Ministerio de Salud
Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA
Organización Panamericana de la Salud
oficina regional de la Organización Mundial de la Salud
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

La situación del VIH/SIDA en Costa Rica

Grupo de trabajo
Dr. Horacio Alejandro Chamizo Garcia, Consultor independiente
Dra. Jessica Salas, Ministerio de Salud
Dra. Miryan Cruz, Consultora OPS/OMS

Revisores
Dra. Teresita Solano, Ministerio de Salud
Marianne Arends, Consultora OIT/ONUSIDA
MBA. Daria Suárez, CIPACDH
Sr. Francisco Madrigal, CIPACDH
Dra. Carol Vlasoff, OPS/OMS/Washington
Dr. Rafael Mazin, Consultor OPS/OMS/ Washington

Colaboradores
Dra. Gloria Terwes, Programa Nacional SIDA, CCSS
Dr. Solum Chavarría, Programa Nacional SIDA, CCSS

Edición
Xinia Bustamante C., OPS/OMS

Fotografía
Archivo OPS/OMS

WC503
S623s La situación del VIH/SIDA en Costa Rica / Organización Panamericana de la Salud
Salud… [et al.] . -- San José, C.R. : OPS, 2004.
48p. ; 28 cm. – (Serie Análisis de Situación de Salud ; no. 11)

ISBN 92 75 32495 6

1. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA – EPIDEMIOLOGIA.
2. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA – PREVENCION Y CONTROL
3. INFECCIONES POR VIH – EPIDEMIOLOGIA.
4. COSTA RICA. I. Costa Rica. Ministerio de Salud. II. ONUSIDA. III. Costa Rica. Consejo Nacional de Atención Integral del VIH SIDA. IV. Título. V. Serie.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación y otros, sin permiso escrito de los editores.

San José, Costa Rica, Enero 2004.

Este documento puede solicitarlo en el Ministerio de Salud, Despacho Ministerial

Puede ser consultado en: www.netsalud.sa.cr y www.cor.ops-oms.org

Índice

1. Situación epidemiológica del SIDA en Costa Rica 6

1.1 Tendencias de la morbilidad por SIDA en Costa Rica 6

1.2 Tendencias de la mortalidad por SIDA en Costa Rica 16

2. La respuesta social de Costa Rica al VIH/SIDA 21

2.1 Organización de la sociedad y gestión de las políticas sobre VIH/SIDA 23

2.2 Gastos y financiamiento de la respuesta social al VIH/SIDA 29

2.3 La gestión del conocimiento sobre VIH/SIDA 36

2.4 Atención integral, prevención del VIH/SIDA y promoción de la salud sexual y reproductiva 39

3. Conclusiones 42

Presentación

La epidemia del VIH se expande rápidamente incrementando su presencia en cada una de las regiones geográficas del mundo, sin que se tenga una idea clara y precisa aún de cómo actúan sus determinantes económicos, sociales y culturales. El SIDA sigue generando sufrimiento en numerosas familias, impactando las economías y presionando los servicios de salud de los países. EL Informe sobre la Salud en el Mundo 2003 señala al VIH/SIDA como "una seria emergencia sanitaria mundial".

Esta realidad ha puesto de relieve el papel de las intervenciones preventivas de la enfermedad y ha dejado establecido "puentes" que las conectan con las necesidades de promoción de conocimientos y prácticas sexuales y reproductivas saludables. A pesar del corto tiempo transcurrido ha sido una epidemia para comprender la dimensión social de los problemas de salud. Por ejemplo, se ha puesto en evidencia la relevancia del compromiso de las personas y grupos organizados, pero sobre todo del estado a través del desarrollo de políticas de salud participativas y al mismo tiempo respetuosas de los derechos y diversidad de criterios.

La Situación del VIH/SIDA en Costa Rica propone hacer un recorrido rápido por las diferentes dimensiones que describen la epidemia en el país. La publicación se estructura en dos partes: la situación epidemiológica del VIH/SIDA y la respuesta social de Costa Rica al VIH/SIDA.

La discusión sobre la situación de la epidemiológica se apoya sobre todo en la estadística que ofrecen el Ministerio de Salud (MS) y otras fuentes, desde que se registraron los primeros casos de SIDA en el país hasta la actualidad. Describe los datos de morbilidad y mortalidad desde el punto de vista de la edad, el sexo, la vía de transmisión, el lugar de residencia y la dimensión temporal. Se formulan algunas hipótesis explicativas del comportamiento de la enfermedad a partir de los resultados obtenidos en algunas investigaciones e informes.

La respuesta social del país ante la epidemia se caracteriza a partir de una revisión de algunas de sus dimensiones fundamentales: la organización social y gestión de las políticas de salud, los gastos y financiamiento de la respuesta social, la vigilancia e investigación y la atención integral del VIH/SIDA.

Esta publicación es parte de la Serie de Análisis de Situación de Salud, que elaboran conjuntamente el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

1. Situación epidemiológica del SIDA en Costa Rica

El presente análisis plantea algunos elementos que aportan al proceso de la discusión sobre la situación del VIH/SIDA en Costa Rica, básicamente aspectos que permitan describir la tendencia de la epidemia en el país, en el periodo comprendido desde la aparición de los primeros casos notificados en el año 1983 hasta el año 2002.

La descripción de esta tendencia de la epidemia se realiza en base a un análisis descriptivo de las categorías epidemiológicas básicas (persona, tiempo y lugar), basado en información proveniente de la Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud.

La situación de la información disponible sobre este problema en el país revela que existen "vacíos" del conocimiento que se necesitan llenar para mejorar los análisis en las aproximaciones futuras que sobre esta misma problemática se desarrollen en el país.

Estas circunstancias obligan a aceptar con mucha cautela los hallazgos encontrados, pero sobre todo, tomar los resultados como hipótesis de trabajo de lo que está ocurriendo con la epidemia de SIDA en el país.

1.1. Tendencias de la morbilidad por SIDA en Costa Rica

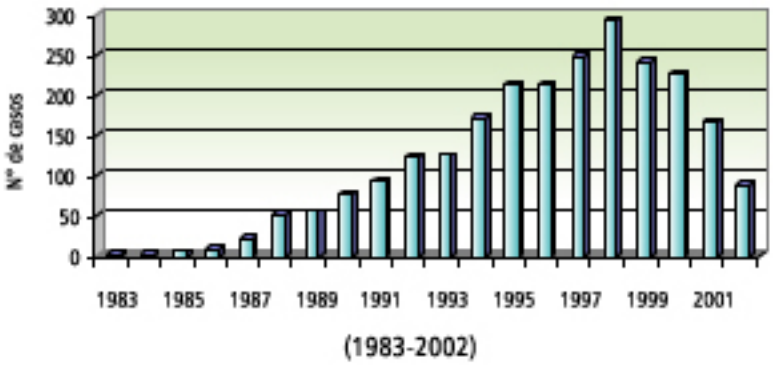
En este epígrafe se discuten las tendencias y situación actual de la epidemia a partir de los casos nuevos de SIDA registrados por año, sexo, edades, lugar de residencia y vías de transmisión. No se ha podido contar con información sobre VIH ya que este es un evento de declaración obligatoria muy reciente en el país.

A continuación se muestra la tendencia de la incidencia anual (número de casos nuevos anuales) de SIDA para el periodo 1983-2002.

La tendencia es ascendente desde 1983 hasta 1998, de 1998 en adelante la tendencia es descendente con la consecuente disminución en el número de casos nuevos de SIDA registrados en el país. Esto significa una disminución en el registro de los casos, pero no nos da una idea exacta de lo que realmente sucede con la transmisión del VIH.

Gráfico 1

Número de casos nuevos de SIDA por año

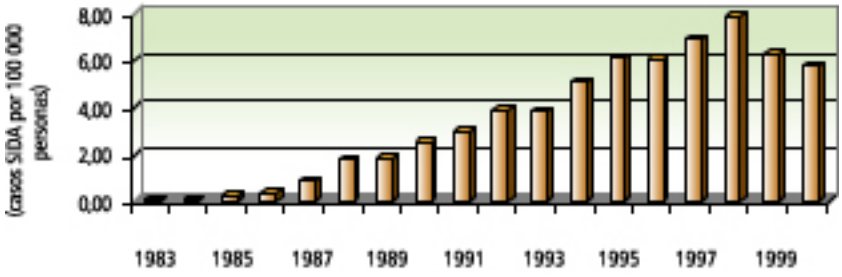


Fuente: Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud

Al analizar la tasa de incidencia (Ti) por años, la tendencia al incremento del SIDA no describe una pendiente tan fuerte como cuando se analizan las cifras absolutas de casos. Es decir, la tendencia es la misma pero de una magnitud menor. La Ti es una proporción que utiliza como denominadores la población proyectada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

Gráfico 2

Tendencia de la tasa de incidencia anual



Fuente: Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud. Proyecciones de población Instituto Nacional de Estadística y Censos.

La tendencia de la infección por VIH y SIDA se muestra en el siguiente gráfico, ambas curvas se comportan ascendentemente, a pesar de que se estima un gran subregistro en la cantidad de personas infectadas (superior a las 13.000) que no se están registrando. [1]

La curva de color azul muestra un crecimiento ascendente de los casos de infección por VIH con base a casos notificados, no obstante que hasta el presente año no constituía un evento de notificación obligatoria. Al comparar con la curva de color rojo representativa de los casos de SIDA, se aprecia una separación clara a partir de 1998, después de esta fecha la curva de la infección por VIH mantiene su pendiente ascendente, pero la de casos SIDA adopta tendencia claramente descendente.

Gráfico 3

Tendencia anual del VIH - SIDA en Costa Rica
1983-20010

Fuente: Análisis Sectorial de Salud Costa Rica. 2002

El comportamiento por edades de la incidencia de la enfermedad, cuando se consideran todos los casos de SIDA presentados entre 1983 y el 2000, muestra variaciones importantes entre grupos de edades. La comparación se hace a través de la Ti, es decir, la probabilidad de desarrollar la enfermedad que tiene cada grupo durante el período de años mencionado.

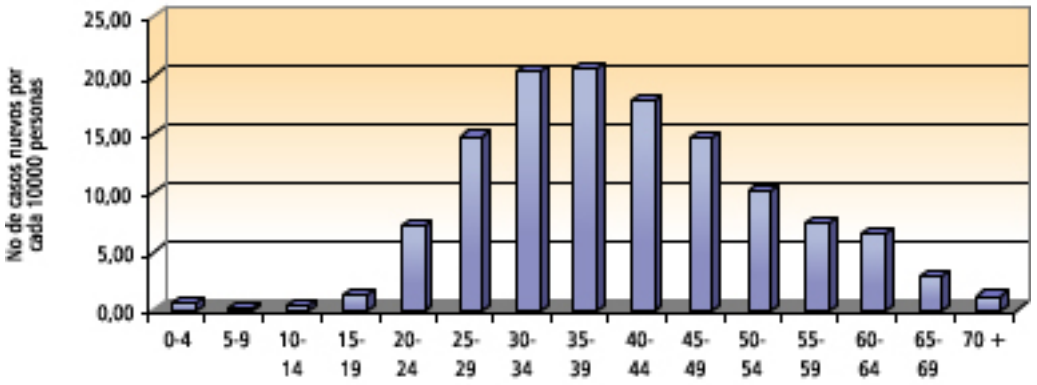
La probabilidad de desarrollar la enfermedad cambia según grupos de edades. En primer lugar, los niños de 0 a 9 años es el grupo de menor riesgo, en este caso la incidencia de SIDA depende de la transmisión madre-hijo. A partir del grupo de edad 15-19 años, se incrementa exponencialmente el riesgo de adquirir la enfermedad hasta el grupo 35-39 que junto al grupo 30-34, son los de mayor riesgo de toda la población del país. A medida que se superan los 39 años de edad el riesgo tiende a decaer sostenidamente hasta el grupo de 70 años y mayores a esta edad.

1 Unidad de Control del SIDA, Caja Costarricense de Seguro Social.CCSS. Diagnóstico Situacional.2002

Es necesario señalar que aunque el grupo de población con edades entre 30 y 39 años es el de mayor riesgo de desarrollar las manifestaciones clínicas de SIDA, no necesariamente es el grupo donde más activamente se transmite el VIH. Esto es así por el período de incubación de la enfermedad que es de varios años. Si se habla de transmisión de VIH, el riesgo es más alto a partir de los 20 años hasta los 49 años, de acuerdo con lo que reflejan los datos estadísticos que se presentan.

Gráfico 4

Tasa de incidencia específica por grupos de edades (1983-2002)



Fuente: Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud

En el siguiente gráfico se muestran las variaciones del riesgo relativo a través de los grupos de edades quinquenales. Si consideramos que el grupo infantil de 0 a 4 años tiene el valor de riesgo igual a 1, el riesgo relativo a ese grupo de edad se incrementa hasta el grupo de 35 a 39 años y después de esa edad tiende a disminuir. Esto significa por ejemplo, que ese segmento de población (las personas entre 35 y 39 años de edad) tiene 28,72 veces más probabilidad de contraer la enfermedad que los niños de 0 a 4 años. A partir de la franja de edad de 20 a 24 años el riesgo relativo se incrementa notablemente ya que a esta edad se activa con mayor fuerza la transmisión sexual del VIH.

Gráfico 5

Riesgo relativo por grupos de edad quinquenales

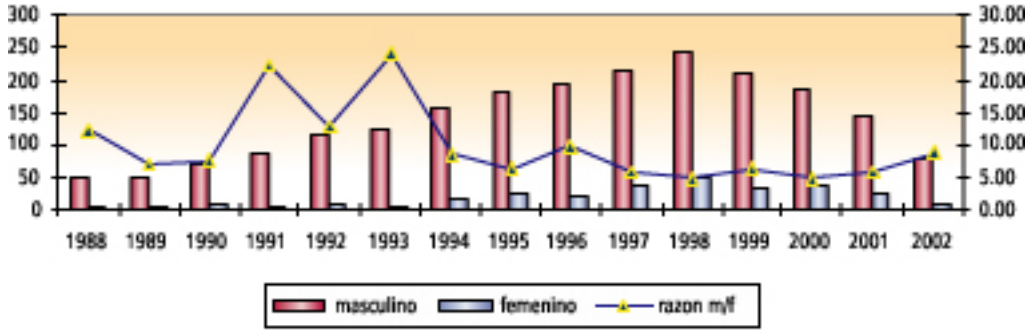
Fuente: Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud

El comportamiento de la incidencia de SIDA para el período 1988-2002 según sexo, se describe a continuación. A partir de los datos del gráfico se aprecian dos comportamientos en la relación hombre-mujer. El primero se produce entre 1988 y 1993 en la que la incidencia de casos nuevos de SIDA depende fundamentalmente de la población de sexo masculino. Cuando se compara con los casos de sexo femenino, el riesgo relativo supera el valor de 10 llegando en 1993 a más 20. Esto significa que, en 1993 el riesgo que tenía de contraer la enfermedad una persona del sexo masculino era 20 veces superior al de una persona del sexo femenino. Esto se debe a la predominancia de la vía de transmisión sexual en personas homosexuales en los primeros años de la epidemia en Costa Rica.

El segundo comportamiento se aprecia a partir de 1994 cuando el riesgo relativo del grupo de personas del sexo masculino comienza a disminuir respecto a la población del sexo femenino. Esta tendencia se mantiene hasta la fecha más o menos estable por debajo de 10. A pesar de que el grupo de personas del sexo masculino tiene un riesgo relativo mucho más alto aun, este se redujo a la mitad (en términos relativos) de lo que era antes de 1993. Se puede explicar por los cambios producidos en las categorías de exposición de la enfermedad, con una presencia importante de la vía de transmisión sexual en personas heterosexuales.

Gráfico 6

Tendencia de la incidencia de SIDA y razón por sexos

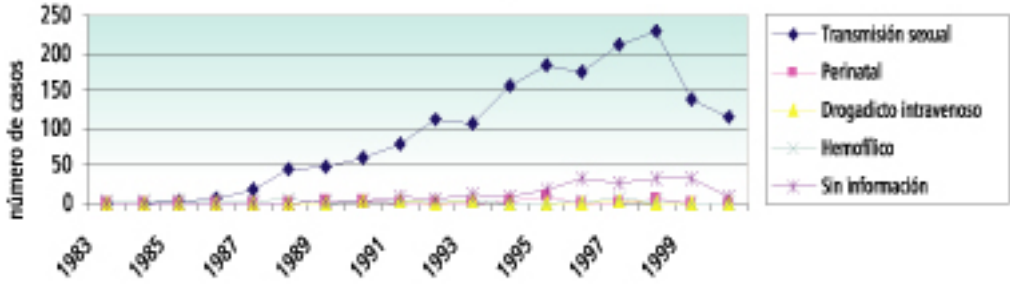


Fuente: Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud

Las categorías de exposición por transfusión sanguínea, perinatal así como en el caso de personas hemofílicas y drogadictos intravenosos, se ha mantenido constante por su tendencia en la serie de años analizados. Estas categorías de exposición han aportado siempre el menor número de casos a las estadísticas de SIDA. No quiere decir que el riesgo que tienen estas personas de infectarse y enfermar sea más bajo, sus probabilidades siguen siendo de las más altas, lo que pasa es que se trata de poblaciones muy reducidas en comparación con la población general. Las tendencias de la enfermedad según categorías de exposición se muestran en los siguientes gráficos.

Gráfico 7

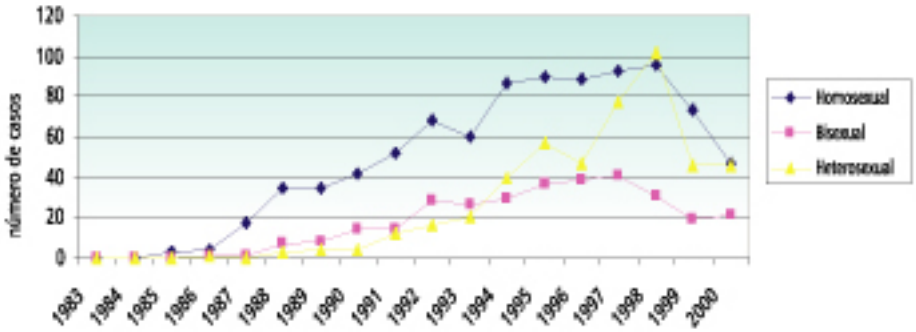
Tendencia de la incidencia del SIDA según vías de transmisión



Fuente: Unidad de Control del SIDA, Caja Costarricense de Seguro Social.

Gráfico 8

Tendencia de la incidencia del SIDA según categoría de exposición



Fuente: Unidad de Control del SIDA, Caja Costarricense de Seguro Social.

Es evidente que las medidas que se han tomado por los servicios de salud tanto de control materno-infantil como en el manejo de hemoderivados, ha contenido estas vías de transmisión. Sin embargo, en la actualidad un porcentaje relativamente alto de mujeres embarazadas no están siendo controladas, fundamentalmente se trata de personas no aseguradas. Aun se sigue observando VIH/SIDA en niños (12 a 16 casos por año)[2] y cada año se reportan casos pediátricos de SIDA que se pueden evitar en gran medida con tratamiento, pero sobre todo con la ampliación de la cobertura de atención materno infantil.

Según el Diagnóstico Situacional de la Unidad de Control del SIDA de la CCSS, el 22% de las mujeres embarazadas no acceden al servicio de consulta prenatal,[3] lo que revela que existe un riesgo alto de que no se haga el diagnóstico del VIH y en caso de ser positivo, se pueda aplicar el tratamiento con el fin de prevenir el contagio del VIH/SIDA en el feto y en el recién nacido.

La tendencia del aporte de casos de SIDA que producen los grupos de homosexuales, bisexuales y heterosexuales ha tendido a incrementarse hasta 1998 y posteriormente desciende siguiendo el comportamiento general de la enfermedad en el país. Pero han sido grupos muy significativos por la cantidad absoluta de casos de SIDA que aportan cada año y también por el riesgo que tienen estas personas de infectarse de VIH. La prevalencia de VIH en homosexuales se estima cercana al 6% (seis de cada 100).[4]

2 Unidad de Control del SIDA, Caja Costarricense de Seguro Social.CCSS. Diagnóstico Situacional.2002

3 Unidad de Control del SIDA, Caja Costarricense de Seguro Social.CCSS. Diagnóstico Situacional.2002

4 Unidad de Control del SIDA, Caja Costarricense de Seguro Social.CCSS. Diagnóstico Situacional.2002

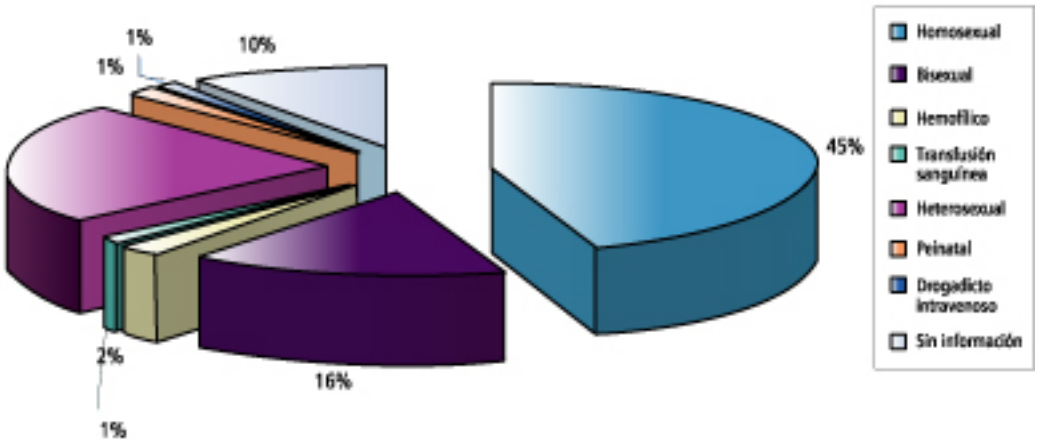
Es necesario destacar que el grupo de personas heterosexuales ha contribuido a aumentar el número de casos y es que se trata del grupo de población de mayor volumen respecto a los otros grupos mencionados. En 1998 el número de casos de SIDA que contrajeron la infección por la vía sexual en personas heterosexuales fue superior al número de casos que aportaron cada uno del resto de los grupos.

Las variaciones en la importancia o el peso de cada categoría de exposición respecto al total de casos, se muestra en el gráfico 9. La transmisión sexual en homosexuales siempre ha sido la más importante; así mismo se observa un aumento en el aporte de casos en el grupo de los heterosexuales, llegando actualmente ha tener el segundo lugar en peso en relación al primer grupo (homosexuales). El grupo de personas bisexuales, aunque ha perdido peso sigue siendo el tercero en importancia. Se estima que la prevalencia en el grupo de bisexuales es el 8% de esa población, de acuerdo con los reportes de la Unidad de Control del SIDA de la CCSS[5], a partir de estudios de prevalencia en población autoseleccionada (que acude voluntariamente al diagnóstico).

No se debe despreciar la cantidad de casos cuya vía de transmisión no se registra, ya que han aumentado y ganado en importancia relativa actualmente. Esto revela que se debe avanzar aun más en la investigación y la notificación de casos para mejorar el análisis y la toma de decisiones trascendentes para el control de la enfermedad.

Gráfico 9

Porcentaje de casos acumulados según vía de infección de 1983-2000



Fuente: Unidad de Control del SIDA, Caja Costarricense de Seguro Social.

5 Unidad de Control del SIDA, Caja Costarricense de Seguro Social.CCSS. Diagnóstico Situacional.2002

En el mapa 1, se muestra la Ti calculada a partir de los casos nuevos acumulados en tres años de 1999 al 2000, según unidades geográficas (cantones). Desde el punto de vista espacial se aprecian patrones claros en la distribución de la enfermedad que podrían utilizarse para plantear algunas hipótesis de investigación epidemiológica más precisa.

La dispersión espacial de los casos de SIDA en el país muestra al menos cuatro tipos de áreas o grandes grupos de cantones. El primero de ellos tiene las probabilidades inferiores de producir casos nuevos de SIDA, tienen el más bajo riesgo. Se ha representado cartográficamente por el tono más claro. Este grupo lo integran la gran mayoría de los cantones del país, se trata sobre todo de zonas rurales y podría decirse que son territorios donde se reportan menos casos de SIDA.

Otro conglomerado o zona de muy alta incidencia, aparece en el área metropolitana, que podría ser perfectamente una área receptora de casos de la zona rural. El área metropolitana también es una de las zonas de inmigración de mayor actividad en todo el país. Las zonas de alta movilidad son de interés epidemiológico desde el punto de vista de las enfermedades transmisibles y especialmente de las infecciones de transmisión sexual, ya que se producen situaciones de riesgo por la mayor frecuencia de las interacciones entre personas de diversos contextos sociales y ambientales.

Un tercer grupo de cantones con probabilidades muy altas de desarrollar SIDA se localiza hacia la periferia del país, precisamente en puntos fronterizos: son los casos de fronteras muy activas como La Cruz-Peñas Blancas, San Carlos y Sarapiquí, en la frontera norte con la República de Nicaragua y los cantones de Corredores y Golfito, en la frontera sur con la República de Panamá. Otras fronteras marítimas que muestran relevancia son Puntarenas y Limón, que se integran también a este grupo.

Los cantones fronterizos se han caracterizado por presentar prevalencias más altas de determinantes del riesgo de VIH/SIDA y también de las infecciones de transmisión sexual. Por ejemplo: en el caso de la frontera norte Costa Rica-Nicaragua, existen evidencias que indican una asociación entre la movilidad poblacional no autorizada e interfronteriza con el trabajo sexual comercial, la pobreza, la explotación laboral, así como la discriminación e intolerancia local hacia estos grupos, los estigmas y creencias sobre el VIH/SIDA, la desatención de la población móvil por parte del Estado. En estos territorios existen además, pocas capacidades de recursos de todo tipo para leer estas situaciones, para hacerlas visibles e intervenirlas en el sentido positivo.[6]

El caso interfronterizo Costa Rica-Nicaragua no es aislado en Centroamérica. Ya se ha revelado que la transmisión del SIDA no es solo un problema de grupos de riesgo que se está extendiendo a la población general, es un problema de interacciones humanas que revelan condiciones

6 Programa de Investigación en Políticas de Salud, Escuela de Salud Pública, UCR. Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos: Estación de Paso: La Cruz-Peñas Blancas, Costa Rica. (Inédito). 2001

de vulnerabilidad y contextos muy peligrosos como son las zonas de alta movilidad poblacional y las zonas fronterizas[7]. No se puede desligar el comportamiento humano, ni el comportamiento sexual como parte de este, del contexto donde se produce ya que existen interdependencias. Debe existir una relación directa entre incidencia del VIH y la responsabilidad del Estado a través del manejo de estructuras de poder .

El cuarto grupo de cantones lo integran otros territorios contiguos a las zonas fronterizas mencionadas pero que tienen relaciones con estas de manera muy estrecha. Es el caso del cantón de Matina que es contiguo con Limón y los cantones costeros del Pacífico y del sur del país: Osa, Aguirre y Dota que se localizan siguiendo vías de comunicación importantes y sitios turísticos entre la zona fronteriza mencionada en el cluster anterior y el área metropolitana.

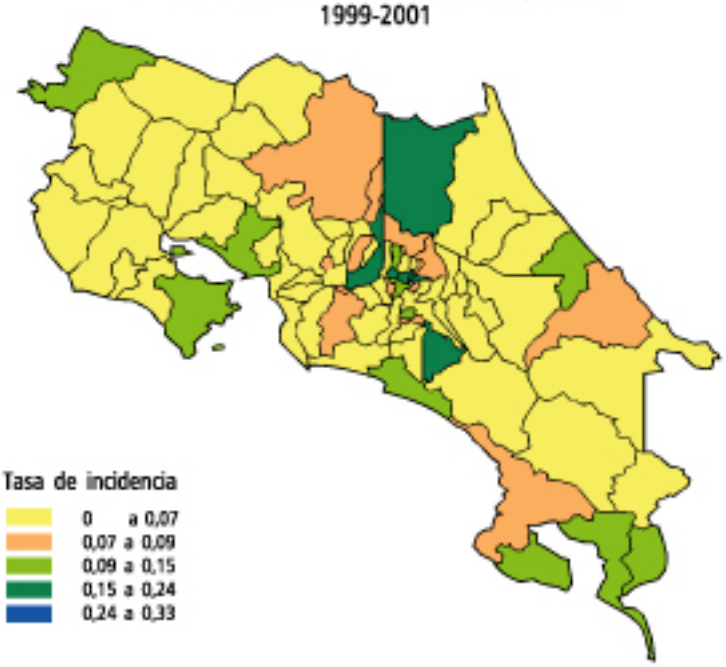
Respecto al otro conglomerado de alta incidencia de la zona sur: Corredores, Golfito, Osa, Aguirre y Dota, se trata de zonas que cumplen la doble función de comunicación a lo largo de la carretera Interamericana Sur y también la función de turismo de playa y ecológico. Es de suponer que el nivel de interacción entre personas locales y móviles es más alto. Estas responsabilidades socioeconómicas colocan a estos territorios como objetivo de investigaciones epidemiológicas más detalladas, para ajustar la gestión de las políticas de salud a su situación específica.

El mapa de SIDA del país está revelando situaciones de riesgo ligadas a los contextos socioeconómicos y específicamente de la movilidad poblacional. El hecho de que la movilidad poblacional emerja como un determinante muy importante del SIDA, no significa que se atribuya a este grupo de personas el estigma de ser "un grupo de riesgo", significa que esa condición de movilidad no tiene valor en la transmisión si no se integra al contexto donde esta se produce: se trata de responder ¿quién es un riesgo para quién?.

7 Bronfman M. et al. SIDA en México. Migración, Adolescencia y Género. Tipografías Editoriales. México. 1999.

Mapa 1

Tasa de incidencia de SIDA
Casos nuevos acumulados cada 1000 personas
1999-2001



Fuente: Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud

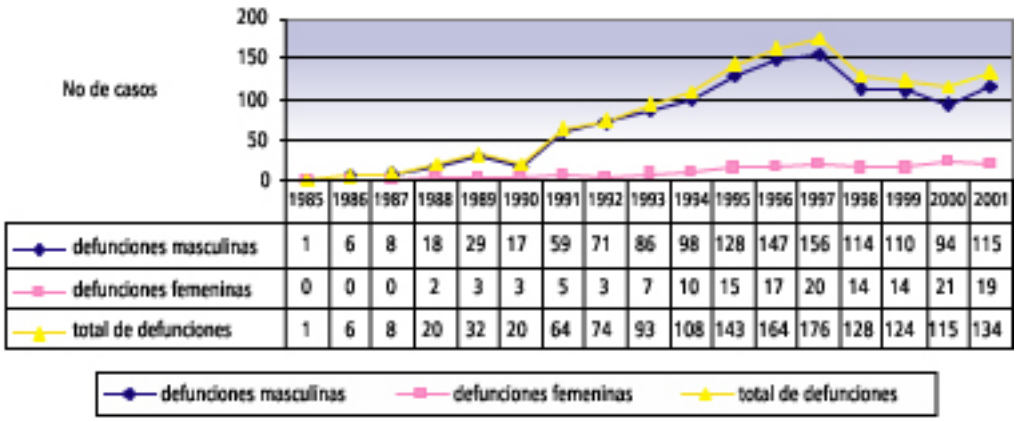
1.2 Tendencias de la mortalidad por SIDA en Costa Rica.

La tendencia de la mortalidad por sexos y según año para el período 1985-2001, se muestra en el siguiente gráfico. La mortalidad general de SIDA y específica por sexos muestra dos comportamientos similares a las que se han descrito para el caso de la morbilidad. La primera se produce entre 1985 y 1997 caracterizada por el aumento casi constante año a año, del número de defunciones. Esto se verifica lo mismo para personas del sexo masculino que para personas del sexo femenino, aunque las defunciones masculinas son muy superiores ya que, como se ha explicado, el grupo de VIH siempre ha estado integrado sobre todo por hombres en los primeros años de la enfermedad en el país.

Después de 1997, las defunciones totales y las del sexo masculino decaen posiblemente como consecuencia de los antirretrovirales (ARV) y el aumento gradual de su cobertura. Sin embargo, en el caso de las defunciones del sexo femenino, aunque son un número siempre menor, mantienen niveles constantes.

Gráfico 10

Tendencia de la mortalidad por SIDA según año y sexo



	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
defunciones masculinas	1	6	8	18	29	17	59	71	86	98	128	147	156	114	110	94	115
defunciones femeninas	0	0	0	2	3	3	5	3	7	10	15	17	20	14	14	21	19
total de defunciones	1	6	8	20	32	20	64	74	93	108	143	164	176	128	124	115	134

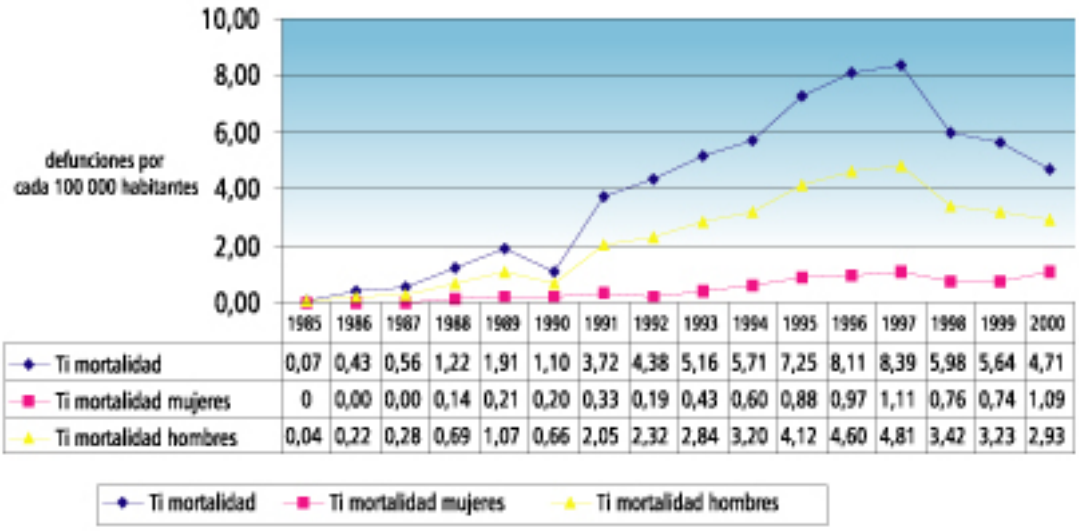
Fuente: Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud

Si analizamos estos datos en términos relativos al tamaño poblacional, a través de la Ti, observamos algunos cambios respecto al gráfico anterior.

Aunque las tendencias descritas se mantienen, se observa que las tres curvas son menos pronunciadas y esto quiere decir que los cambios de la mortalidad año a año, son menos abruptos que si tomamos en cuenta las datos absolutos de defunciones. En el caso del grupo femenino, al analizar la curva de la tasa de incidencia de mortalidad, se observa una tendencia ligera a aumentar la probabilidad de morir de las mujeres en comparación con el grupo masculino, cuya probabilidad de morir muestra una tendencia clara al descenso. A partir de esta descripción y del hecho que la cobertura de antirretrovirales es universal para todos las personas con VIH/SIDA que lo necesiten, cabría preguntarse ¿qué está sucediendo con el grupo de mujeres VIH? y ¿qué está sucediendo con la adherencia (no siguen o no acceden a tratamiento) de las mujeres a los antirretrovirales ?. Esto hace necesario la realización de estudios para conocer los factores por los que las mujeres con VIH tienen mayor probabilidad de morir.

Gráfico 11

Tendencia de la Tasa de incidencia de mortalidad según sexo y año



	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Ti mortalidad	0,07	0,43	0,56	1,22	1,91	1,10	3,72	4,38	5,16	5,71	7,25	8,11	8,39	5,98	5,64	4,71
Ti mortalidad mujeres	0	0,00	0,00	0,14	0,21	0,20	0,33	0,19	0,43	0,60	0,88	0,97	1,11	0,76	0,74	1,09
Ti mortalidad hombres	0,04	0,22	0,28	0,69	1,07	0,66	2,05	2,32	2,84	3,20	4,12	4,60	4,81	3,42	3,23	2,93

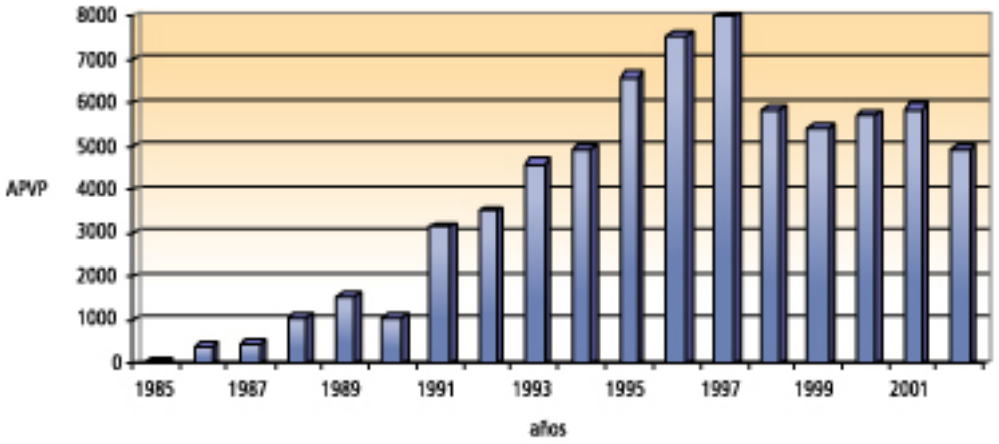
Fuente: Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud

El indicador años de vida potencial perdidos (AVVPP) muestra el impacto de la mortalidad por SIDA, como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros.

Analizando el comportamiento de la gráfica de los años de vida potencial perdidos (AVPP) debido al SIDA, se observa un comportamiento similar a la tendencia de la mortalidad.

Se muestra un incremento sostenido de los AVPP hasta 1998 y a partir de ese año el impacto del SIDA se hace menor, no solo porque disminuye la mortalidad, sino también porque aumenta la expectativa de vida (número de años por vivir) de las personas con SIDA. Esto significa que el riesgo de morir de las personas con SIDA tiende a incrementarse en los grupos de edades más avanzados, a pesar de que el riesgo de infectarse de VIH se mantenga más alto en los grupos de menor edad.

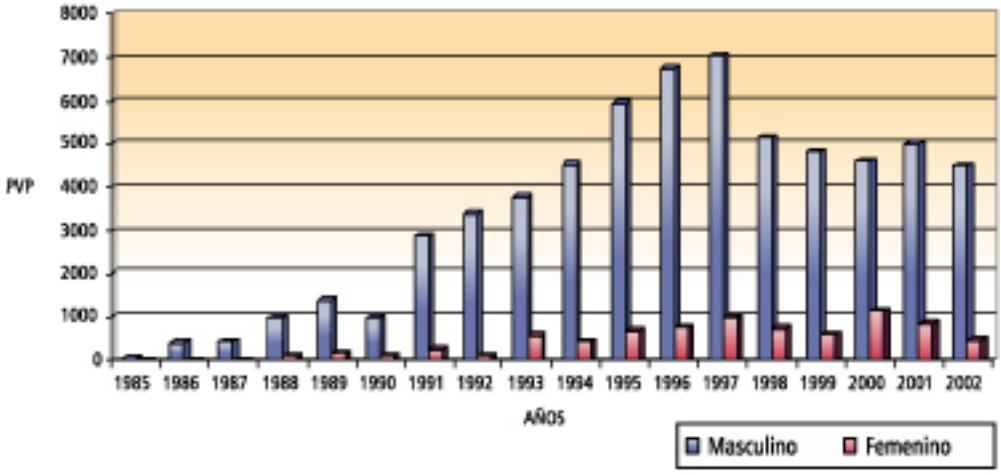
Gráfico 12
Años de vida potencial perdidos por SIDA
Costa Rica. 1985-2002



Fuente: Unidad de Información Estadística, Ministerio de Salud

El comportamiento de los AVPP por sexo, muestra que el mayor número de personas que fallecen en forma prematura a causa del SIDA son del sexo masculino. A partir del año 1993 se observa un aumento de los AVPP en el sexo femenino, gráfico 12.

Gráfico 13
Años de vida potencial perdidos por SIDA,
según sexo. Costa Rica. 1985-2002



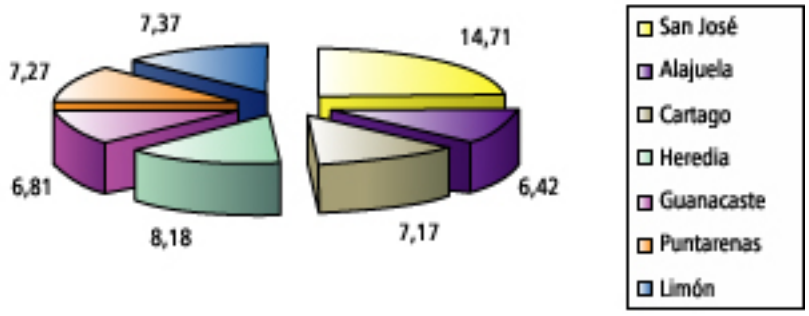
Fuente: Unidad de Información Estadística, Ministerio de Salud

La distribución de la mortalidad por provincia se muestra en el siguiente gráfico. El riesgo de morir de una persona con SIDA cuya provincia de residencia sea San José, es el doble o más del doble que el resto de las personas con sida. Posiblemente esta tendencia está traduciendo la necesidad de las personas que viven con SIDA de acceder con mayor facilidad a los cuidados mucho más especializados de los servicios de salud, que están en la ciudad capital. Esto podría hacer que en esta provincia tiendan a concentrarse las personas con SIDA más graves o en los momentos finales de su vida.

Habría que explorar también si hay variaciones en cuanto a la adherencia al tratamiento según provincias, ya que las situaciones de riesgo al abandono pueden ser muy diferentes.

Gráfico 14

Distribución de la mortalidad por SIDA por provincias en Costa Rica. 1999-2001
Tasa por 100.000 habitantes

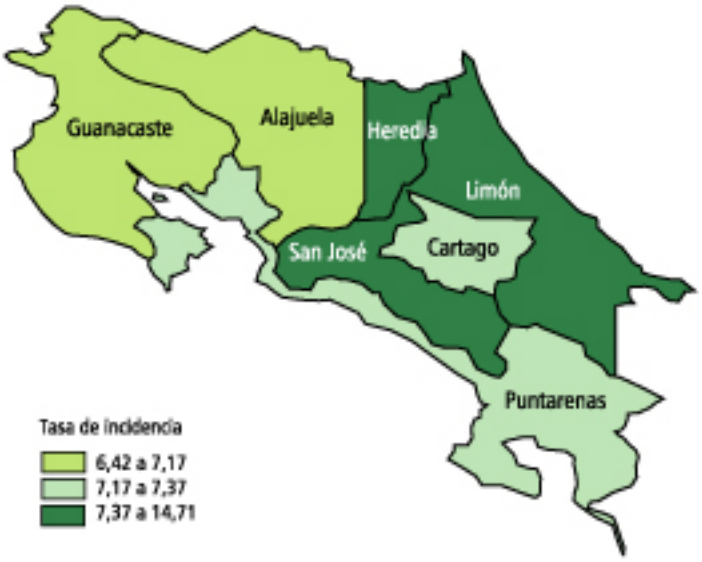


La tasa de mortalidad por provincias se muestra en el siguiente mapa. Las provincias de San José, Heredia y Limón, presentan la probabilidad de morir más alta por SIDA. En las provincias de Guanacaste y Alajuela, la probabilidad de morir por SIDA es la más baja.

Otras explicaciones del patrón espacial de la mortalidad se pueden plantear desde el punto de vista de la estigmatización de la enfermedad y también del cálculo estadístico de las tasas. Es muy probable, conociendo las condiciones de estigmatización de la enfermedad, mucho más fuerte hacia el interior del país, que las personas que viven con SIDA (PVS) tiendan a emigrar a la ciudad capital para acceder a tratamientos y atención integral. Por otra parte al integrar los datos del nivel cantonal en las provincias, las tasas de incidencia relativamente altas de algunos cantones de la frontera norte pueden quedar "disueltas" en el promedio provincial.

Mapa 2

Tasa de mortalidad por SIDA, 1999-2001
Defunciones por cien mil



2. La respuesta social de Costa Rica al VIH/SIDA

Costa Rica forma parte del contexto centroamericano caracterizado por una situación de desventaja socioeconómica, muy significativa en el marco espacial de las Américas y específicamente de América Latina. Se trata de una nación con una economía pequeña y abierta, extraordinariamente vulnerable a los cambios internacionales, pero con una vocación social histórica de asistencia a los más necesitados y una preocupación permanente por contener la brecha socioeconómica, esfuerzo que hace al país distinguirse en la región centroamericana.

Si bien los avances sociales del país en materia económica, de educación, de salud y seguridad social, permitieron que Costa Rica sobresaliera internacionalmente desde la perspectiva de las Naciones Unidas a través de su índice de desarrollo humano, pareciera que en los últimos años no se ha avanzado igual. Existe la percepción que el país no avanza suficientemente, así el sétimo Informe del Estado de la Nación señala[8]: "Costa Rica es una nación frenada, que si bien en el pasado tuvo éxito para encontrar fórmulas de desarrollo humano, actualmente no ha podido reconciliar sus fortalezas con sus oportunidades".

8 Programa de Investigación en Políticas de Salud, Escuela de Salud Pública, UCR. Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos: Estación de Paso: La Cruz-Peñas Blancas, Costa Rica. (Inédito). 2001

La situación de crisis económica internacional que prácticamente se ha hecho permanente en la medida que cada vez se integran entre sí las economías nacionales, no ha dejado de afectar al país. En consecuencia, las cuentas nacionales han tenido que sufrir reajustes importantes, lo que sin duda ha golpeado a los distintos sectores de la sociedad y la economía. Esto constituye una verdadera presión para la política social y la política de salud como parte de ella.

A pesar de que el país ha mostrado en las últimas décadas indicadores económicos y sociales relativamente superiores al resto de los países centroamericanos y muchos latinoamericanos, su problemática social actual se hace cada vez más interdependiente. Una razón de esto es la naturaleza de país eminentemente receptor de la migración internacional, pero sobre todo por su función como territorio de paso de personas que integran los distintos grupos de movilidad internacional. No se puede dejar de pensar entonces, en la internacionalización de los problemas de salud y el VIH/SIDA como una parte extraordinariamente significativa de esta situación.

La situación socioeconómica actual del país, unida a las influencias internacionales que a través de la financiación regulan en gran medida las políticas internas de las naciones, han propiciado situaciones de cambio que buscan una mayor eficiencia en el uso de los recursos. El sector salud en Costa Rica no es ajeno a esa tendencia y desarrolla una reforma en la que se intentan conservar principios históricos de gran significado social como el de la equidad, la universalidad de los servicios, la solidaridad que caracteriza el seguro social, su sostenibilidad y como un elemento central, la eficiencia.

En este contexto se localiza la respuesta social de Costa Rica al VIH/SIDA y surgen interrogantes: ¿Cómo está respondiendo la sociedad costarricense ante un problema de salud nuevo que se incrementa, para el que no existe actualmente una cura definitiva y que además se propaga activa y "silenciosamente"?.

Para responder a esta pregunta se debería partir en primer lugar de conocer cómo se organiza el país y cuál es su capacidad para gestionar la política sanitaria y específicamente la política atención al VIH/SIDA. Otro aspecto importante debe ser la revisión de las cuentas nacionales en VIH/SIDA, como expresión de la orientación que tiene el quehacer nacional en torno a este problema de salud y evidenciar así la importancia relativa que tienen los distintos frentes de acción y la procedencia del financiamiento de las acciones en salud.

Si se menciona el término eficiencia como base de los principios de equidad y sostenibilidad de las acciones en salud, no se pueden dejar de discutir los aspectos relacionados con la inteligencia que dispone la sociedad para llevar a cabo las políticas de atención del VIH/SIDA. Responder a la interrogante sobre la capacidad de gestión del conocimiento necesariamente nos remite a la vigilancia de la epidemia y su entorno, pero también a los procedimientos sobre el uso de esta información para la toma de decisiones y la evaluación de las intervenciones que se desarrollen. Se podría asegurar que este núcleo de información, que no se debe concentrar o centralizar, es como el "cerebro" con el que cuenta el país para desarrollar su lucha contra el VIH/SIDA y dotar a su respuesta de atributos como eficiencia, equidad y sostenibilidad.

A la sociedad le interesa saber qué se está haciendo en el país para prevenir el VIH y para atender a las personas que viven con sida y a sus familias. Entonces hace falta identificar que grupos de personas participan y cómo lo hacen, pero también qué grupos de personas no participan y por qué. Por que está claro que, si salud es un producto social y no es exclusivamente un atributo biológico, la respuesta social (lo que se hace o se deja de hacer) se convierte en un determinante más del VIH/SIDA.

A partir de estos elementos se ofrece un panorama de la sociedad organizada contra el VIH-/SIDA, pero no se alcanza a caracterizarla de manera absoluta. Hay que tener presente que una parte muy importante de la respuesta social se desarrolla en las casas, en los centros de trabajos, en el marco de otras formas de organización como la familia y caracteriza también el comportamiento de las personas que interaccionan día a día.

2.1 Organización de la sociedad y gestión de las políticas sobre VIH/SIDA

La caracterización de la estructura organizativa y la gestión de las políticas sobre VIH/SIDA se presentan a partir de la revisión de documentos que constituyen el marco normativo vigente en el país y otros documentos de apoyo.

En el mes de Mayo de 1998, es aprobada la Ley General del VIH/SIDA de Costa Rica, en un contexto internacional de gran conmoción por el impacto que desde todo punto de vista se ha producido en el mundo. Para ese momento en Centroamérica, ya se habían formado programas nacionales de control y se había avanzado en la normatización y el manejo integral de las personas que viven con sida.

Se trata de uno de los instrumentos fundamentales para la gestión de las políticas de salud por el marco de obligatoriedad y restricciones que define. Sin embargo, debido al avance tan vertiginoso desde el punto de vista conceptual, metodológico y de la propia problemática del VIH/SIDA, se necesita una revisión y debate constante de este marco legal.

La Ley General del VIH/SIDA de Costa Rica[9] tiene por objetivo establecer las pautas generales de la educación, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la vigilancia epidemiológica y la atención e investigación. Aborda también el tema de los derechos y deberes de las personas que viven con sida e incluye también, cuál debería ser la proyección del resto de los habitantes hacia este problema de salud. Esta ley especial constituye sin dudas, un hito de extraordinaria trascendencia por las oportunidades que ofrece para encausar la respuesta social del país ante el VIH.

Una parte esencial de la gestión de las políticas de atención al VIH/SIDA, tiene que ver con la organización de la sociedad para orientar y conducir los programas, planes y proyectos, así como las regulaciones en torno a este problema de salud. En 1999 se crea de manera oficial el

9 Proyecto Estado de la Nación. Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. 2000.

Consejo Nacional de Atención Integral al VIH/SIDA (CONASIDA), a partir de la aprobación del Reglamento de la Ley General de VIH/SIDA en el país. Es una organización con representación multisectorial que considera la participación de organizaciones no gubernamentales. El Consejo se encuentra constituido por uno o una representante de las siguientes organizaciones[10]:

- Ministerio de Salud
- Ministerio de Educación Pública
- Ministerio de Justicia
- Presidencia Ejecutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social
- Rectoría de la Universidad de Costa Rica
- Representantes de las organizaciones no gubernamentales que atienden el problema del VIH/SIDA (dos personas, uno de ellos debe ser una persona que vive con SIDA representando a toda la población afectada).

El Ministerio de Salud preside el Consejo como parte de sus funciones de rectoría de la salud. Las funciones del Consejo son las siguientes:

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

El Consejo ha avanzado en la orientación de la política nacional de atención integral de este problema de salud mediante la elaboración de planes como el Plan Nacional Estratégico para el Abordaje Integral del VIH/SIDA 2001-2004, con participación intersectorial, así como la movilización de recursos financieros externos, como es el Fondo Global para la Lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, que es apoyado por ONUSIDA.

Algunos sectores del Estado como educación y justicia, representados en el CONASIDA, han desarrollado acciones importantes sobre todo focalizadas en los grupos de personas relacionados con sus entornos más inmediatos. Son los casos de la población privada de libertad y la población escolar. En los últimos años, se ha incrementado el desarrollo de planes y proyectos dirigidos a diversos sectores de la población, sin embargo, llama la atención como a pesar de que el SIDA se ha manifestado en el país desde la década de los ochenta, no es sino hasta octubre del 2001 que se crea el Departamento de Educación Integral de la Sexualidad (DEIS) como parte de la División Curricular, en el Ministerio de Educación Pública.

10 Poder Ejecutivo. Ley General del VIH/SIDA. Ley No. 7771. San José, Costa Rica. 1998.

El desarrollo de CONASIDA es parte de las estrategias dictadas por la Política Nacional de Salud en el 2002-2006. Se ha reconocido la necesidad de fortalecer el liderazgo del CONASIDA para que se convierta en una organización que no solo integre y cohesione a las organizaciones del Estado y las no estatales, sino para que pueda actuar como máxima instancia nacional de las políticas de salud sobre VIH/SIDA.

La Política Nacional de Salud 2002-2006, es uno de los documentos rectores del quehacer nacional en estos temas, aborda los temas de atención de la salud sexual y reproductiva y específicamente la atención integral del VIH/SIDA[11]: En ella, las estrategias para la atención integral sectorial de la salud sexual y reproductiva se orientan a grupos de personas en las diferentes etapas del ciclo de la vida con énfasis en algunos grupos vulnerables por su condición de edad, género y etnia. Se menciona explícitamente el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, el respeto a la diversidad cultural, la autonomía y la igualdad.

Las estrategias de la Política Nacional de Salud que tienen que ver con el VIH/SIDA, conducen a la provisión de conocimientos, actitudes y prácticas en las personas y los servicios integrales de cuidados a la salud en niños, niñas y adolescentes en explotación sexual. En cuanto a las personas que viven con sida, se ha reconocido la provisión de servicios integrales y el desarrollo de acciones para la promoción de mejoras en su calidad de vida, con participación comunal. Por otra parte, el fortalecimiento del CONASIDA es otra de las estrategias planteadas.

Uno de los problemas centrales en la gestión de las políticas de atención del VIH/SIDA, es que aun queda bastante por andar para consolidar el papel rector del Ministerio de Salud. La institución que orienta la Política Nacional de Salud no ha contado siempre con recursos financieros específicos para atender las necesidades actuales[12]. Esto por supuesto puede afectar la conducción de las acciones emanadas y la evaluación de la gestión de la política.

Una de las manifestaciones más claras de las debilidades en la rectoría de la salud es la gestión de recursos humanos, que tiene su punto más crítico en el trabajo a nivel local, donde se hace operativo el modelo de atención integral en salud por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) u otros proveedores externos. Aquí se plantea que existen importantes inequidades en la distribución del recurso en materia de salarios, incentivos, acceso a la toma de decisiones[13]. Sin embargo, se ha estado trabajando para dotar de las herramientas necesarias a todos los niveles de la institución, para garantizar el cumplimiento de la rectoría de la salud.

Desde la perspectiva del modelo de atención integral que se ha impulsado en el país como parte de la reforma del sector salud, el territorio local cobra cada vez más peso en la gestión de las políticas de salud. Esta realidad es coherente con lo que se espera de la atención

11 Poder Ejecutivo. Reglamento de la Ley General sobre VIH/SIDA. Ley No 7771. San José. Costa Rica. 1998

12 Unidad de Control del SIDA, Caja Costarricense de Seguro Social.CCSS. Diagnóstico Situacional.2002

13 Ministerio de Salud. Análisis Sectorial de Salud de Costa Rica 2002. San José de Costa Rica. Diciembre del 2002.

integral del VIH/SIDA, ya que se necesita reinsertar a las personas que viven con SIDA y sus allegados, al contexto al que pertenecen y del que fueron excluidos por interpretaciones erradas e injustas por parte de la sociedad sobre este problema de salud.

En el Capítulo IV, artículo 30 de la Ley General del VIH/SIDA, se establece que el Estado, por medio del Ministerio de Salud, tiene la obligación de informar a la población fundamentando con datos científicos sobre la epidemia. Este mandato legal descansa en gran medida en la información científica que el Estado costarricense pueda recopilar sistemáticamente y analizar, para comunicar de manera oportuna a la población general y los grupos sociales de mayor vulnerabilidad, así como para la toma de decisiones respecto a la reorientación constante de la política nacional sobre VIH/SIDA. A su vez, esta particularidad impone retos ineludibles para la vigilancia epidemiológica y de la salud, así como para la propia investigación científica que se hace en el país.

A nivel internacional existen bastantes pronunciamientos sobre las estrategias descentralizadas para la atención integral del VIH/SIDA. No hay que olvidar que el territorio local ofrece un marco de integración administrativa de los diferentes sectores de la sociedad y la economía y puede favorecer también la participación de los intereses comunitarios. Algunas experiencias exitosas en países latinoamericanos toman como pilar fundamental el trabajo de los Programas Nacionales de VIH/SIDA con las municipalidades, destacándose la posibilidad de desarrollar estrategias nacionales de manera directa mediante planes comunitarios[14]. Por supuesto, conociendo las limitaciones de muchos de estos territorios como es el caso de la frontera norte costarricense, se necesita establecer como principio que todos los proyectos tiendan al desarrollo de capacidades locales de todo tipo, como única posibilidad de asegurar la sostenibilidad de las intervenciones.

El modelo readecuado de atención, que establece procedimientos y normas para la atención integral que está en desarrollo por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), debe verse como una oportunidad en perspectiva para la atención integral del VIH/SIDA. Sus posibilidades de gestión radican sobre todo en la capacidad que puedan desplegar los servicios salud en su primer nivel para visualizar las situaciones específicas que enfrentan cotidianamente en la reproducción del riesgo de transmisión y la atención personalizada que se podría ofrecer a las personas que viven con SIDA. Se trata de condiciones específicas de cada territorio que de ninguna manera pueden ser uniformadas, lo que demanda el desarrollo de capacidades de planificación estratégica de cada unidad en operación. Ese acercamiento cultural que está en desarrollo mientras la territorialización de los servicios avanza, está apoyada legalmente por la Ley 7852 sobre Desconcentración de Hospitales y Clínicas.

En este sentido, los compromisos de gestión que se desarrollan en el primer nivel de atención, como procedimiento que correlaciona y evalúa la asignación de recursos y la producción de la

14 Ministerio de Salud. Análisis Sectorial de Salud de Costa Rica 2002. San José de Costa Rica. Diciembre del 2002.

salud, puede llegar a ser un instrumento de gestión que haga viable la política de atención del VIH/SIDA. Actualmente es limitado para este propósito por su enfoque sesgado al plano biológico de la salud. A pesar del avance de los compromisos de gestión que ha significado un gran esfuerzo para la CCSS, aun se espera un mayor aporte hacia el reconocimiento de necesidades de salud desde una perspectiva social local y la modificación de algunos conceptos como el de evaluación, que actualmente está más centrada en procesos y no en resultados [15] [16]. Esto significa que aun no promueven suficientemente el desarrollo de relaciones intersectoriales que son fundamentales para atender integralmente VIH/SIDA como problema de salud.

Otro de los aspectos relevantes para la gestión de las políticas de salud en torno al VIH tiene que ver con aspectos éticos por parte del personal sanitario. Se ha revelado que existen posibilidades de que se viole el principio de la confidencialidad y hay desconfianza por parte de la población porque la identidad de las personas que viven con SIDA podría ser revelada[17]. Esto no solo puede compromete el proceso de investigación epidemiológica sino la propia atención integral que está sujeta a un mandato legal.

Uno de los sectores que interviene de manera muy activa en la gestión de la política sanitaria es el no gubernamental. La respuesta social no gubernamental contra el SIDA se manifiesta a través de un conjunto de organizaciones que han desarrollado experiencias en la atención de diversas aristas del problema. La primera de ellas fue la Organización de Lucha contra el SIDA, fundada en 1987, orientada hacia el apoyo de enfermos de SIDA. Posteriormente aparecen otras como la Fundación Vida que ha trabajado en la atención de personas que viven con SIDA y sus familias o allegados[18]. Desde el año 2000, existe una red integrada por 10 ONGS, que han abordado la problemática social en torno al VIH/SIDA con una perspectiva de derechos humanos. También hay otras organizaciones trabajando en este tema.

En la declaración de las ONGs que trabajan en SIDA, presentado en la Plenaria de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA en la ciudad de Nueva York, en Junio de 2001, se plantea la necesidad de promover vínculos entre las acciones preventivas de la enfermedad y la promoción de la salud sexual y reproductiva[19]. Se insta a la estructuración y el diseño de acciones preventivas de infecciones de transmisión sexual (ITS) /VIH/SIDA, en un marco de respeto a la sexualidad, liberándolas de prejuicios y limitaciones del discurso religioso y sanciones al ejercicio de la sexualidad.

---

15 Campos López, Patricia Isabel. Prevención de la transmisión sexual del VIH y algunas reflexiones sobre la descentralización y su impacto en la lucha contra el SIDA. Conferencia Internacional sobre SIDA. Lecciones para América Latina y El Caribe. Fundación Mexicana para la Salud. 2000

16 CCSS. Compromisos de Gestión Areas de Salud. 2001.

17 Programa de Investigación en Políticas de Salud, Escuela de Salud Pública, UCR. La eficiencia, equidad y sostenibilidad en la contratación de proveedores privados de servicios de salud. Proyecto multicéntrico primera fase: Caracterización de los servicios de salud. ESP, Universidad de Costa Rica (inédito) 2002.

18 Programa de Investigación en Políticas de Salud, Escuela de Salud Pública, UCR. Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos: Estación de Paso: La Cruz-Peñas Blancas, Costa Rica. (Inédito). 2001.

19 Ministerio de Salud. Análisis Sectorial de Salud de Costa Rica 2002. San José de Costa Rica. Diciembre del 2002.

Es evidente que la información sobre prevención de ITS/VIH/SIDA es solo una pequeña parte de lo que se necesita hacer para promover cambios de conductas sexuales más saludables. Para el cambio de conducta es necesario incidir más sobre valores en torno a la sexualidad y trabajar con enfoque de género y conceptos como el de masculinidad.

Desde la posición de las ONGs que trabajan en el tema de VIH/SIDA, en el país se ha reclamado una apertura sobre el tema de la sexualidad en la Educación. Se demanda la inclusión de temas de salud sexual sobre todo en su componente cultural además lo biológico, es decir, la sexualidad como algo no necesariamente vinculado a la reproducción, con una perspectiva de género y de derechos. Estos son tópicos ligados estrechamente a la transmisión del SIDA en los que se deben avanzar desde la perspectiva de un sector de la sociedad costarricense, pero se trata de temas muy polémicos por la diversidad de opinión al respecto en el país.

Lo cierto es que aun no se aprecia el necesario debate a nivel social sobre los temas de sexualidad y se ha señalado que el modelo de atención que aun prevalece significativamente en la práctica se caracteriza por un enfoque biomédico y no integral en el que se involucre en la atención no solo la perspectiva psicológica de la persona que vive con SIDA, sino la social y la cultural.[20]

Se aprecia mucha coherencia entre lo expresado por las ONGs y lo que se declara en la Política Nacional de Salud, en cuanto al enfoque de derecho a la salud y la observancia de las distinciones culturales de los grupos que integran el espectro social de la sociedad costarricense actual. Parece que existe consenso explícito que la promoción de la salud sexual y reproductiva debe partir del derecho de las personas a manifestar sus valores y que estos sean respetados y considerados por toda la sociedad.

La red de ONGs que trabajan en el tema de VIH/SIDA en Costa Rica, con el apoyo de ONUSIDA, ha diseñado un Plan Estratégico que tiene vigencia para el período 2004-2007. Tiene como propósito general: *"Promover condiciones para un manejo integral del VIH/SIDA que favorezca principalmente a las poblaciones de personas que viven con SIDA, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), niños, niñas, adolescentes y mujeres en Costa Rica*.[21] Este propósito se espera lograr a través de la promoción de un marco adecuado de políticas públicas y el mejoramiento de la atención y percepción de esta problemática en el país.

De acuerdo con lo que propone este plan estratégico, la red de organizaciones se fortalecería al establecerse de manera más consolidada su estructura y sistemas gerenciales. Se promovería así una mayor proyección del sector no gubernamental hacia la gestión de políticas públicas, lo que debe significar notables mejoras en la atención integral de este problema de salud en el país.

---

20 Fundación VIDA, ASOVIH/SIDA, Asociación Misericordia Hoy, et al. Declaración de las ONGs que trabajan en SIDA de Costa Rica, San José, Mayo 2001. Kewo. N0 6. 2001.

21 Fundación VIDA, ASOVIH/SIDA, Asociación Misericordia Hoy, et al. Declaración de las ONGs que trabajan en SIDA de Costa Rica, San José, Mayo 2001. Kewo. N0 6. 2001.

Las acciones de lucha contra el SIDA se han integrado en el Plan Nacional Estratégico para el Abordaje Integral de VIH/SIDA 2001-2004[22]. Se trata de una respuesta que busca mejorar las relaciones de comunicación entre organizaciones que desarrollan acciones contra el SIDA, fortalecer la participación social en este campo, mejorar la capacidad de reacción estratégica, avanzar en los temas de capacitación del personal que trabaja en el tema y la educación de la población para superar los estereotipos y resistencias. El Plan también se ha desarrollado a partir de las debilidades en la vigilancia epidemiológica y la investigación científica y por la necesidad de conocer más sobre la adherencia al tratamiento, el control y el suministro de antiretrovirales, así como la estandarización de las pruebas de laboratorio.

Los ejes transversales del plan son: el trabajo con grupos vulnerables, los enfoques de género, derechos y deberes de las personas, la atención integral de la salud y los principios de la seguridad social y la participación ciudadana. Las orientaciones emanadas encausan las acciones de lucha contra el VIH en línea con un concepto de atención a la salud de vanguardia, lo que hace suponer que el país parte de principios muy favorables para la contención de este problema de salud.

A la fecha, se encuentra en proceso de diseño, un plan estratégico que da continuación al que está vigente, lo que deberá significar un paso de avance en la lucha contra el VIH/SIDA, en la medida que la estructura organizativa se consolida, mejora el financiamiento y aumenta la capacidad de gestión del país contra la epidemia.

2.2 Gasto y financiamiento de la respuesta social al VIH/SIDA

La aparición del tratamiento antirretroviral combinado en 1996, valorado como muy eficaz en la atención del VIH, generó importantes cambios en el ámbito internacional que marcaron esfuerzos por garantizar el acceso económico de las personas que viven con SIDA a esta terapia. En Costa Rica se instauró un marco legal que garantiza la atención integral y como parte de esta, el acceso económico de todas las personas que viven con SIDA.

De acuerdo con el informe Cuentas Nacionales en VIH/SIDA*. Flujos de gastos y financiamiento en VIH/SIDA, 1998-2002[23] , la evolución del gasto nacional en atenciones al VIH/SIDA tiene dos tendencias claras en período de tiempo mencionado: el incremento constante entre 1998 y el año 2000 y luego el decrecimiento hasta el 2002, como se muestra en el siguiente gráfico.

El incremento del gasto entre 1998 y el año 2000, ha sido sobre todo a expensas del empleo de medicamentos antirretrovirales y el incremento de la cobertura de los pacientes atendidos.

---

22 Red de ONG que trabajan en VIH/SIDA. Plan Estratégico. 2003

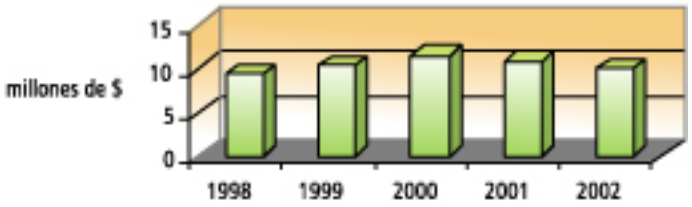
* En el momento de la redacción de este documento aun el informe de Cuentas Nacionales no era oficial.

23 En CONASIDA, ONUSIDA. Plan Nacional Estratégico para el Abordaje Integral del VIH/SIDA 2001-2004. Costa Rica. 2001

Hay que recordar que en el ámbito internaciona,l Costa Rica había promovido la declaración de los medicamentos contra el SIDA como patrimonio de la humanidad, moción que fue presentada a la OPS, ONUSIDA y la OMS y apoyada en el contexto de la RESSCAD. Este compromiso internacional ha sido coherente con las acciones nacionales que procuraron ampliar la cobertura de la terapia antirretroviral y la atención integral.

Gráfico 15

Evolución del gasto nacional en atenciones al VIH/SIDA

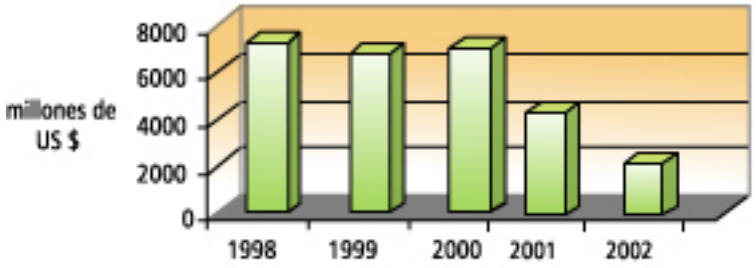


Fuente: Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. Flujos de gastos y financiamiento en VIH/SIDA, 1998-2002

La tendencia a la disminución del gasto en el período 2000-2002 se puede asociar sobre todo a la disminución del costo del tratamiento antirretroviral, ver gráfico.

Gráfico 16

Costo unitario del tratamiento antirretrovirales



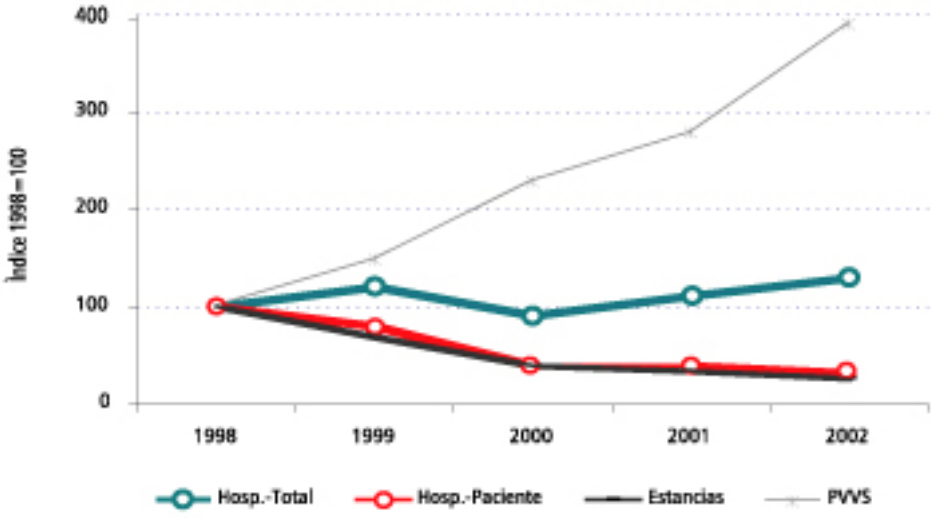
Fuente: Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. Flujos de gastos y financiamiento en VIH/SIDA, 1998-2002

Los gastos hospitalarios por paciente han estado disminuyendo también a expensas de la reducción de las estancias en estos centros de internamiento. Sin embargo, los gastos hospitalarios totales han aumentado debido al incremento del número del número de personas que viven con sida, como se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 17

Gasto hospitalización, estancias y personas que viven con SIDA, 1998-2002

Índice 1998=100



Fuente: Departamento de Información Estadística de Servicios de Salud, CCSS
En Informe: Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. Flujos de gastos y financiamiento en VIH/SIDA, 1998-2002

Existen evidencias en otros países que el tratamiento antirretroviral eficaz produce ahorros por concepto de hospitalización y disminución de los gastos en otros tratamientos asociados al VIH. Por ejemplo, en Brasil se estima que se evitó 146 000 hospitalizaciones entre 1997 y 1999, lo que representa un ahorro de US $ 270 millones en costos de hospitalización y medicamentos oportunistas.[24]

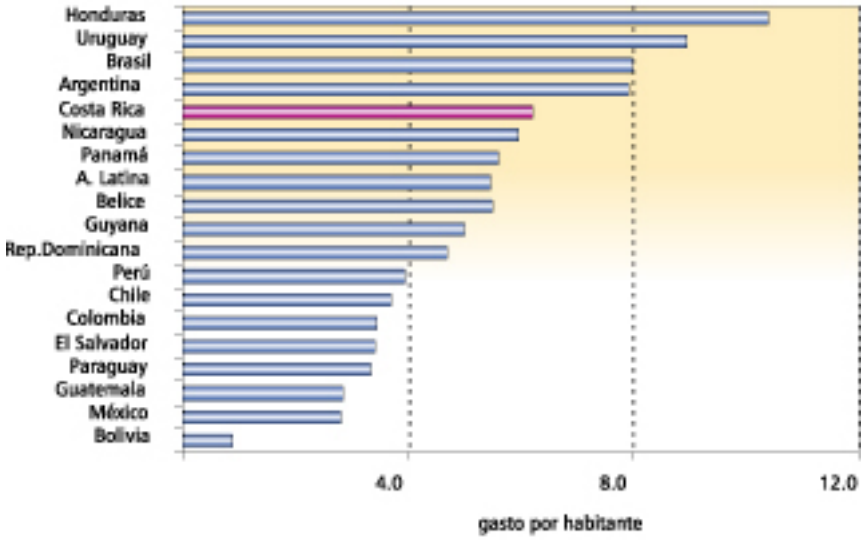
Con base al estudio elaborado por SIDALAC y cifras del año 2000, Costa Rica se ubica por encima del promedio regional en el gasto por habitante expresado en US$ PPA, únicamente por debajo de Argentina, Brasil, Uruguay y Honduras. El peso del gasto en VIH/SIDA sobre el gasto nacional en salud se mantiene en torno al 1% para el conjunto de países, con un mínimo en Bolivia, Colombia, México (0,6%) y un máximo indiscutible en Honduras.

24 Picado Chacón Gustavo y Kattya Sáenz Vega. Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. Flujos de gastos y financiamiento en VIH/SIDA, 1998-2002. Setiembre 2003

Los esfuerzos que realiza el país para atender el VIH/SIDA lo colocan en una posición muy destacada en el contexto de las Américas, como se puede apreciar en el siguiente gráfico. El peso del gasto en VIH/SIDA respecto al gasto nacional en salud se mantiene en torno al 1%.[25]

Gráfico 18

América Latina y el Caribe
Gasto en atenciones VIH/SIDA, 2000
por habitante y US$ PPA



Fuente: SIDALAC(2003)
En Informe: Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. Flujos de gastos y financiamiento en VIH/SIDA, 1998-2002

La estructura del gasto en la atención del VIH/SIDA en Costa Rica se puede explicar desde la perspectiva de las estrategias de intervención tanto individuales como poblacionales. Las intervenciones individuales o dirigidas a las personas, se componen de los gastos en tratamiento antirretroviral, los gastos hospitalarios, las pruebas de detección y otros gastos. Las estrategias poblacionales o de salud pública se componen de inversiones en condones, información-educación-comunicación (IEC) y otros gastos. Su comportamiento evolutivo en términos relativos al total de gastos para el período 1998-2002, se muestran en el gráfico 19.

Para el período de años de 1998-2002, el componente de gastos más importante es el de tratamiento antirretroviral, que alcanzó para el año 2000 su mayor relevancia en la composición del gasto. Posteriormente tiende a disminuir su peso relativo pero sigue ocupando por su volumen, el primer lugar en el año 2002.

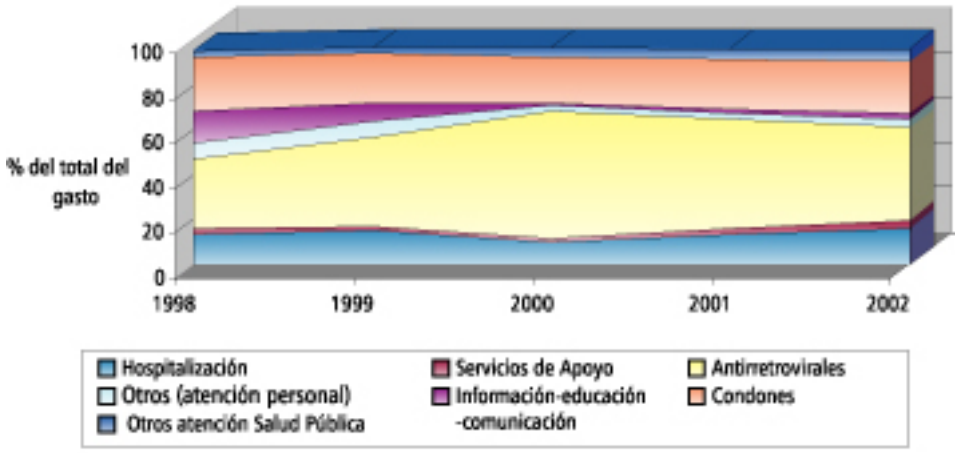
25 OPS/OMS. ONUSIDA. VIH/SIDA en las Américas. Una epidemia multifacética. 2001

Los gastos en condones es el segundo componente en importancia, seguido de los gastos en hospitalización. Ambos tienden a ganar más peso hacia el año 2002, pero continúan en la segunda y tercera posición por su magnitud, después de los gastos en antirretrovirales.

El componente de prevención del VIH/SIDA relacionado con información, prevención y comunicación (IEC) está relegado a un tercer plano. La magnitud de la inversión en prevención tuvo mayor importancia relativa entre los años 1998 y 2000 pero posteriormente ha perdido relevancia ante los gastos en antirretrovirales y condones.

Gráfico 19

Gastos en VIH/SIDA según componentes



Fuente: Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. Flujos de gastos y financiamiento en VIH/SIDA, 1998-2002

Dentro de las estrategias poblacionales los gastos en condones han sido mucho más relevantes que los realizados en información-educación-comunicación. Sin embargo, desde el punto de vista de la prevención del VIH/SIDA, se necesita tanto unos como los otros. No se puede entender la accesibilidad a métodos de protección del condón únicamente desde el punto de vista físico o económico, sino que el acceso desde el punto de vista cultural puede resultar decisivo en la adopción de estas prácticas preventivas.

Algunos reportes de investigación señalan[26] que la utilización del condón en contextos de riesgo como es el caso del punto fronterizo entre Costa Rica y Nicaragua, de La Cruz-Peñas Blancas, no está tan asociado a su acceso físico y económico por parte de la población, como a creencias en torno al VIH y su transmisión, así como a otros aspectos que caracterizan la sexualidad y que están relacionados con su nivel de educación, información, posibilidad de conocer y exigir sus derechos como personas.

26 Picado Chacón Gustavo y Kattya Sáenz Vega. Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. Flujos de Gastos y Financiamiento en VIH/SIDA, 1998-2002. Setiembre 2003

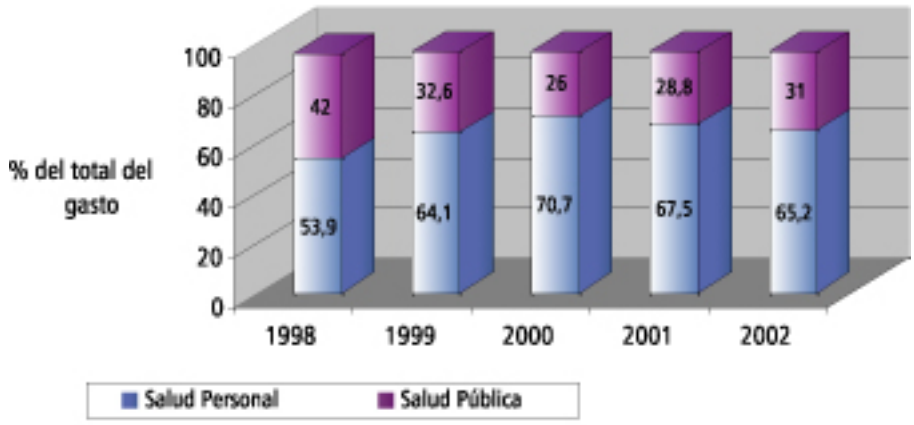
Desde el punto de vista de las estrategias preventivas del VIH/SIDA, habría que revisar las políticas actuales de información-educación-comunicación y la distribución de condones en el país, con el propósito de evaluar las intervenciones realizadas y buscar los puntos de contacto entre ambas estrategias. Se ha evidenciado que en contextos de alto riesgo como son algunas estaciones de paso de personas en Centroamérica y México, aunque muchas veces se tiene conocimiento del condón como estrategia individual preventiva del VIH, no se está en disposición de usarlo o simplemente no se puede hacer porque así lo imponen las circunstancias de negociación de la relación sexual en las que algunas personas no están en condiciones de exigir sus derechos. [27]

La evolución del peso que han tenido ambos tipos de estrategias de intervención desde el punto de vista de la inversión económica durante el período 1998-2002, muestra contrastes importantes, ver gráfico.

Los gastos en componentes de la salud personal siempre han estado muy por encima de los realizados en la salud pública. Se describen dos tendencias: desde 1998 hasta al 2000, los gastos en la salud pública pierden importancia, posiblemente por el incremento en el costo unitario de los antirretrovirales y la segunda, del 2000 hasta el 2002, en la que se observa un aumento de su importancia relativa en el total del gasto. Para el año 2002, las acciones en salud pública representaban una tercera parte del gasto en la atención del VIH/SIDA.

Gráfico 20

Gasto en VIH/SIDA según tipos de estrategias de intervención



Fuente: Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. Flujos de Gastos y Financiamiento en VIH/SIDA, 1998-2002

27 Programa de Investigación en Políticas de Salud, ESP, UCR. Poblaciones móviles e ITS/VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos. Estación de Paso La Cruz-Peñas Blancas. 2000

En el país se distinguen cuatro fuentes de financiamiento del gasto en VIH/SIDA: el gobierno, el seguro social, los hogares y ONGs[28], ver gráfico 21.

Los gastos de hospitalización de las personas que viven con sida y los antirretrovirales, son cubiertos por el seguro social. Casi la totalidad de los servicios de apoyo que se ofrecen a estas personas también los ofrece el seguro social excepto aproximadamente una décima parte que es cubierto por los hogares.

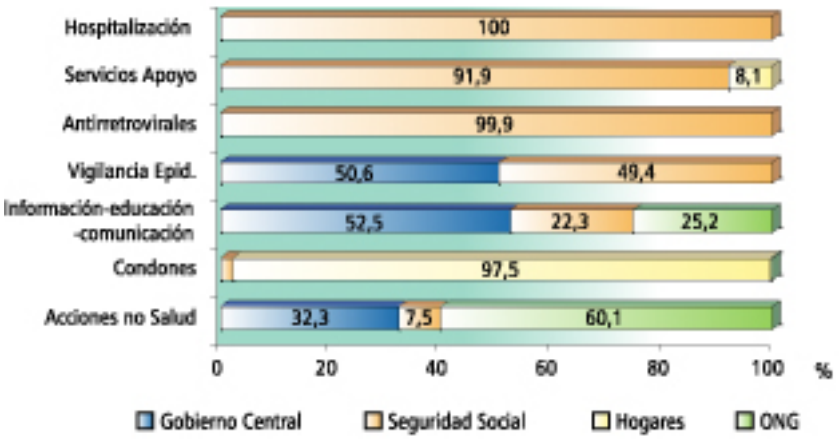
Las acciones de vigilancia epidemiológica son financiadas por el gobierno por medio del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

Los gastos en información, educación y comunicación, se reparten entre el Gobierno Central que desarrolla más de la mitad del gasto, el seguro social y las ONGs. Otros gastos en prevención, como es el caso de los condones, son asumidos fundamentalmente por el sector privado, específicamente se refiere a gastos en los hogares.

Las acciones de atención a las personas que viven con sida las asume básicamente la CCSS, que tiene el mandato legal de cubrir a toda la población. Las acciones de salud pública incluyendo las llamadas "acciones de no salud", tienen un financiamiento mixto y es el rubro donde el sector no gubernamental tiene más presencia que el gubernamental.

Gráfico 21

Financiamiento de los principales gastos en VIH/SIDA según sector.
Cifras relativas del año 2002



Fuente: Cuentas Nacionales VIH/SIDA, 1998-2002
En Informe: Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. Flujos de gastos y financiamiento en VIH/SIDA, 1998-2002

28 Bronfman M. G . Sajenovich y Patricia Uribe. Migración y SIDA en México y América Central. Angulos del SIDA. México DF. Noviembre 1998.

2.3 La gestión del conocimiento sobre el VIH/SIDA

La caracterización de la gestión del conocimiento sobre el VIH/SIDA es una de las funciones básicas para el desarrollo de acciones inteligentes contra la epidemia en el país. En este apartado se hace una caracterización general a partir de la revisión documental sobre la situación actual de la vigilancia epidemiológica, la vigilancia de la salud y el proceso de planificación de los servicios de salud en su primer nivel que es el nivel operativo donde las acciones de prevención de la enfermedad y la promoción de la salud cobran su mayor fortaleza.

Los aspectos relacionados con la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA resultan trascendentales para la toma de decisiones relacionadas con la reducción de riesgos, así como para la evaluación de los programas de atención preventiva de la enfermedad y de promoción de la salud sexual y reproductiva.

Un aspecto fundamental de la vigilancia epidemiológica es la investigación de casos y contactos. En Costa Rica los casos positivos del VIH se conocen a partir de los reportes que envían las clínicas de VIH/SIDA, radicadas en los cuatro hospitales nacionales, además del antiguo Departamento de Control del SIDA y los hospitales regionales. Posteriormente, cada uno de los casos se investigan por parte de los establecimientos de salud, según los procedimientos establecidos. Este segmento de la vigilancia epidemiológica no solo es fundamental para el levantamiento de la red de contactos, el diagnóstico y tratamiento integral de las personas que viven con sida (búsqueda activa), sino para el conocimiento epidemiológico del comportamiento de la epidemia.

La red de laboratorios que está en función del diagnóstico del VIH, está constituida por los laboratorios de la CCSS que realizan la prueba presuntiva (ELISA) y la confirmatoria (Western-Blot), no todos los hospitales y clínicas del país realizan estos exámenes. Los casos sospechosos de VIH/SIDA acuden de forma voluntaria o por medio de referencias a las clínicas y hospitales destinados a la atención integral de este problema de salud.

Uno de los problemas más serios que se ha reconocido es que la información epidemiológica no retroalimenta suficientemente a las áreas de salud que deben desarrollar acciones preventivas de la enfermedad y de promoción de la salud sexual y reproductiva.

Las necesidades de mayor retroalimentación de información y el insuficiente vínculo entre los niveles, no es un problema exclusivo en la atención del VIH/SIDA. Se han revelado las dificultades del sistema de salud costarricense para funcionar como una verdadera de red[29], en la que se manifiesten relaciones estrechas entre los niveles de atención primario, secundario y terciario (relaciones verticales) y que también existan vínculos sólidos entre las unidades de salud que integran cada uno de ellos (relaciones horizontales). Esta situación puede dificultar la atención integral del VIH/SIDA en la medida que aun no se promueve la necesaria conjunción entre las acciones de curación con las de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Sin embargo, existe

29 Picado Chacón Gustavo y Kattya Sáenz Vega. Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. Flujos de Gastos y Financiamiento en VIH/SIDA, 1998-2002. Setiembre 2003

conciencia del problema y las autoridades sanitarias trabajan actualmente para mejorar los sistemas de información.

El Análisis Sectorial de Salud de Costa Rica, ha reconocido como una de las limitaciones fundamentales de la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, que el sistema de reporte debería ser más expedito. No cabe duda que con el nuevo decreto que establece como obligatorio el reporte de los diagnósticos positivos de VIH[30], se favorece el sistema de vigilancia y la gestión de las políticas sobre VIH/SIDA.

La accesibilidad física al examen clínico se ha incrementado en la medida que los servicios de salud han ganado cobertura de atención primaria y se han establecido protocolos de diagnóstico clínico. Pero aun se necesita hacer un esfuerzo para disminuir los problemas de subdiagnóstico y subregistro de casos y dotar de mayor validez al sistema de información.

El acceso al diagnóstico continúa limitando la información epidemiológica no solo por el lógico temor al rechazo y la exclusión social de las personas que viven con sida y sus allegados, sino por la falta de confianza hacia la aplicación de una norma ética como es la confidencialidad en el diagnóstico y atención.

El problema de la gestión de información epidemiológica sobre personas que viven con sida en el nivel local, es un obstáculo muy difícil de salvar debido a la estigmatización de la enfermedad y muchas veces a las reducidas posibilidades de protección de la identidad de estas personas. Este es un ejemplo claro de la conexión que existe entre vigilancia epidemiológica y las acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud sexual y reproductiva. En la medida que se logre una mayor conciencia de la población en este sentido, debe mejorar el diagnóstico y el registro de VIH/SIDA y en consecuencia la vigilancia epidemiológica.

Otra de las limitaciones en la vigilancia del VIH/SIDA en el país tiene que ver con la propia concepción del sistema y la gestión del conocimiento epidemiológico. Tradicionalmente el Sistema de Vigilancia Epidemiológica es apto para registrar casos, pero tiene una capacidad reducida para conocer sus determinantes sociales y para analizar relaciones entre estos eventos de manera que se puedan tomar decisiones para reducir los riesgos de transmisión. Sin embargo, en el país existe capacidad para avanzar aun más en este sentido ya que se dispone de mucha información que se podría integrar con fines preventivos y de promoción de la salud sexual y reproductiva.

La gestión del conocimiento epidemiológico es uno de los puntos más sensibles dentro de la gestión de políticas de salud y particularmente del VIH/SIDA, porque incluye el análisis de la información para la toma de decisiones y su evaluación como parte de los procesos de planificación de acciones. Se trata de elementos orientadores de las políticas.

30 Programa de Investigación en Políticas de Salud. La eficiencia, equidad y sostenibilidad en la contratación de proveedores privados de servicios de salud. Proyecto multicéntrico primera fase: Caracterización de los servicios de salud. ESP, Universidad de Costa Rica (inédito) 2002.

El análisis epidemiológico necesita además, incorporar elementos de la investigación en ciencias sociales como es el análisis cualitativo. Al hablar de determinantes de la enfermedad, se trata de eventos relacionados con las construcciones sociales y conductas en torno a la sexualidad y el SIDA, propios de grupos de personas que muchas veces se alejan culturalmente de los servicios de salud, tales como: usuarios de drogas, trabajadoras y trabajadores del sexo comercial, jóvenes y adolescentes, entre otros. Estos y otros grupos pertenecen a contextos socioculturales de los distintos territorios del país que hace de las situaciones de riesgo eventos aun más específicos.

En el país se evidencian grandes esfuerzos por parte de las autoridades de salud y los organismos internacionales por la formación de recursos humanos con las competencias que demanda la investigación epidemiológica y la salud pública. Aun se necesita continuar este desarrollo para incorporar información científica de este tipo en la toma de decisiones y que permita además la evaluación permanente de las acciones en salud[31]. El nivel de atención primaria es un nivel operativo básico para el desarrollo de las acciones preventivas del VIH, pero se necesita promover la evaluación de las intervenciones que se desarrollen.

Los servicios de salud y la rectoría disponen de instrumentos informativos en el primer nivel de atención como son el Análisis Situación Integral de Salud (ASIS) y el Análisis de Contexto (ACOS) respectivamente. Desde el punto de vista de la atención integral del VIH/SIDA se necesita continuar su desarrollo y vencer las dificultades que tienen para integrarse y contribuir con mayor peso en la planificación de intervenciones preventivas de enfermedades y de promoción de la salud.

De manera que la vigilancia de la epidemia de VIH/SIDA a pesar de los esfuerzos realizados hasta el momento necesita avanzar en varias direcciones como son los sistemas de información, el análisis epidemiológico y la gestión del conocimiento en este sentido para contribuir más favorablemente al desarrollo de las políticas de atención integral del VIH/SIDA. Esto significa mejorar las posibilidades de redireccionar inteligentemente la respuesta social ante este problema de salud.

La investigación en VIH/SIDA es uno de los temas más importantes como parte de este concepto de gestión del conocimiento. En el Análisis Sectorial de Salud de Costa Rica, se reconoce que a pesar de los esfuerzos por fomentar la investigación científica, aun las políticas no son claras y no se han definido programas de investigación y prioridades. También la divulgación de los resultados que se han obtenido no es suficiente.

La política de investigación e innovación tecnológica en salud en Costa Rica, ya reconocía en 1997 como uno de sus temas prioritarios, el problema de las enfermedades nuevas como el SIDA[32]. Se necesita un programa de investigación en VIH/SIDA que responda a una política explícita en la que se identifique ejes de desarrollo y prioridades.

---

31 Poder legislativo. Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. La Gaceta. Lunes 27 de Enero del 2003.

32 Programa de Investigación en Políticas de Salud, Escuela de Salud Pública, UCR. La eficiencia, equidad y sostenibilidad en la contratación de proveedores privados de servicios de salud. Proyecto multicéntrico primera fase: Caracterización de los servicios de salud. ESP, Universidad de Costa Rica (inédito) 2002.

La investigación económica y social es otro de los temas en desarrollo. Desde el punto de vista económico se dispone información sobre cuentas nacionales, pero se demanda información científica sobre el impacto económico de los gastos en VIH/SIDA en el nivel familiar. Se necesita desarrollar más las investigaciones en grupos de alta vulnerabilidad y sobre determinantes socioculturales, situación psicológica de las personas que viven con SIDA, familiares y allegados.

Sin duda, el tema de la gestión del conocimiento sobre VIH/SIDA en el país es un punto que hay que fortalecer en la lucha contra esta enfermedad. En medio de la carencia de recursos, el país ha hecho un gran esfuerzo por avanzar en este aspecto fundamental y se han dado importantes pasos, sin embargo aun representa un desafío a futuro y como tal, deberá ser abordado por todos con gran responsabilidad.

2.4 Atención integral, prevención del VIH/SIDA y promoción de la salud sexual y reproductiva.

La respuesta social para la atención integral del VIH/SIDA ha surgido desde los diferentes sectores de la sociedad, estatal y no estatal; lo cual implica una amplia participación de todos los sectores e igualmente de acciones que no solo se caractericen por ser eficientes y equitativas, sino sostenibles, ya que se prevé un camino largo por recorrer en la lucha contra la enfermedad.

Desde finales de la década de los ochenta, se han desarrollado acciones de prevención en el país, se inició así un proceso paulatino de introducción del tema VIH/SIDA como parte de los asuntos para discutir, organizar a la sociedad y actuar. Hay que reconocer, como es común en otros países, desde la aparición del primer caso del SIDA en el país en 1983, existió desconcierto, discriminación hacia ciertos grupos sociales y sobre todo negación en el momento de asumir responsabilidades.

Respecto a la prevención, desde el momento de la aprobación de la Ley general de VIH/SIDA ya se aprecia una notable contribución por lo que en sí representa. De manera explícita en algunos de sus capítulos se abordan temas que definen las responsabilidades del Estado costarricense en educación y capacitación, la atención integral, la disponibilidad de medios de protección contra la transmisión y se puntualizan acciones hacia ciertos grupos considerados como más vulnerables como son los privados de libertad y los menores institucionalizados.

Con la aprobación de la Ley General sobre VIH/SIDA número 7771, sin dudas se da un paso de avance en la protección de los derechos de las personas que viven con SIDA, la definición de responsabilidades de las instituciones del estado y la apertura de mecanismos de denuncia contra la violación de los derechos establecidos.

Respecto a la niñez y la adolescencia como grupos de trabajo prioritarios, el marco legal vigente reconoce la necesidad de orientar acciones hacia la capacitación de los docentes en los temas de sexualidad y salud sexual, así como prestar atención hacia los cambios de conductas sexuales y valores como el respecto a la diversidad, la tolerancia y la equidad. Se ha planteado que las ONGs, que en gran medida han asumido estas tareas, no cuentan con los fondos necesarios para llegar

a los diversos grupos de la sociedad que necesitan apoyo ya que no lo reciben del Estado y los fondos provenientes de la cooperación internacional son cada vez más limitados.

El Programa de Atención Integral de la Adolescencia de la CCSS, está desarrollando acciones de atención integral en las que se está dando mucha importancia a la prevención, ya que el grupo de población adolescente es considerado vulnerable.

Respecto a los grupos considerados con una alta vulnerabilidad como los privados de libertad, se reconoce la necesidad de información y se asume la responsabilidad de educación. En este caso, el marco legal considera la problemática de los centros penitenciarios como algo que no se puede reducir a la educación, sino que es necesario producir cambios en ese contexto donde se reproducen los determinantes la transmisión. En el artículo 34 de la Ley se plantea: *el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, tendrá la responsabilidad de definir y llevar a la práctica las políticas y actividades educativas, tendientes a disminuir el riesgo de la transmisión del VIH tanto para las personas privadas de libertad como para su pareja sexual y los funcionarios penitenciarios*. En su artículo 35 dispone: *El Ministerio de Justicia, en coordinación con el sector salud, dispondrá y facilitará preservativos para las personas privadas de libertad durante todo el período de su detención.*

En relación a la responsabilidad del Estado en la educación de la población en su Capítulo IV, artículo 30 se establece que El Estado, por medio del Ministerio de Salud, deberá informar adecuada y oportunamente, a la población en general y particularmente a los sectores más vulnerables, sobre la problemática del VIH/SIDA con datos científicos actualizados en cuanto a las formas de prevenir esta enfermedad.

Los temas de Educación han sido previstos legalmente. En el artículo 31, se reconoce la necesidad de introducirlos a través de programas educativos sobre riesgos y modos de transmisión, así como el tema de derechos humanos, en las instituciones de educación superior públicas y privadas. Pero aun no están explícitos los "puentes de información" que se deben construir entre la prevención del VIH/SIDA y la promoción de la salud sexual y reproductiva.

Las acciones preventivas poco a poco han ganado fuerza en la sociedad costarricense a partir de la contribución de las ONGs, algunos organismos gubernamentales y agencias de cooperación internacional. También se ha dado atención personalizada y se ha trabajado en la conformación de redes de apoyo.

El papel de las agencias del sistema de Naciones Unidas ha sido el de apoyar y fortalecer en términos técnicos y financieros la gestión y la respuesta del país al VIH/SIDA, enmarcado en los retos planteados a nivel internacional por las Metas del Milenio y los compromisos derivados de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA celebrado en el año 2001.

Entre otras cosas, con el apoyo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas (ONUSIDA) se definió el Plan Nacional Estratégico para el Abordaje Integral del VIH/SIDA 2001-2004, que en este

momento está en revisión. Se fortaleció la red de ONGs que trabajan en SIDA; se apoyó la articulación de organizaciones juveniles para su incorporación en la lucha contra el VIH/SIDA; se brindó asistencia técnica para la formulación de la propuesta del país ante el Fondo Global; se está apoyando el mejoramiento del sistema de vigilancia epidemiológica y, en la zona norte del país, se están desarrollando, en coordinación con autoridades nacionales y locales así como organizaciones de la sociedad civil, iniciativas para la prevención del VIH/SIDA en poblaciones móviles y migrantes.

Si bien el marco legal vigente intenta establecer acciones para vigilar y controlar mecanismos de transmisión, garantizar la atención y los derechos de las personas y específicamente algunos grupos sociales más afectados, son evidentes algunas limitaciones en su alcance. Por ejemplo, no se puede aspirar al cambio de comportamiento de la población hacia la adopción de prácticas preventivas del VIH apostando casi exclusivamente a la educación y el acceso a condones. Es precisamente el punto donde es necesario establecer vínculos con los aspectos que definen la cultura costarricense y específicamente lo que tiene que ver con género y sexualidad. En el fondo este marco legal no deja de tener un enfoque hacia lo biológico y mucho menos hacia lo cultural.

Otro aspecto que se puede entender como una limitación del marco legal, es que este no visualiza los contextos de riesgo que es el marco espacial donde se desarrollan las prácticas más saludables o menos, desde el punto de vista de la transmisión del SIDA. Se mencionan los centros penitenciarios, pero no se refiere a otros espacios de interacción de jóvenes, poblaciones de alta movilidad, inmigrantes, entre otros. En estos casos, las acciones de prevención y promoción no se deben reducir solo a la comunicación de información, sino que deben enfocarse al cambio de comportamiento.

En el Plan de Atención a la Salud de las Personas (PASP) de la CCSS, se aborda el tema del VIH/SIDA como uno de los veintidós problemas de salud del país, bajo el título Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana, VIH/SIDA[33]. Una de las nueve metas de reducción del riesgo y de mejora de la oferta de servicios aborda directamente la prevención de la enfermedad en la población. La meta en cuestión se orienta a la reducción del riesgo a partir de cubrir el 80% de la población, con educación sobre los mecanismos de transmisión del VIH y sobre medidas de prevención.

El tema de participación social es uno de los ejes de la política contra el VIH/SIDA, esta se ha concebido a partir del trabajo de las ONGs y grupos de personas afectadas directa e indirectamente por esta problemática. En este sentido se necesita continuar el desarrollo del concepto de participación social en la gestión de los servicios de salud. Este es uno de los aspectos críticos por la poca presencia de organizaciones privadas y públicas, sobre todo en el nivel regional y local, en la atención integral del VIH/SIDA.

Los procesos de detección, referencia y tratamiento se encuentran debidamente establecidos en el país. En este sentido, el manejo clínico de las personas se hace mediante la aplicación de normas y protocolos específicos para ciertos grupos como es el caso de las mujeres embarazadas o la población infantil.

33 INCIENSA. Política de investigación e innovación tecnológica en Salud en Costa Rica. INCIENSA, setiembre de 1997.

El acceso al tratamiento antirretroviral y el tratamiento profiláctico para proporcionar la calidad de vida del paciente y su sobrevivencia, se garantiza por el seguro social. En el caso de los pacientes terminales, la atención la ofrecen sobre todo las ONGs a través de albergues y coordinaciones con los hospitales, para aquellas personas con dificultad para sostenerse económicamente.

Las carencias de financiamiento que han experimentado las ONGs en los últimos años, amenazan su existencia así como el servicio tan valioso que ofrecen sobre todo en atención a personas que viven con SIDA y también sus acciones en prevención de la enfermedad.

Es necesario reconocer que el país cuenta con una masa crítica de notable fortaleza respecto a los temas de atención integral del VIH/SIDA. Esto sin dudas es un elemento a favor para generar el desarrollo que se necesita alcanzar, sobre todo en materia de prevención de este problema de salud, la promoción de la salud sexual y reproductiva, pero también en la atención integral de la enfermedad.

3. Conclusiones

Sobre la situación epidemiológica del VIH/SIDA:

- La tendencia de la morbilidad por SIDA en el país ha tenido dos fases, una de ascenso de 1983 hasta 1998 y una de descenso a partir de este año hasta el 2001. Esto se puede atribuir a la aplicación de la terapia antirretroviral y al aumento de la cobertura de la misma en el país; lo cual también puede haber contribuido a la modificación de la tendencia de la mortalidad por SIDA en los últimos años y al incremento de la esperanza de vida de las personas que viven con VIH/SIDA.

- La mortalidad general de SIDA y específica por sexos muestra dos comportamientos similares a las que se han descrito para el caso de la morbilidad. La primera se produce entre 1985 y 1997, caracterizada por el aumento casi constante, año a año, del número de defunciones. Esto se verifica lo mismo para personas del sexo masculino que para personas del sexo femenino, aunque las defunciones masculinas son muy superiores ya que, como se ha explicado, el grupo de VIH siempre ha estado integrado sobre todo por hombres en los primeros años de la enfermedad en el país. Después de 1997, las defunciones totales y las del sexo masculino decaen, posiblemente como consecuencia de los antirretrovirales y el aumento gradual de su cobertura. Sin embargo, en el caso de las defunciones del sexo femenino, aunque son un número siempre menor, mantienen niveles constantes.

- La probabilidad de desarrollar la enfermedad cambia según grupos de edades. En primer lugar, los niños de 0 a 9 años es el grupo de menor riesgo, en este caso la incidencia de SIDA depende de la transmisión madre-hijo. A partir del grupo de edad 15-19 años, se incrementa exponencialmente el riesgo de adquirir la enfermedad hasta el grupo 35-39 que junto al grupo 30-34, son los de mayor riesgo de toda la población del país. A medida que se superan los 39 años de edad, el riesgo tiende a decaer sostenidamente hasta el grupo de 70 años y mayores a esta edad.

- Las personas que se encuentran en mayor riesgo de SIDA se encuentran en el grupo de 25 y 49 años de edad y son de sexo masculino, que pertenecen al menos a alguno de los siguientes

grupos: homosexuales, bisexuales, usuarios de droga por vía intravenosa o hemofílicos. Estas personas tienen residencia en el entorno de los puntos fronterizos, puertos más importantes del país y en el área metropolitana.

- Se aprecian dos comportamientos en la relación hombre-mujer. El primero se produce entre 1988 y 1993, en la que la incidencia de casos nuevos de SIDA depende fundamentalmente de la población de sexo masculino. Cuando se compara con los casos de sexo femenino, el riesgo relativo supera el valor de 10 llegando en 1993 a más de 20. Esto significa que en 1993 el riesgo que tenía de contraer la enfermedad una persona del sexo masculino era 20 veces superior al de una persona del sexo femenino. Esto se debe a la predominancia de la vía de transmisión sexual en personas homosexuales en los primeros años de la epidemia en Costa Rica.

- El análisis de la tendencia del SIDA evidencia un cambio de patrón desde el punto de vista del tipo de práctica sexual: la heterosexual tiende a incrementarse por su contribución al número absoluto de casos, llegándose a equiparar con la homosexual y bisexual. La incidencia del SIDA en el grupo de personas masculinas siempre ha sido mayor que en las femeninas, aunque este último grupo ha tenido una ligera tendencia al aumento en la medida que la vía de transmisión heterosexual ha ganado en importancia.

- El mapa de morbilidad por SIDA a nivel cantonal refleja importantes diferencias espaciales. El patrón espacial de la epidemia muestra zonas de mayor riesgo hacia los puntos fronterizos, puertos y el área metropolitana. El patrón espacial del SIDA en los últimos años evidencia posiblemente, la importancia de los determinantes socioeconómicos y socioculturales relacionados a la movilidad poblacional.

- Se muestra un incremento sostenido de los AVPP hasta 1998 y a partir de ese año el impacto del SIDA se hace menor, no solo porque disminuye la mortalidad sino porque la expectativa de vida (número de años por vivir) de las personas que viven con sida aumenta. Esto significa que el riesgo de morir de las personas que viven con sida tiende a incrementarse en los grupos de edades más avanzados a pesar de que el riesgo de infectarse de VIH se mantenga más alto en los grupos de menor edad.

- Existen limitaciones en la vigilancia del VIH/SIDA en el país que tienen que ver con la propia concepción del sistema y la gestión del conocimiento epidemiológico. Tradicionalmente el Sistema de Vigilancia Epidemiológica se orienta al registro de los casos, pero con debilidad para conocer sus determinantes sociales y para analizar relaciones entre estos eventos de manera que se puedan tomar decisiones para reducir los riesgos de transmisión. Sin embargo, en el país existe capacidad para avanzar aun más en este sentido ya que se dispone de mucha información que se podría integrar con fines preventivos y de promoción de la salud sexual y reproductiva.

Sobre la respuesta social al VIH/SIDA

- El país ha avanzado en la organización social para la lucha contra el VIH/SIDA desde Mayo de 1998, con la aprobación de Ley General del VIH/SIDA. Esta ley especial ha establecido las pautas generales de la educación, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la vigilancia

epidemiológica y la atención e investigación y establece un marco de obligatoriedad al respeto por parte de la sociedad a los derechos humanos y deberes de las personas con VIH/SIDA.

- La creación del Consejo Nacional de Atención Integral al VIH/SIDA es otro de los hitos históricos en la organización de la sociedad costarricense contra el SIDA. Establece principios de gestión intersectorial e interorganizacional de las políticas sanitarias contra el VIH/SIDA.

- La gestión de la atención integral del VIH/SIDA enfrenta los problemas de estigmatización y discriminación de las personas viviendo con sida y sus familias o allegados, que aun prevalecen en la sociedad costarricense. Pero también afectan las carencias de recursos de todo tipo que tiene la función de rectoría del Ministerio de Salud y los problemas de eficiencia, equidad y sostenibilidad del modelo readecuado de atención integral de la salud que desarrolla la CCSS.

- Los problemas de capacidades de gestión y la perspectiva biologista sobre la salud que está presente aun en los servicios de salud, son dos de los puntos críticos que pueden estar frenando actualmente el modelo de atención integral en el país y por lo tanto las posibilidades de atención integral del VIH/SIDA.

- Desde el punto de vista del gasto, el país ha hecho grandes esfuerzos por garantizar una cobertura universal en el tratamiento antirretroviral. La disminución del costo unitario del tratamiento ha hecho posible ampliar la cobertura y contener los gastos en la atención personal de los pacientes. Se han podido disminuir los gastos hopitalarios y otros tratamientos asociados a la morbilidad por SIDA.

- Al revisar los gastos en las atenciones según tipos de estrategias, se ha visto que dentro de las estrategias de intervención poblacional, los gastos en condones han sido mucho más relevantes que los realizados en información-educación-comunicación. Evidentemente, se necesita evaluar y revisar las estrategias desarrolladas para garantizar la necesaria complementariedad y la eficiencia.

- En el país funciona una red de laboratorios y clínicas que garantizan el diagnóstico del VIH/SIDA, el reporte obligatorio de los casos de VIH/SIDA y la investigación de casos. El sistema garantiza el suministro de información para el seguimiento de la epidemia, sin embargo, aun persisten problemas en el diagnóstico, reporte y registro que afectan su eficiencia y calidad.

- Los problemas de la investigación epidemiológica sobre el VIH/SIDA en el país encuentran una barrera histórica que repercute en las necesidades actuales de investigación y de análisis de información, aplicación a la toma de decisiones, evaluación y en general de gestión del conocimiento en los servicios de salud.

- En atención integral del VIH/SIDA se ha avanzado, especialmente en la dirección de información, educación y capacitación, así como el acceso a medios de protección. En este sentido, se destaca el trabajo conjunto entre el sector no gubernamental y las instituciones del sistema de salud. Un aspecto crítico continúa siendo la educación formal en escuelas y colegios y el debate social en torno a temas de salud sexual y reproductiva.

Serie Análisis de Situación de Salud

1. **Situación de Salud. Costa Rica 2002**
2. **Indicadores de salud. ¿Mejoró la equidad?**
3. **Migración y salud en Costa Rica: Elementos para su análisis**
4. **Desarrollo y salud de los pueblos indígenas en Costa Rica**
5. **Situación del estado nutricional y alimentario de Costa Rica**
6. **Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: Situación actual, tendencias y retos**
7. **Efectos de los plaguicidas en la salud y el ambiente en Costa Rica**
8. **Desigualdades de salud en Costa Rica: una aproximación geográfico-poblacional.**
9. **La violencia social en Costa Rica**
10. **Situación actual de la salud mental en Costa Rica**
11. **La situación de VIH/SIDA en Costa Rica**