionados con el VIH para fortalecer la integración de la respuesta al sida en los esfuerzos de desarrollo y la salud mundiales

	Nombre del Indicador	Valor de referencia 2011	Valor de referencia 2012
10.1	Asistencia a la escuela de huérfanos y no huérfanos	% PARTE A: 94.87% Numerador: 37 Denominador: 39 %PARTE B: 93.43% Numerador: 377.769 Denominador: 404.334	No se reporta
10.2	(%) Proporción de hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos 3 meses	64.43% Numerador: 185.164 Denominador: 287.367	No se reporta

Matriz de Análisis: Objetivo 10

OBJETIVOS Y COMPROMISOS DE LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL VIH Y EL SIDA DEL 2011 PLANTILLA RESUMEN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES PARA EL BORRADOR DEL INFORME DE COSTA RICA	
10 preguntas clave	Objetivo 10 
1. ¿Es este un objetivo prioritario para el país?	Sí
2. ¿Aborda el Plan Estratégico Nacional este objetivo?	Sí
3. ¿Cuáles han sido desde 2011 las principales medidas/acciones adoptadas para alcanzar este objetivo?	<ol style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de CONASIDA con la participación intersectorial Creación de equipos multidisciplinares para atender temas como: PTMI, MEGAS- MyE Fortalecimiento del MCP. Avances en nuevo proyecto de Ley de VIH Los protocolos y las guías de atención incorporan el VIH en los programas prenatal de niños y niñas y SSR Fortalecimiento del PTMI que incluye prevención del VIH e ITS en áreas y grupos de alta prioridad
4. ¿Con qué retos u obstáculos se han encontrado en la realización de este objetivo?	<p>Obstáculos</p> <ol style="list-style-type: none"> En el CONASIDA hay disparidad en el número de representantes de la Sociedad Civil frente a la de Gobierno. Algunas instancias nacionales no reconocen el rol rector del Ministerio de Salud y eso dificulta el cumplimiento de directrices sobre VIH. Incipiente articulación de acciones desde las organizaciones de sociedad civil para el ejercicio más efectivo de su rol. Existe compromiso a nivel técnico de los miembros del CONASIDA pero no hay compromiso político de Ministros y Presidentes Ejecutivos Las personas asignadas por las instituciones para participar de espacios como el CONASIDA, no tienen tiempo asignado específico a las actividades de VIH. Los servicios de salud mantienen la programación presupuestaria separada y algunos procesos de los servicios están desarticulados. <p>Retos</p> <ol style="list-style-type: none"> Establecer el tema de VIH y sida como tema prioritario en las agendas de país. Asignación presupuestaria específica para CONASIDA Se debe mejorar la articulación entre sectores no gubernamentales e instituciones del Estado.

	<p>4. Programación y asignación presupuestaria específica en VIH incorporada en los planes y presupuestos nacionales y de las instituciones</p> <p>5. Algunos entrevistados opinan que si bien se ha avanzado, se requiere mayor compromiso político para fortalecer la integración de la respuesta.</p>
5. ¿Está el país en buen camino para alcanzar este objetivo?	Sí
6. ¿Cuáles son las principales acciones programáticas necesarias para seguir por el buen camino y/o alcanzar este objetivo?	<p>1. Asignación presupuestaria para el desarrollo de las actividades de CONASIDA</p> <p>2. Incorporación del Ministerio de Hacienda y el sector privado al CONASIDA.</p> <p>3. Evaluaciones del desempeño de CONASIDA</p> <p>4. Aprobación de proyecto de ley de VIH/Sida</p> <p>5. Fortalecimiento de las organizaciones de la Sociedad Civil</p>
7. ¿Qué cambios en políticas y/o en el logro de entornos favorables, son necesarios para seguir por el buen camino y/o alcanzar este objetivo?	<p>1. Revisar y adaptar el modelo de financiación propuesto por ONUSIDA</p> <p>2. Integrar instituciones específicas (IMAS- PANI) que se ocupan del bienestar social en el trabajo en el tema.</p> <p>3. Apoyo político a las estrategias nacionales</p>
8. ¿Qué nuevas inversiones son necesarias para seguir por el buen camino y/o alcanzar este objetivo?	<p>1. Asistencia técnica para lograr la evaluación del desempeño del CONASIDA</p> <p>2. Asignación presupuestaria al CONASIDA</p> <p>3. Fortalecimiento de las capacidades de negociación, resolución de conflictos y liderazgo en CONASIDA y en las organizaciones que lo conforman.</p>
9. ¿Cuáles son sus recomendaciones a los actores nacionales para garantizar la implementación de los cambios propuestos?	<p>1. Realizar incidencia política para lograr aprobación del Proyecto de Ley de VIH/Sida</p> <p>2. Involucrar al nivel político en reuniones claves de toma de decisiones de CONASIDA (garantizar la participación de personas con poder de decisión en las reuniones).</p> <p>3. Lograr el compromiso técnico político de las instituciones miembros de CONASIDA.</p> <p>4. Ejercer mayor liderazgo de la Presidencia de CONASIDA</p> <p>5. Ejercer mayor liderazgo de las organizaciones de la sociedad civil</p>
10. ¿Cuáles son sus recomendaciones para mantener el progreso de este objetivo más allá de 2015?	<p>1. Incidencia política para mantener el compromiso</p> <p>2. Reformular la Política Nacional de VIH y Sida, socializarla y divulgarla.</p> <p>3. Fortalecer la capacidad articuladora de CONASIDA para la rendición de cuentas de las instituciones y organizaciones que la integran.</p> <p>4. Fortalecimiento de la coordinación y liderazgo asertivo de sociedad civil</p> <p>5. Apertura y voluntad por parte de la CCSA para coordinar internamente, interinstitucional e intersectorialmente.</p> <p>6. Costa Rica No tiene programas específicos dentro de su estructura de servicios. Se recomienda la articulación institucional e intersectorial desde una visión de la integralidad de la respuesta, incluyendo Salud Sexual y Reproductiva, manejo de ITS, enfoque de derechos sexuales y derechos humanos.</p>

Principales conclusiones

- **Articulación:** El país no tiene sistemas paralelos para los servicios relacionados con el VIH lo cual facilita la integración de la respuesta al sida, sin embargo el CONASIDA no logra articular en su totalidad la respuesta ni la eficiente rendición de cuentas de todas las instituciones y organizaciones que la conforman.
- **Compromiso político:** Existe un compromiso a nivel técnico administrativo, lo que ha facilitado la toma de algunas decisiones en aspectos esenciales de la respuesta nacional, sin embargo, el compromiso al más alto nivel político aún sigue deficiente y en algunas áreas de suma importancia para la respuesta es inexistente.

5. Hitos y Buenas prácticas

Declaración de espacios libres de discriminación

Desde hace más de una década el Centro de Investigación Para América Central en Derechos Humanos CIPAC y otras organizaciones han tratado de incursionar en las instituciones públicas, universidades e instancias de servicios a la población con la propuesta de crear políticas institucionales de no discriminación por orientación sexual.

Es básico comprender que durante años, las poblaciones vulnerabilizadas han empleado el discurso de la victimización y las tristes anécdotas para tratar de producir cambios estructurales a su favor, sin resultado alguno.

La experiencia de CIPAC para lograr entrar en las instituciones y lograr acuerdos y políticas para la no discriminación ha sido denominada por ellos mismos como “la estrategia cucaracha”, con la que por medio de mapeos y planificados acercamientos estratégicos, han logrado más que cualquier otra organización en la región, impulsar cambios a nivel de instituciones estatales.

Los discursos de victimización fueron eliminados y sustituidos por la negociación...”no negociamos derechos, negociamos espacios y oportunidades...”

Esta estrategia se basó en algunos antecedentes nacionales como:

- La ley General de VIH, artículo 48, no podrá hacerse discriminación por opción sexual, ley 7771
- El Instituto Nacional de Seguros, **INS**, considera que en las pólizas de vida, los beneficiarios/as pueden ser las parejas del mismo sexo. 2002
- Se aprueba el **Decreto Ejecutivo 34399-S** que establece el 17 de mayo como el Día Nacional Contra la Homofobia. 2008.

Por medio de esta estrategia se han logrado firmar **directrices en entidades del Estado** sobre la no discriminación por orientación sexual y/o identidad de género y se han declarado espacios libres de discriminación buscando eliminar todas las formas de discriminación por orientación sexual:

- El Ministerio de Educación, **MEP**, aprobó directriz para la no discriminación motivada por la orientación sexual. 2008
- La Caja Costarricense del Seguro Social, **CCSS**, elimina cualquier tipo de normativa que tienda a la discriminación motivada por la orientación sexual en la visita a los/as pacientes en Hospitales. 56389-5-A-08
- El Instituto Nacional de las Mujeres, **INAMU**, creó manual para la no discriminación por orientación sexual e identidad de género. 2010.
- **INAMU: Convención colectiva** de trabajo entre las personas trabajadoras del INAMU y el INAMU. Artículo 36 “...J) Respeto a la identidad y orientación sexual”.
- El Consejo de Salud Ocupacional, **CSO**, aprueba directriz que incluye la no discriminación motivada por la orientación sexual y la identidad de género. Acuerdo N° 997-10
- El Consejo Nacional de la Persona Joven, **CNPJ**, aprobó el manual de sensibilización para la no discriminación por orientación sexual e identidad de género. 2011.
- Las Universidades Públicas, **UNA**, **UCR**, **ITCR**, **UTN** se autodefinen como espacios libres de discriminación por homo-lesbofobia. 2011:

- **UCR:** ACUERDO N°5554-11 Declaratoria de espacio libre de discriminación por orientación sexual o identidad de género. Jun.2011
- **UTN:** ACUERDO N°157-2012 Declaratoria de espacio libre de discriminación por orientación sexual o identidad de género en el marco del Día Nacional Contra la Homofobia. Jun.2012
- **ITEC: SCI-368-2012** Declaratoria en el Instituto Tecnológico de Costa Rica como espacio libre de discriminación por la orientación sexual e identidad de género.
- **UNA: ACUERDO No. 3176** Declaratoria de la UNA como espacio libre de todo tipo de discriminación sexual, de géneros, de pertenencia de etnias y clases sociales.
- **UNED: ACUERDO No. 2250-2013:** Declaratoria de la Universidad Estatal a Distancia como Institución Libre de Discriminación y Respetuosa de las diferencias.
- **IAFA: Política de Buenas Prácticas** para la no discriminación por orientación sexual e identidad de género. 2012
- El Ministerio de Salud, **MS**, aprueba la Política Nacional de Sexualidad, la cual considera la no discriminación motivada por la orientación sexual y la identidad de género. 2011
- El **Poder Judicial: Corte Plena Sesión N° 31-11** aprueba “Política Respetuosa de la Diversidad Sexual” 2011
- La **Sala Constitucional** aprueba visita íntima entre parejas del mismo sexo en el sistema penitenciario. 2011
- **Ministerio de Trabajo y Seguridad Social MTSS: Directriz N° 025-2012.** Para la prevención y el abordaje de la discriminación por orientación sexual e identidad de género.
- La **Caja Costarricense del Seguro Social, CCSS: Visita Intrahospitalaria 56389-5-A-08 Gerencia Médica.** Que dentro de las normas que regulan la visitas a los pacientes de los Centros de Salud, no deben de introducirse normas que discriminen de forma alguna, ni política ni religiosa, ni por orientación sexual, ni por color, sexo o clase económica a ningún visitante.
Aprueba lineamiento contra la discriminación motivada por la orientación sexual o la identidad de género. Feb. 2012
- En el año 2009 en el **Poder Judicial se formó una comisión** de 6 personas para trabajar el tema de la DS con el propósito de lograr conciencia de que el acceso a la justicia de las personas LGBT debe ser pleno. La comisión ha sostenido reuniones mensuales, ha promovido espacios internos de sensibilización y debate sobre el tema (talleres, foro, etc.) y acciones de sensibilización a la Policía, con el apoyo de CIPAC. Se realizó, además, una pequeña encuesta sobre las percepciones del personal de la Oficina de Atención a las Víctimas, la Fiscalía de Delitos Sexuales y Violencia Doméstica y la Sección de Delitos Sexuales del OIJ que refleja una institución patriarcal, vertical y homofóbica. La labor de la comisión pretende “colocar el tema” y mejorar el “trato al usuario”, cuidando que no se haga esto desde una estrategia intimidante.
- **Tribunal Nacional de elecciones;** Registro Nacional de las personas: 2011 Se aprobó el **Reglamento del Registro civil para fotografía.** Donde se reconoce el derecho de las personas a presentarse en la fotografía según su propia imagen e identidad.
- Se ha incluido el tema de la DS en **el currículum de la Maestría** de Relaciones Familiares (con Enfoque Social) en la Universidad nacional (UNA) que se dirige a jueces y juezas.
- Políticas institucionales y municipales contra la homo, lesbo y transfobia. Municipalidad de Goicoechea.

Recursos asignados por el Estado para la prevención. Junta de Protección Social

En febrero del 2009 fue promulgada la ley 8718 Autorización para el cambio de nombre de la Junta de Protección Social y establecimiento de la distribución de rentas de las loterías nacionales, la cual en su artículo 8 sobre la distribución de la utilidad neta de las loterías, juegos y otros productos de azar, en el inciso 8 establece que se asignará “Uno punto tres por ciento (1.3%) de las utilidades para la lucha antivenérea y para la investigación, el tratamiento, prevención y atención del VIH-SIDA entre las organizaciones no gubernamentales dedicadas a estos fines, conforme al Manual de Criterios para la distribución de recursos de la Junta de Protección Social.”

La Junta de Protección Social es la institución de bien social más antigua de Costa Rica y su fin es contribuir con el fortalecimiento del sistema de bienestar, seguridad social y el mejoramiento de la calidad de vida de la población que se beneficia del producto de sus actividades, es decir de la administración de todas las loterías que existen en el territorio nacional. Esta Institución también colabora con los programas gubernamentales de desarrollo social y asistencial a nivel nacional y cumple con las políticas que en materia de asistencia social desarrolla el Gobierno de la República.

Desde su creación en el año de 1845, la Junta de Protección Social, ha asignado sus recursos a la atención de programas médicos y de beneficio social. Esta labor logró consolidar programas de la mayor importancia, en beneficio de las y los habitantes del país, pero principalmente de los sectores sociales más desprotegidos y vulnerables. Como resultado de los aportes permanentes de la Junta, los programas, atendidos por múltiples organizaciones legalmente constituidas, han crecido hasta alcanzar la estabilidad económica.

Con el sistema abierto que se propone en este proyecto se pretende dar iguales posibilidades a todas las organizaciones que desarrollen fines tendientes a la protección de los sectores sociales más vulnerables, para que puedan obtener beneficios y no limitarlos a un grupo determinado.

En los dos últimos años, esta distribución de recursos ha beneficiado a al menos una decena de organizaciones de la sociedad civil (ONGs legalmente constituidas e inscritas en el CONASIDA) que trabajan en VIH y Sida. Algunas de estas organizaciones son hogares de paso para personas con VIH en situación de calle y drogadicción, organizaciones de carácter investigativo y técnico y organizaciones que aglutinan a poblaciones vulnerables como Trabajadoras Sexuales y personas con VIH. Esto ha permitido incrementar las acciones de prevención y contención del impacto de la epidemia en las personas y sus familias.

Programas de educación para la sexualidad y afectividad del Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2010)

Desde hace varias décadas, en Costa Rica han surgido diversas iniciativas dirigidas a instituir formalmente la enseñanza sobre sexualidad que se imparte en el sistema educativo. A pesar de esos esfuerzos, se ha tropezado con múltiples barreras y detractores, que han impedido llevarlos a la práctica.

La Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR-2010) proporciona algunos datos sobre los conocimientos, percepciones y prácticas de sexualidad de los (las) adolescentes y las opiniones que

expresan los hombres y mujeres de 15 a 79 años de edad, sobre aspectos relativos a la educación sexual en nuestro país.

Un primer aspecto que mostró la ENSSR-2010, es que antes de cumplir los 20 años, el 76% de las mujeres y 84% de hombres afirmaron que ya habían tenido relaciones sexuales con coito vaginal. La primera relación sexual raramente ocurre dentro del matrimonio (2%), pues lo más frecuente es que sea con el novio/a (63%), un amigo/a (25%), o sea sexo casual (6%).

Aunque un 98% de los adolescentes reportó haber oído hablar alguna vez del condón masculino, solamente un 41% de los que tuvieron relaciones sexuales durante los últimos 12 meses, indicó haberlo utilizado al menos el 75% de las veces. Un 23% respondió no haberlo utilizado nunca. En general, el uso reportado del condón es menos frecuente en las mujeres si se compara con los varones. Esta práctica podría explicar, en alguna medida, por qué solo un 27% de mujeres de 15 a 19 años que habían tenido hijos/as, manifestó que sí había querido embarazarse.

Fuentes de información. Las fuentes que los/las adolescentes utilizan para obtener información sobre sexualidad son: la madre en el primer lugar (34%), seguida por los maestros/as (17%), amigos (1%), padres (10%) y medios de comunicación (5%). Interesa señalar que aunque solamente un 5% respondió que nunca recibió información, para el 95% que sí la recibió no necesariamente fue suficiente, ni de calidad, dado que solamente un 32% de los adolescentes respondió estar muy satisfecho con la información que recibieron de sus padres o responsables de su crianza y un 21% manifestó estar muy satisfecho con la información que le brindaron sus maestros/as y profesores.

Esta necesidad de mejorar la educación sexual también se evidencia en aspectos más específicos, como el conocimiento sobre la forma correcta de utilizar los métodos de planificación, pues únicamente el 60% de los adolescentes respondió estar informado/a al respecto. En esta temática, los maestros (49%) son la principal fuente de información, seguidos por la madre (19%), el personal de salud (14%), los medios de comunicación (12%) y el padre (11%).

Para conocer la opinión de la población de Costa Rica sobre la enseñanza para la sexualidad, la ENSSR-2010 formuló las siguientes preguntas: ¿Está usted a favor o en contra de que se dé a los jóvenes educación sexual en los colegios? Y ¿estaría usted a favor o en contra de que en los colegios se expliquen los métodos de protección y planificación familiar? La respuesta afirmativa fue contundente. Un 93% de la población de 15 a 79 años de edad, independientemente de que pertenecieran a la religión católica (93%) o evangélica (94%) o residieran en la zona urbana (94%) o rural (93%), o fueran hombres (93%) o mujeres (94%), señaló estar de acuerdo con que los centros educativos impartan educación para la sexualidad. Más del 94% estuvo de acuerdo con la enseñanza del uso de métodos de planificación familiar en escuelas o colegios.

Frente a ese contexto y como una iniciativa en paralelo, el Ministerio de Educación Pública inició en el año 2011 una serie de conversatorios con distintos grupos de la sociedad civil que trabajan en el tema y coordinado por un equipo de profesionales multidisciplinario, mediante las cuales se definieron los temas básicos a incluir en el programa de **Educación para la afectividad y sexualidad integral**.

1. Educación para la afectividad y sexualidad integral en el marco de la formación ética, estética y ciudadana

La educación para la afectividad y sexualidad integral que se promueve en este programa de estudios está dirigida hacia la construcción del vínculo humano desde las dimensiones afectiva, corporal y espiritual, y en marco de la promoción de la madurez emocional. En ese sentido, es una visión integral según la cual comprender, educar, conducir adecuadamente este vínculo y desarrollar, al mismo tiempo, la madurez emocional, será de gran impacto positivo en la convivencia humana y con ello sobre la calidad de vida de los/as estudiantes, las familias y comunidades de nuestro país.

2. Educación para la afectividad y la sexualidad integral

En Costa Rica, hasta ahora, la educación para la sexualidad se ha planteado mayoritariamente como un proceso informativo y centrado en su dimensión biológica. Este programa de estudio, en el marco de la política general vigente aprobada por el Consejo Superior de Educación en 2001, denominada Política de Educación Integral de La expresión de La Sexualidad Humana (Acuerdo del artículo tres del acta 2001-12-06 modificado en su apartado No.6 con el acuerdo 02-08-04) integra esa dimensión, como elemento indispensable de una formación en sexualidad, pero agrega una dimensión formativa y afectiva, en la que se enfatiza.

La sexualidad es considerada como un proceso natural ligado al vínculo afectivo. Se entiende en forma integral como una dimensión fundamental del hecho de ser humano, como parte orgánica del lenguaje mismo de la vida, del ser y devenir de los humanos como especie y de cada hombre y mujer. La sexualidad es un elemento básico de la personalidad; un modo propio de ser, de manifestarse, de comunicarse con los otros, de sentir, expresar y vivir el amor humano. Se visualiza como una fuente de placer corporal y espiritual, que sobrepasa las fronteras del fenómeno reproductivo y el ámbito de lo privado, enriqueciéndose en los vínculos interpersonales.

Entre los componentes esenciales de este programa de estudios en afectividad y sexualidad integral se contemplan el acceso y la construcción del conocimiento adecuado de lo que es y significa la sexualidad en el desarrollo humano en todas las etapas; la desmitificación de estereotipos y creencias que generan prácticas sexuales de riesgo o denigrantes de la persona humana, no solo de manera individual sino con un gran impacto en la salud pública; el acceso a una visión integral de la sexualidad en la que se aborden al menos los siguientes elementos: relaciones interpersonales, poder, cultura y responsabilidad, placer, género, identidad psicosexual, salud sexual y reproductiva, derechos humanos, la promoción y generación de espacios más justos, equitativos y placenteros en todo el ciclo de la vida.

3. El objeto de estudio de la Educación para la afectividad y la sexualidad integral

La educación para la afectividad y la sexualidad integral, de acuerdo con el enfoque descrito anteriormente, parte de que la misión de la sexualidad es el vínculo, desde las dimensiones afectiva, corporal, ética y espiritual, con apoyo y la promoción de la madurez emocional.

El vínculo se entenderá como la capacidad de los seres humanos de sentirnos bien con las otras personas y hacer que estas también se sientan bien con respecto a su dignidad. La forma más efectiva de construir los vínculos es estableciéndolos en la dimensión afectiva (reconocimiento y comunicación de los sentimientos), la corporal (lo que estoy sintiendo en el cuerpo) y la espiritual (los valores, los criterios éticos y el sentido de vida).

4. Los ejes de la reforma del programa de estudios

De acuerdo con las tendencias actuales a nivel internacional, el programa de estudios contempla el desarrollo de siete ejes temáticos, que le dan un enfoque integral y que se abordarán en todos los niveles educativos, en procesos reflexivos cada vez más profundos:

1. *Las relaciones interpersonales*
2. *Cultura y poder*
3. *El placer como fuente de bienestar*
4. *Género*
5. *La identidad psicosexual*
6. *Salud reproductiva*
7. *Derechos humanos*

Los Programas están siendo implementados en un primer nivel, en colegios piloto, y se espera que en los próximos años, sean implementados en la totalidad de los centros educativos.

Políticas en el lugar de trabajo: Costa Rica en la incursión de la empresa privada en la respuesta al VIH y sida

El papel del sector privado en la respuesta nacional al VIH, es visibilizado cada vez más, en trabajo conjunto con el sector público y sociedad civil, por ejemplo, para el período comprendido de octubre 2008 a abril 2013, hay un acuerdo entre sociedad civil y la cooperación y luego se incorpora la Asociación Empresarial para el Desarrollo, AED, para impulsar políticas de VIH en lugares de trabajo. La política de VIH se impulsa tomando como referente la Directriz para la prevención del VIH en el mundo del trabajo, del Consejo de Salud Ocupacional, Ministerio de Trabajo, Ene.2010.

Para el período de octubre 2008 a abril 2013, se identifican los siguientes cambios políticos:

- AED institucionaliza línea de trabajo el VIH. Sept.2012
- Doce (12) empresas adoptan políticas de VIH. Sept.2010
- Cinco (5) empresas adoptan políticas de VIH. Sept.2011
- Cinco (5) empresas adoptan políticas de VIH. Sept.2012
- Tres (3) empresas adoptan políticas de VIH. May.2013

Estos cambios políticos han contribuido a que las empresas que han adoptado la política de VIH, parten de un enfoque de Responsabilidad Social Empresarial, Objetivos del Milenio, Derechos Humanos, Trabajo Decente y Desarrollo Económico; propiciando un ambiente libre de estigma y discriminación, cero tolerancia a la discriminación; Programas de prevención: educación, promoción de la prueba, consejería pre y post, salud ocupacional y profilaxis, tratamiento de infecciones oportunistas, coordinación con el sistema de salud pública, CCSS, para el acceso a tratamiento. En algunas empresas se hacen ajustes razonables para personas con VIH en horarios de trabajo, reasignación de funciones entre otros.

Con la política de VIH en el lugar de trabajo se puede contabilizar un total de beneficiarios directos es de aproximado de 50,000 colaboradores y colaboradoras y beneficiarios indirectos cerca de 200,000 personas.

Proyecto Salud Mesoamérica SM 2015

En cumplimiento del Objetivo 5b: “Lograr, para el Año 2015, el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, especialmente para los adolescentes”, se formula entre El BID y el Gobierno de Costa Rica el Proyecto Salud Mesoamérica SM-2015, Prevención del Embarazo en Adolescentes, en alineación con la Políticas y Planes Nacionales de Salud.

Este proyecto busca contribuir a la reducción del embarazo adolescente (EA), apoyando el desarrollo de un modelo multifactorial ejecutado intersectorialmente a través de redes locales, conformadas por la CCSS, el MEP, el PAN, CEN CINAI y el MS, para la prevención y atención de la maternidad y paternidad precoz, con modalidades diferenciadas de abordaje de acuerdo a los distintos niveles de exposición a riesgos de los adolescentes. El modelo contempla el fortalecimiento de la estructura regular y el mejoramiento de los espacios y las condiciones de los servicios de salud en el territorio, y genera condiciones en otros servicios para la accesibilidad de las y los adolescentes a los servicios de atención y consejería en salud sexual y reproductiva (SSR), todo ello sustentado en un enfoque multicultural que busca dar mayor pertinencia a las acciones desarrolladas.

Para alcanzar este propósito, se han definido los siguientes objetivos para el programa: (i) mejorar la calidad de atención de servicios de salud materna, neonatal e infantil para las adolescentes; (ii) mejorar la calidad, la utilización y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para los y las adolescentes; y, (iii) generar evidencias sobre buenas prácticas para la prevención y atención del embarazo adolescente.

Se estructura en los siguientes componentes:

- 1- Fortalecimiento de los servicios de atención integral en SSR para adolescentes, adolescentes embarazadas, madres y padres y sus hijos.
- 2- Mejoramiento de modalidades complementarias de intervención con adolescentes en la red local de servicios
- 3- Mecanismo de integración local para el funcionamiento articulado de la red de servicios para adolescentes
- 4- Sistematización y Evaluación del proyecto.

Es un modelo que reconoce y asume las múltiples diferencias que existen al interior del grupo de los y las adolescentes, diversificando respuestas posibles en función de sus distintos perfiles de riesgo. Ante la inconveniencia de entregar una respuesta única para aportar a la solución de problemáticas distintas, el modelo contempla respuestas diferenciales que van desde acciones generales de prevención dirigidas al conjunto de los y las adolescentes para prevenir comportamientos sexuales de riesgo, como la transmisión del VIH, se destaca que los jóvenes que se encuentran en situación de alto riesgo necesitan de acciones integradas en la promoción de salud sexual y reproductiva y la prevención de ITS- VIH. Se recomienda que los programas que promueven comportamientos sexualmente responsables y los que se centran específicamente en la prevención del VIH, incluyan consejería enfocada que incluyan la entrega de métodos de planificación familiar y la accesibilidad a la práctica del test de diagnóstico del VIH, ya que se considera que esta estrategia combinada.

6. Conclusiones y Recomendaciones

Proceso político: La respuesta Nacional al VIH en los últimos tres años ha experimentado un avance en políticas públicas que representan el despegue en algunas áreas rezagadas y se estima que en general el logro de los objetivos de la Declaración Política va por un buen camino, sin embargo, aún no se logra el compromiso al más alto nivel político. Se requiere impulsar y retomar el compromiso gubernamental y coherencia entre el apoyo técnico y político. Es fundamental para ello, fortalecer la articulación de estrategias orientadas a la incidencia política del CONASIDA y de las organizaciones de Sociedad Civil.

Prevención: Un país como Costa Rica, con epidemia concentrada, debe invertir importantes recursos en la prevención en poblaciones clave, por lo que es urgente realizar una revisión sobre la inversión que se hace actualmente y redireccionar esfuerzos hacia donde corresponde. Las acciones de prevención en Costa Rica deben priorizar a las poblaciones HSH y Trans, y esto debe hacerse de la manera más pronta posible.

Estigma y Discriminación: Las políticas institucionales de no discriminación por orientación sexual y el apoyo irrestricto de la Defensoría de los Habitantes se consideran un hito en el respeto por las diversidades y los Derechos Humanos, sin embargo, aún persisten opiniones homofóbicas de funcionarios públicos en el Órgano Legislativo del Estado, que han recrudecido la homofobia y el estigma contra las PEMAR en la opinión pública. Es fundamental por tanto, asignar recursos dirigidos a la reducción del estigma y la discriminación, y continuar apoyando los esfuerzos y articulaciones entre sociedad civil e instituciones estatales.

Capacidad Técnica: Los objetivos de la declaración Política han recibido en general un impulso técnico y en los últimos tres años se ha logrado avance en el mejoramiento de las capacidades de la sociedad civil en temas como abogacía, experiencia en nuevas metodologías en prevención e intervención con PEMAR. En general la respuesta al VIH tiene un buen desempeño técnico, sin embargo algunas áreas del trabajo de la sociedad civil aun requieren mayor capacidad técnica, formación y entrenamiento y los servicios de salud requieren capacitación en derechos humanos, promoción de la prueba, consejería y gestión de la información, por lo que se debe fortalecer los servicios de salud en éstas áreas a través de una mayor articulación y trabajo conjunto con Sociedad Civil.

Recursos financieros: En todos los objetivos de la Declaración Política, Costa Rica enfrenta la dificultad de la sostenibilidad económica para dar impulso a las acciones que se vienen desarrollando. La crisis económica de la principal institución prestadora de servicios de salud y la falta de recursos que enfrenta la sociedad civil para realizar sus acciones ponen en riesgo la respuesta al VIH.

Vulnerabilidades: La situación particular de vulnerabilidad de las mujeres con VIH, las Trans femeninas y los migrantes en situación irregular son temas no resueltos en el país, se requerirá un esfuerzo adicional para resolver las cuestiones de derechos humanos, acceso a la salud y apoyo social para atender las vulnerabilidades de estas poblaciones y reducir la epidemia.

Monitoreo y Evaluación: las dificultades para monitorear y evaluar las acciones y programas, y con ello su costo-efectividad, han sido múltiples en el país. Los recursos para realizar estudios e investigaciones son limitados. Persisten las dificultades en el flujo de la información tanto a lo interno de las instituciones como a nivel nacional. Es imperativa la decisión política para que los sistemas de información sean operativos y se articulen, contemplando para ello las recomendaciones de ONUSIDA para un sistema funcional de MyE.

7. Anexos

ANEXO 1:

LISTA DE PERSONAS PARTICIPANTES DEL PROCESO

EQUIPO COORDINADOR

PARTICIPANTE	INSTITUCIÓN
Alejandra Acuña Navarro	Jefe Unidad de Planificación Estratégica de la Producción Social de la Salud. Ministerio de Salud Coordinadora de CONASIDA
Teresita Solano	Dirección de Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Salud
Juan Carlos Valverde	Dirección de Garantías de Acceso. Ministerio de Salud
Gloria Terwes Posada	Representante. CCSS
Ivonne Zelaya	ONUSIDA – Costa Rica

PARTICIPANTES DEL TALLER DE CONSULTA

SECTOR	NOMBRE INSTITUCIÓN /ORGANIZACIÓN
<u>Sociedad civil</u>	Asociación MANU
	Humanitas
	Hogar de la Esperanza
	Asociación Demográfica Costarricense
	Transvida
	REDCA+
	Esperanza Viva
	BITRANSG
	ICW-CR
	ASOVIHSIDA
	J+LAC
	CIPAC-DH

	Fundación Michael Vásquez
	Asociación Servicio Solidario Unidos en la Esperanza
	Asociación La Sala
	CONODIS
<u>Instituciones del Estado</u>	INAMU
	Ministerio de Salud: DPEEAS, DEASS
	Defensoría de los Habitantes
	Ministerio de Justicia
	Caja Costarricense de Seguro social
<u>Organismos de las Naciones Unidas</u>	ONUSIDA
	PSI-PASMO
	UNESCO
	UNICEF

EXPERTOS/AS CONSULTADOS/AS

NOMBRE	INSTITUCIÓN
Dra. Seidy Mata	Caja Costarricense del Seguro Social
Dra. Patricia Allen	Dirección de Garantías de Acceso. Ministerio de Salud
Elizabeth Taylor	Sección de Virología. Facultad de Microbiología. Universidad de Costa Rica
Matilde Vargas	Ministerio de Gobernación, Policía y Seguridad Pública
Gilda Pacheco	PNUD
Mariela Garrón	USAID PASCA
Emmanuel Gómez	IntraHealth International Inc. Proyecto Capacity Centroamérica

ANEXO 2:

GUÍA PARA EL TALLER DE CONSULTA NACIONAL PARA EL EXAMEN DE MITAD DE PERIODO			
HORA	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	MATERIALES
8:00 – 8:30	Registro de Participantes		Lista de Asistencia Carpetas con material de trabajo, Gafetes
8:30 – 8:45	Palabras de Bienvenida y Presentación de Objetivos	Presentación	Presentación ppt Video Beam
8:45 – 9:00	Presentación del Programa y Metodología	Presentación	Presentación ppt Video Beam
9:00- 9:30	Presentación de antecedentes y Declaración de Compromiso de 2011. Objetivos y Metas Globales	Presentación	Presentación ppt Video Beam
9:30 – 9:45			
9:45 – 12:30	Trabajo en Grupo para la Consulta Nacional. Análisis de las preguntas generadoras. Llenado de la matriz por cada grupo.	Trabajo en grupos. Discusión y análisis Llenado de matriz por cada grupo de acuerdo a los objetivos asignados	4 computadoras Preguntas generadoras Matriz para llenado.doc
12:30 – 1:30			
1:30 – 2:30	Continuación de Trabajo en Grupo. Intercambio de las matrices entre los grupos para la revisión, debate y aportes adicionales	Trabajo en grupos. Discusión y análisis Lectura y análisis de cada grupo, de las matrices trabajadas por los otros 3 grupos, y generación de observaciones adicionales	4 computadoras Matrices de cada grupo
2:30 – 3:40	Análisis en plenaria por objetivo.	Revisión de cada objetivo y plenaria de discusión	Video Beam
3:40-3:50	Acuerdos		
3:50-4:00	Cierre		
	* Se invita a los y las participantes a llevar el refrigerio a su espacio, mientras se realiza la plenaria, a partir de las 2:30pm		

ANEXO 3:

RECUESTO DE CAMBIOS EN POLÍTICAS, NORMATIVAS, PROTOCOLOS

Políticas Nacionales y Específicas

1. Plan de MyE VIH 2007-2010. Jul.2008
2. Plan Estratégico Nacional VIH 2011-2015. Dic.2010
3. Plan de MyE 2011-2015. Dic.2010
4. Política Nacional de VIH y sida. MSP. Dic.2007
5. Política Nacional de Sexualidad 2010-2021. MSP. Dic.2011
6. Programa para la Afectividad y la Sexualidad en secundaria. MEP. Jun. 2012
7. Lineamiento servicios CCSS libres de estigma y discriminación por orientación sexual o identidad de género. Ene.2012
8. UCR: ACUERDO N°5554-11 Declaratoria de espacio libre de discriminación por orientación sexual o identidad de género. Jun.2011
9. UTN: ACUERDO N°157-2012 Declaratoria de espacio libre de discriminación por orientación sexual o identidad de género en el marco del Día Nacional Contra la Homofobia. Jun.2012
10. Decreto 37071-S Día nacional contra la homofobia, lesbofobia y transfobia. Presidencia. Abr.2012
11. Acuerdo Día contra la homofobia, lesbofobia y transfobia en sistema educativo. MEP. Abr.2013
12. Decreto 160 sobre obligatoriedad de notificación oportuna de datos VIH al MSP. MSP.Oct.2012
13. Decreto Plan de Igualdad y Equidad de Género PIEG N° 34729-PLAN-S-MEP-MTSS de 17 setiembre 2008
14. **INAMU: Convención colectiva** de trabajo entre las personas trabajadoras del INAMU y el INAMU. Artículo 36 "...J) Respeto a la identidad y orientación sexual".
15. **CCSS:Visita Intrahospitalaria 56389-5-A-08 Gerencia Médica.** Que dentro de las normas que regulan la visitas a los pacientes de los Centros de Salud, no deben de introducirse normas que discriminen de forma alguna, ni política ni religiosa, ni por orientación sexual, ni por color, sexo o clase económica a ningún visitante.
16. **IAFA: Política de** Buenas Prácticas para la no discriminación por orientación sexual e identidad de género. 2012
17. **Poder Judicial: Corte Plena Sesión N° 31-11** aprueba "Política Respetuosa de la Diversidad Sexual"
18. **ITEC: SCI-368-2012** Declaratoria en el Instituto Tecnológico de Costa Rica como espacio libre de discriminación por la orientación sexual e identidad de género.
19. **UNA: ACUERDO No. 3176** Declaratoria de la UNA como espacio libre de todo tipo de discriminación sexual, de géneros, de pertenencia de etnias y clases sociales.
20. **UNED: ACUERDO No. 2250-2013:** Declaratoria de la Universidad Estatal a Distancia como Institución Libre de Discriminación y Respetuosa de las diferencias.
21. **Reglamento del Registro civil para foto**

Mecanismos y Planes Operativos, de Implementación nacionales o específicos

22. Plan Operativo Intersectorial del PEN 2011-2012. Mar.2011

23. Plan de Acción 2011-2012. Equipo Técnico Nacional de MyE CONASIDA. Dic.2011
24. Lista de países elegibles reincorpora a CR. FM. Dic.2012
25. Plan de implementación de Lineamientos para la atención 7/24 a víctimas de violencia sexual en oficinas médico legales. Poder Judicial. Ene.2013
26. Plan de implementación de Programa para la Afectividad y la Sexualidad en Secundaria. Feb.2013
27. Acuerdo sociedad civil I y cooperación para impulsar políticas de VIH en lugares de trabajo. CIPAC-PASCA. Jun.2010
28. Acuerdo empresa privada y cooperación para desarrollo políticas de VIH en lugares de trabajo. AED-PASCA. Mar.2012

Guías, Lineamientos, Protocolos de Atención

29. MEP: Manual de Buenas Prácticas para la no discriminación de Personas Menores de Edad inmersas en el sistema educativo. 2008
30. Protocolo Interinstitucional de Atención a Víctimas de Violencia Sexual. 72 Horas. PJ-CCSS, otros. Dic.2011
31. Lineamientos para la atención 7/24 a víctimas de violencia sexual en oficinas médico legales. PJ. 2012
32. Guía para la prevención y atención del VIH en personas privadas de libertad. MJP. Nov.2012
33. Directriz para la prevención del VIH en el mundo del trabajo. CSO. Ene.2010
34. **MTSS: Directriz N° 025-2012.** Para la prevención y el abordaje de la discriminación por orientación sexual e identidad de género.
35. **CNPJ:** Manual de sensibilización para la no discriminación sobre Orientación Sexual e identidad de género. 2011
36. **INAMU:** Guía de sensibilización para la no discriminación por orientación sexual e identidad de género. 2010

Políticas y Planes organizacionales

37. Comité de Incidencia Política y Contraloría Social en VIH de la Red de ONGs. Sociedad civil. Sept.2009
38. Plan Estratégico Red de ONGs. Mar.2011
39. Plan Estratégico ONG Transvida. Ago.2012

Políticas de VIH en empresas privadas

40. AED institucionaliza línea de trabajo el VIH. Sept.2012
41. Doce (12) empresas adoptan políticas de VIH. Sept.2010
42. Cinco (5) empresas adoptan políticas de VIH. Sept.2011
43. Cinco (5) empresas adoptan políticas de VIH. Sept.2012
44. Tres (3) empresas adoptan políticas de VIH. May.2013