

INFORME

MEDICIÓN DEL GASTO DE
LA RESPUESTA NACIONAL
ANTE EL VIH Y SIDA

2018
COSTA RICA

Ministerio
de **Salud**
Costa Rica



INFORME

MEDICIÓN DEL GASTO DE LA RESPUESTA NACIONAL ANTE EL VIH Y SIDA

2018

COSTA RICA

Ministerio
de **Salud**
Costa Rica



Créditos

Autoridades Ministerio de Salud

Dr. Daniel Salas Peraza. Ministro de Salud

Dra. Alejandra Acuña Navarro. Viceministra de Salud y presidenta de CONASIDA

Dr. César Gamboa Peñaranda. Director Dirección de Servicios de Salud

Dr. Allan Rímola Rivas. Jefe de la Unidad de Economía de la Salud

Responsables estudio MEGAS

Dirección de Servicios de Salud. Unidad de Economía de la Salud

Licda. Mariannela Villalobos Cortés

Apoyo técnico

Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología

Dra. Lenny Centeno Víctor

Caja Costarricense de Seguro Social. Gerencia Médica. Área de Estadística en Salud

Licda. Alexandra Acuña Carrillo

Revisión y corrección final: Msc. Mariela Garrón Montero

Apoyo secretarial

Dirección de Planificación

Srta. Andrea Robles Loría

Srta. Stephanie Bonilla Curtis

Diseño de portada

Unidad de Comunicación- Diseño Gráfico.

Licda. Ana María González Reyes

Presentación

En su respuesta nacional al VIH y sida, Costa Rica tiene como eje fundamental buscar estrategias para eliminar la epidemia para el año 2030. Este compromiso forma parte de la estrategia de ONUSIDA 2016-2021, la cual es una de las primeras del sistema de las Naciones Unidas que está alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 y se centra en reducir de forma drástica las nuevas infecciones y cambiar la trayectoria de la epidemia.

Esta estrategia es, pues, una llamada a la acción audaz para conseguir acelerar la acción, es un llamado urgente a anticipar la inversión para alcanzar los objetivos de tratamiento 90-90-90, los cuales establecen que para 2020:

- El 90% de las personas con VIH deben conocer su estado serológico.
- El 90% de las personas que son diagnosticadas con VIH deben recibir terapia antirretrovírica continua.
- El 90% de las personas que reciben terapia antirretrovírica deben llegar a la supresión viral.

En este sentido, se reconoce la necesidad de contar con información precisa, actualizada y veraz de los costos de la epidemia. De ahí la importancia que representa el desarrollo sistemático del estudio Medición del Gasto en VIH y sida (MEGAS), pues es este el que permite evidenciar el flujo financiero de la respuesta nacional del VIH/sida desde su origen y hasta su consumo final, lo que proporciona a la misma vez un mejor panorama para la toma de decisiones de política de salud, planeación estratégica y proyecciones de presupuesto. Asimismo, el conocimiento del gasto total actual de la respuesta nacional ante el VIH promueve una mayor transparencia, eficiencia, efectividad y rendición de cuentas para todos los actores involucrados.

Adicional, el documento que aquí se presenta es el resultado de un proceso de consulta con participación multisectorial, para cuantificar los gastos estimados en los que se ha incurrido

en la epidemia durante el año 2018 en Costa Rica. Entre los participantes se encuentran el sector público, empresas privadas, agencias de cooperación internacional y sociedad civil.

Este estudio forma parte de las diversas medidas que se aplican para lograr los objetivos de la respuesta nacional al VIH y sida. Al permitir, medirlos en términos económicos, genera un insumo para poder optimizar la asignación de recursos destinados a lograr los compromisos adquiridos por el país a nivel internacional como las metas establecidas en el Plan Estratégico Nacional (PEN) en VIH/sida, 2016-2021.

En reconocimiento de lo anterior, llamo a todas las instancias involucradas a que se unan al esfuerzo de utilizar los recursos disponibles de manera estratégica, enfocar las inversiones en poblaciones clave, utilizar modelos de servicio más eficientes e implementar mayores sinergias entre la respuesta nacional y la sociedad civil.

De la misma forma reitero mi agradecimiento a todos los sectores que brindaron los datos para la realización del informe.

DANIEL
SALAS
PERAZA
(FIRMA)

Firmado
digitalmente por
DANIEL SALAS
PERAZA (FIRMA)
Fecha: 2020.03.24
12:25:05 -06'00'

Dr. Daniel Salas Peraza
Ministro de Salud

Contenido

Créditos 1

Presentación..... 2

Contenido 4

Abreviaturas, siglas y acrónimos 9

Resumen Ejecutivo11

1.Metodología.....13

1.1.Pasos para la elaboración de MEGAS Costa Rica, 201815

1.1.1 Paso 1: Depuración del listado de instituciones participantes.....15

1.1.2 Paso 2: Revisión y modificación del instrumento.....18

1.1.3 Paso 3: Capacitación.....18

1.1.4 Paso 4: Recolección de la información.....18

1.1.5 Paso 5. Clasificación y depuración de la información..... 19

1.1.6 Paso 6. Procesamiento de la información..... 19

1.1.7 Paso 7. Elaboración preliminar del informe.....20

1.1.8 Paso 8. Validación de la información.....20

1.1.9 Paso 9. Sistematización y oficialización del informe final..... 20

2.Situación epidemiológica.....20

2.1 Epidemiología del VIH y sida en el mundo20

2.2 Epidemiología del VIH y sida en Costa Rica22

3. El gasto en VIH a través del tiempo en el país28

4. Resultados32

4.1 Flujo Financiero.....33

4.2 Gasto por entidad financiadora (FE).....36

4.3 Ingresos de financiación de los esquemas (REV).....	37
4.4 Gasto por esquema de financiamiento(SCH).....	38
4.5 Gasto por agente de financiamiento (FAP).....	39
4.6 Gasto por proveedor (PS).....	40
4.7 Gasto por categorías (ASC).....	42
4.7.1 ASC.01 Prevención.....	44
4.7.2 ASC.02. Detección de VIH y consejería.....	46
4.7.3 ASC.03. Atención y tratamiento del VIH.....	47
4.7.4 ASC.04. Protección social y apoyo económico para PVVIH, sus familias, para las PC y para los huérfanos (o personas menores de edad en condición de abandono) y niños vulnerables	49
4.7.5 ASC.05. Entorno social favorable.....	50
4.7.6 ASC.06. Catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas.....	51
4.7.7 ASC.07 Sinergias para el desarrollo.....	52
4.7.8 ASC.08 Investigación relacionada con el VIH.....	53
4.8 Poblaciones beneficiarias (BP).....	54
4.8.1 Personas con VIH.....	56
4.8.2 Poblaciones clave.....	57
4.8.3 Poblaciones vulnerables, accesibles y otras poblaciones específicas.....	58
4.8.4 Población general.....	59
4.8.5 Poblaciones objetivo-específicas sin clasificar en otras categorías.....	60
4.9 Factores de producción (PF).....	61
5. Cruces de variables	62
6. Discusión.....	71
6.1 Brechas Financieras.....	71
6.2 Eficiencia en la distribución.....	72

7. Conclusiones73

8. Recomendaciones75

9. Bibliografía77

10. Anexos.....80

Cuadros

Cuadro N°1 Instituciones participantes en MEGAS 2018, Costa Rica..... 17

Cuadro N°2 Brecha Financiera entre el gasto VIH y PEN 72

Cuadro N°3 Country factsheets. COSTA RICA | 2018. HIV and AIDS Estimates81

Cuadro N°4 Country factsheets. COSTA RICA | 2018. HIV and AIDS Estimates82

Cuadro N°5 Egresos hospitalarios debido a VIH/sida, estancias medias según establecimiento de salud CCSS ,2018.....83

Cuadro N°6 Egresos hospitalarios debidos a VIH/SIDA según servicio de egreso,CCSS 2018.....83

Cuadro N°7 Egresos hospitalarios debidos a VIH,grupos de edad y sexo, CCSS,2018 ..84

Figuras

Figura 1. Dimensiones y categorías de la metodología MEGAS, 201814

Figura 2. Gasto total en VIH, Costa Rica 201833

Figura 3. Flujo Financiero MEGAS, Costa Rica 2018.....35

Gráficos

Gráfico N°1 Porcentaje de recolección de datos con y sin respuesta en Costa Rica, 201816

Gráfico N°2 Distribución de la recolección de datos con respuesta, Costa Rica 201819

Gráfico N°3 Estimación de nuevos diagnósticos de VIH, por año, según sexo,Costa Rica 2002-201823

Gráfico N°4 Incidencia de nuevos diagnósticos de VIH-sida, por edad según sexo, Costa Rica, 2014-201824

Gráfico N°5 Mortalidad por sida, Costa Rica 1985-201825

Gráfico N°6 Mortalidad Por Sida Según Sexo, Costa Rica 2014-2018.....26

Gráfico N°7 Mortalidad por sida según edad, Costa Rica, 2018.....27

Gráfico N°8 Mortalidad por Sida según sexo, Costa Rica 2002-201827

Gráfico N°9 Mortalidad por sida según provincia, Costa Rica 2018.....28

Gráfico N°10 Gasto en VIH a través de los años, Costa Rica29

Gráfico N°11 Gasto en VIH como porcentaje del PIB y gasto en salud, Costa Rica30

Gráfico N°12 Gasto en VIH por entidad de financiamiento, Costa Rica31

Gráfico N°13 Gasto en VIH en población clave, Costa Rica32

Gráfico N° 14 Composición del gasto en VIH por entidad financiadora, Costa Rica36

Gráfico N°15 Composición del gasto en VIH por ingresos de financiación, Costa Rica...37

Gráfico N°16 Composición del gasto en VIH por esquema de financiamiento, Costa Rica38

Gráfico N°17 Composición del gasto en VIH por agente de financiamiento, Costa Rica.39

Gráfico N°18 Composición del gasto en VIH por proveedor de servicios, Costa Rica41

Gráfico N°19 Participación de las categorías de gasto en VIH, Costa Rica43

Gráfico N°20 Composición del gasto en prevención, Costa Rica.....44

Gráfico N°21 Composición de otras actividades de prevención, Costa Rica 44

Gráfico N°22 Composición de los cinco pilares de la prevención, Costa Rica..... 44

Gráfico N°23 Composición del gasto en detección de VIH y consejería, Costa Rica47

Gráfico N°24 Composición del gasto en atención y tratamiento de VIH, Costa Rica48

Gráfico N°25 Composición del gasto en protección social y apoyo económico, Costa Rica49

Gráfico N°26 Composición del gasto en entorno social favorable, Costa Rica.....50

Grafico N°27 Composición del gasto en catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas, Costa Rica52
 Gráfico N°28 Composición del gasto en sinergias para el desarrollo, Costa Rica.....53
 Gráfico N°29 Composición del gasto en inversión por tipo de investigación,Costa Rica
54
 Gráfico N°30 Composición del gasto en VIH por población beneficiaria, Costa Rica55
 Gráfico N°31 Composición del gasto en personas con VIH, Costa Rica56
 Gráfico N°32 Composición del gasto en poblaciones clave, Costa Rica57
 Gráfico N°33 Composición del gasto en poblaciones vulnerables, accesibles y otras poblaciones específicas, Costa Rica59
 Gráfico N°34 Composición del gasto en población general, Costa Rica60
 Gráfico N°35 Composición de gastos corrientes directos e indirectos, Costa Rica61
 Gráfico N°36 Relación entre categorías de gasto y entidades financiadoras, Costa Rica
63
 Gráfico N°37 Relación entre poblaciones beneficiarias y entidades financiadoras, Costa Rica65
 Gráfico N°38 Relación entre factores de producción y entidades financiadoras, Costa Rica67
 Gráfico N°39 Relación entre poblaciones beneficiarias y categorías de gasto,Costa Rica
69
 Gráfico N°40 Relación entre factor de producción y categorías de gasto, Costa Rica70

Imágenes

Imagen1. Invitación al taller metodológico MEGAS, 201880
 Imagen2. Invitación al taller de validación de datos MEGAS, 201880

Abreviaturas, siglas y acrónimos

AGYW	Adolescentes y mujeres jóvenes, por sus siglas en inglés
ASC	Categorías de gasto en sida, por sus siglas en inglés
BCCR	Banco Central de Costa Rica
BP	Poblaciones beneficiarias
CCC	Comunicación para el cambio de comportamiento
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CONASIDA	Consejo Nacional de Atención Integral del VIH y sida
FAP	Agentes financieros compradores, por sus siglas en inglés
FE	Entidades de financiación, por sus siglas en inglés
HIVOS	Instituto Humanista para la Cooperación con los Países en Desarrollo
HNH	Huérfanos (o personas menores de edad en condición de abandono) y niños vulnerables
HSB	Hombres que tienen sexo con hombres
IC	Índice de confianza
IO	Infecciones oportunistas
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MEGAS	Medición del gasto en sida
NASA	Medición del gasto en sida, por sus siglas en inglés
NASA RTT	Software para desarrollo de MEGAS
ONG	Organizaciones no gubernamentales
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PC	Población clave
PEN	Plan Estratégico Nacional
PF	Factores de producción, por sus siglas en inglés
PIB	Producto Interno Bruto
PROCOMER	Promotora de Comercio Exterior
PS	Proveedores de servicios
PTMI	Prevención de la transmisión materno infantil
PVVIH	Personas con VIH
REV	Ingresos de financiación de los esquemas, por sus siglas en inglés
s.c.o	Sin clasificar en otras
SCH	Esquema de financiamiento, por sus siglas en inglés
SDM	Modalidad de entrega de servicios
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TAR	Terapia antirretroviral
TG	Transgénero
UCR	Universidad de Costa Rica
UNFPA	Fondo de Población de la Naciones Unidas

UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Resumen Ejecutivo

La Medición del Gasto en Sida es una herramienta que permite rastrear los recursos destinados al VIH, es decir, su finalidad es determinar los fondos utilizados para financiar la respuesta nacional ante la epidemia, la cual es fundamental para el desarrollo y evaluación de políticas de salud. El siguiente estudio presenta la información correspondiente al 2018.

Los resultados obtenidos son producto de un trabajo intersectorial que inició en junio de 2019 y ha sido coordinando por el Ministerio de Salud.

El monto total del gasto en VIH 2018 se presenta en dólares estadounidenses (moneda de curso legal de los Estados Unidos de América), con un tipo de cambio de referencia con relación al colón de ₡ 604,4/US\$, correspondiente al tipo de cambio de compra del 31/12/2018 según BCCR. La comparabilidad del estudio de 2018 con los anteriores se redujo debido a la actualización de la metodología (reubicación de códigos y nuevos clasificadores).

Según datos oficiales de ONUSIDA para 2018, se estima que en Costa Rica hay aproximadamente 15.000 adultos y niños (personas menores de edad) con VIH, de los cuales 7.200 están en tratamiento antirretroviral lo que representa un 49,00% [44,00-54,00]. El país posee una tasa de prevalencia en adultos de 15 a 49 años de 0,4 [0,4 – 0,5]¹, con una concentración en la población clave de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). La principal vía de transmisión en el país es la sexual.

Para el 2018 el gasto total en VIH y sida en Costa Rica fue de \$54 millones lo que corresponde a un 0,09% del PIB² (con una tasa de crecimiento de 12,5% con respecto al 2016) y a un 1,23% del gasto en salud³. A nivel per cápita, el gasto en VIH fue de \$10,8 para una población de 5 millones de habitantes⁴.

La distribución por entidad financiadora se dio de la siguiente manera: 92,6% pública, 3,9% internacional y 3,5% privada. Comparando con 2016 el origen de fondos públicos y privados

¹ ONUSIDA. País Costa Rica. Estadísticas. <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/costarica>

² PIB a precios de mercado, nominal según BCCR.

³ Estimación del Gasto en Salud, utilizando el promedio de las tasas de crecimiento y aplicándola a la serie 2017 (gasto corriente + gasto capital) publicada por la Organización Mundial de la Salud.

⁴ Población del año 2018, publicados por Instituto Nacional de Estadística y Censo de Costa Rica.

presenta un ligero crecimiento (0,83 y 0,28 puntos porcentuales respectivamente). Los fondos de entidades internacionales presentaron un decrecimiento de 1,11 puntos porcentuales.

Además, la principal fuente y esquema de financiamiento del gasto en VIH para el 2018 corresponde a contribuciones a la seguridad social sin desglosar con 89% y esquemas de gobierno y obligatorios de asistencia sanitaria con 92,6%. Mientras el principal agente de financiamiento y proveedor corresponde a la seguridad social pública con 89% y organismos gubernamentales con 92,1%.

En cuanto a la distribución por categorías de gasto, la categoría "atención y tratamiento" sigue siendo a la que se asigna más recursos, con 47,4 % del total, que representa una reducción de 32,4 puntos porcentuales respecto al 2016. En segundo lugar, se encuentra la categoría "catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas" con un 30%; por su parte "detección de VIH y consejería" se ubica en la posición tres, con 13% y "prevención" en el cuarto lugar con 8%.

Referente a la población beneficiaria para el 2018 el país destinó un 74,1% de recursos a personas con VIH, lo cual representa una reducción de 4,9 puntos porcentuales con respecto al 2016 (79%). Un 16,4% se destinó a poblaciones vulnerables, accesibles y otras poblaciones específicas, mientras para las poblaciones clave 5,02% con un crecimiento de 1,02 puntos porcentuales en comparación con el 2016 (4%).

Por su parte, los gastos corrientes directos e indirectos son el factor de producción que registra el total de participación con 100%.

El análisis del costeo del Plan Estratégico Nacional en VIH y sida 2016-2021, PEN, estima que se necesitan \$47,27 millones de dólares para la correcta ejecución del PEN en el año 2018. Los datos de MEGAS 2018, que reportan un gasto de \$54 millones de dólares, muestran una brecha a favor de \$6,73 millones de dólares.

1. Metodología

La Medición del Gasto en Sida es una metodología diseñada por ONUSIDA para contabilizar y describir el flujo de recursos empleados en la respuesta al VIH, desde su origen hasta su acción sobre las poblaciones beneficiarias. Ofrece a los responsables de adoptar decisiones, información estratégica que permite a los países movilizar recursos, tener una mayor responsabilidad y ser más eficientes y eficaces en la ejecución de los programas⁵.

Las principales cuestiones que aborda MEGAS son:

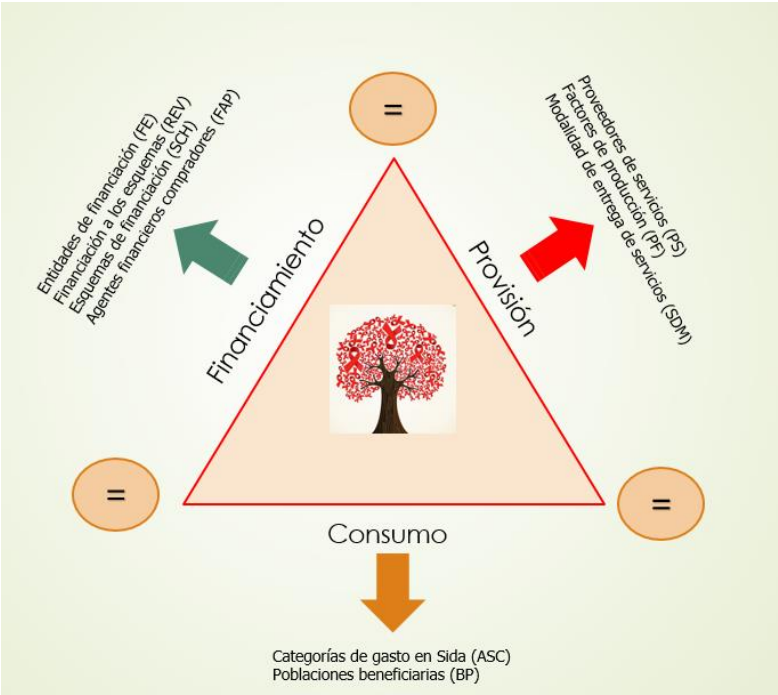
- ¿Quién financia la respuesta al VIH?
- ¿Cuál es el mecanismo de aportación de ingresos?
- ¿Cuáles son las principales modalidades de financiamiento?
- ¿Quién administra los fondos?
- ¿Quién ofrece los servicios?
- ¿Qué programas se ofrecen?
- ¿Cuál es el modo de entrega del servicio?
- ¿Quién se beneficia de los programas?
- ¿Qué recursos se emplean en la elaboración de estos programas?

Con esta metodología los gastos y flujos financieros relacionados con la respuesta nacional al VIH se organizan en tres dimensiones: financiamiento, provisión y consumo. Lo gastado es igual a lo financiado. El análisis se enriquece al desagregar el gasto en nueve categorías

⁵Según: ONUSIDA. NASA. Publicaciones sobre MEGAS y herramientas.
<https://www.unaids.org/es/dataanalysis/datatools/nasapublicationsandtools>

conservando la igualdad de las 3 dimensiones del gasto. Esto se muestra en la siguiente figura:

Figura 1. Dimensiones y categorías de la metodología MEGAS, 2018



Fuente: Elaboración propia con base en metodología MEGAS

La dimensión de financiamiento está compuesta por 4 categorías las cuales se definen a continuación:

- Entidades de financiación (FE): son entidades o grupos financieros que los compradores, proveedores de servicios de intermediación financiera o agentes financiadores compradores (FAP), aprovechan o utilizan como otras formas de movilización para financiar los servicios relacionados al VIH.
- Ingresos de financiación de los esquemas (REV): permite conocer los mecanismos de recaudación de la estructura de financiamiento del gasto en VIH.
- Esquemas de financiación: permiten describir los principales arreglos financieros para el pago de servicios que consume la población.

- Agentes financieros compradores (FAP): son entidades que movilizan recursos financieros recolectados de diferentes fuentes de financiación y los transfieren para pagar o comprar asistencia sanitaria u otros bienes y servicios.

Para la dimensión de provisión se tienen las siguientes 3 categorías:

- Proveedores de servicios (PS): comprenden un grupo de organizaciones y actores cuya actividad principal es la entrega de bienes y servicios relacionados con la respuesta nacional ante el VIH.
- Factores de producción (PF): son factores que contribuyen a la creación del producto.
- Modalidad de entrega de servicios (SDM): se define como el modo en que entrega el servicio, como centros atención ambulatoria, hospitalaria, basado en la comunidad, entre otros.

Las 2 categorías de la dimensión de consumo se definen a continuación:

- Categorías de gasto en sida (ASC): son intervenciones y actividades relacionadas con el VIH.
- Poblaciones beneficiarias (BP): son aquellas a las que se destinan o prevén explícitamente los beneficios de actividades específicas, es decir los receptores previstos de los distintos servicios.

1.1. Pasos para la elaboración de MEGAS Costa Rica, 2018

Los pasos para la elaboración del informe MEGAS fueron los siguientes:

1.1.1 Paso 1: Depuración del listado de instituciones participantes

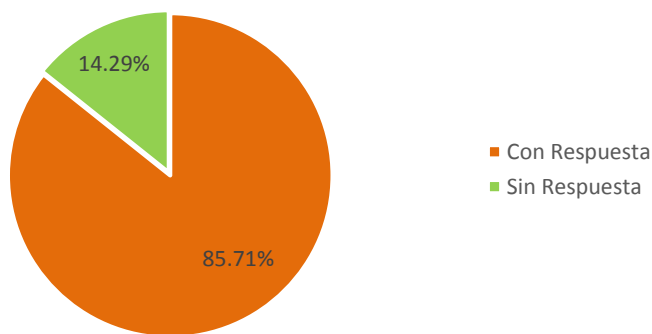
Se realizó una depuración de la lista de actores involucrados en la respuesta nacional al VIH. Para ello se recurrió a fuentes de información de períodos anteriores (se enviaron correos y realizaron llamadas telefónicas para confirmar contactos). Es importante destacar la

participación del CONASIDA⁶ ya que compartió la lista actualizada de las instancias públicas, privadas y de organizaciones de la sociedad civil que participan en el Consejo.

Adicionalmente se contó con la participación del Mecanismo Coordinador de País, del Instituto Humanista para la Cooperación con los Países en Desarrollo y de organizaciones de la sociedad civil para incorporar nuevos participantes.

La base de datos depurada está conformada por 53 instituciones que intervinieron en la respuesta al VIH-sida en 2018. Del total se obtuvo 48 respuestas, lo que es equivalente al 85,7% de participación.

Gráfico N°1
Porcentaje de recolección de datos con y sin respuesta en Costa Rica, 2018



Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2018

Las instituciones que participaron en este estudio se detallan en el siguiente cuadro (la información suministrada por el Patronato Nacional de la Infancia corresponde únicamente al gasto de la Región San José Sur):

⁶ Consejo creado por la ley general de VIH y sida (La Gaceta No. 96. Ley general de VIH-Sida. 20 de mayo de 1998. San José, Costa Rica). Es la máxima instancia en el ámbito nacional, encargada de recomendar las políticas y los programas de acción concernientes a VIH y sida.

Cuadro N°1
Instituciones participantes en MEGAS 2018, Costa Rica

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
Asociación Casa Hogar San José de la Pastoral Social de la Arquidiócesis
Asociación Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos
Asociación Cruz Roja Costarricense
Asociación Cuenta Conmigo de Apoyo Integral a la Persona con VIH
Asociación Demográfica Costarricense
Asociación Diversidad de Género Puntarenas
Asociación Esperanza Viva
Asociación Frente por los Derechos Igualitarios
Asociación Movimientos Costarricense Lucha Contra VIH
Asociación para el mejoramiento y la calidad de vida de los trabajadores y extrabajadoras sexuales
Asociación Servicio Solidario y Misionero Unidos en la Esperanza
Asociación Transvida
Bancos de Sangre Privados (Lab. Clínico San José, Hosp. CIMA San José, Hosp. Clín. Católica)
Bancos de Sangre Públicos (BS. UCR_HOT)
Caja Costarricense de Seguro Social
Clínica Bíblica
Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH
Consejo de la Persona Joven
Defensoría de los Habitantes de la República
Fondo de Población de las Naciones Unidas
Fundación Michael Vásquez
Hogares
Hospital Metropolitano
Iglesia Luterana Costarricense
Instituto Costarricense de Electricidad
Instituto Humanista para la Cooperación con los Países en Desarrollo Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas Para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente
Instituto Nacional de Seguros
Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
Intel Corporation
IntraHealth International
Laboratorio Páez
Mecanismo Coordinador de País
Ministerio de Justicia y Paz
Ministerio de Salud
Ministerio de Seguridad Pública
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
Movimiento de Apoyo a una Nueva Universalidad
Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos
Organización Internacional del Trabajo
Organización Panamericana de la Salud
Patronato Nacional de la Infancia
Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA)
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
Proyectos en Salud Integral, S.A.
Red Centroamericana de personas con VIH Costa Rica
Universidad de Costa Rica

Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2018

1.1.2 Paso 2: Revisión y modificación del instrumento

Se revisó y ajustó el instrumento de recolección de datos proporcionado por ONUSIDA en el taller de actualización de la metodología MEGAS, realizado en El Salvador en enero de 2019. El instrumento está diseñado en Excel y fue el único utilizado para la recolección de datos.

1.1.3 Paso 3: Capacitación

Se realizó un taller de capacitación en junio 2019⁷, donde se sensibilizó a los participantes sobre la importancia de la calidad de la información, así como se detalló paso a paso la manera correcta de llenar el instrumento de recolección de datos.

1.1.4 Paso 4: Recolección de la información

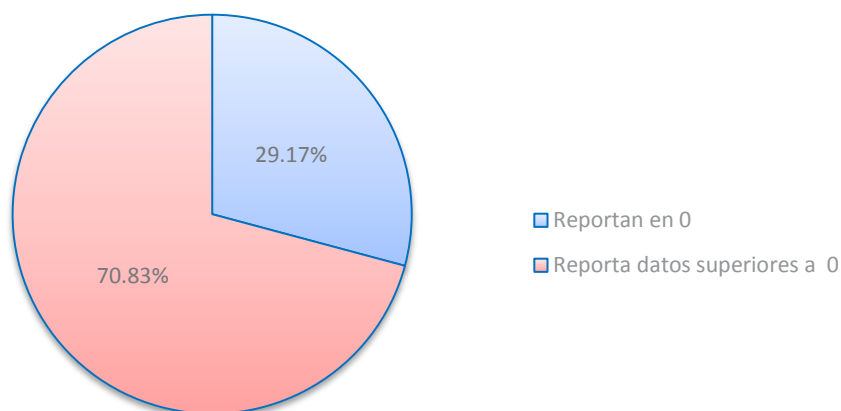
Para la recolección de datos se procedió a realizar un cronograma de visitas a las instituciones proveedoras de la información. En las visitas se inició el llenado de la matriz en conjunto, sin embargo, en algunas de ellas no fue posible finalizar la recolección el mismo día por lo que se requirió del contacto vía telefónica y por correo electrónico para su finalización.

Es importante mencionar que, del total de instancias participantes en la muestra, un 29,2% reportó en 0, es decir, no realizaron actividades relacionadas con VIH, mientras 70,8% reportaron datos superiores a 0.

⁷ Ver anexo 1. Imagen1. Invitación al taller metodológico MEGAS, 2018

Gráfico N°2

Distribución de la recolección de datos con respuesta, Costa Rica 2018



Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2018

1.1.5 Paso 5. Clasificación y depuración de la información

En este paso se analizó y depuró la información recolectada. Algunos vacíos de información se solventaron con estimaciones realizadas con datos provenientes de la Promotora de Comercio Exterior (PROCOMER), sobre modelo tarifario y con estudios de costos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Adicionalmente, todas las matrices depuradas fueron enviadas por correo electrónico para el visto bueno de los actores.

1.1.6 Paso 6. Procesamiento de la información

Una vez realizados los pasos anteriores, se procedió a procesar la información mediante el software para MEGAS denominado NASA RTT, en paralelo se realizó un archivo consolidado (en Excel) de las matrices de los participantes. También con tablas dinámicas se realizó una revisión entre información en consolidado vs. Sistema. Posterior a esto, se elaboraron las tablas dinámicas para los gráficos que no proporciona el sistema.

1.1.7 Paso 7. Elaboración preliminar del informe

Procesados los datos y elaborados los gráficos, el Ministerio de Salud procedió a realizar un preliminar del Informe de MEGAS 2018.

1.1.8 Paso 8. Validación de la información

Para la validación de la información se realizó un taller el 19 de febrero del 2020⁸. Estuvieron presentes instituciones públicas, privadas y organizaciones de la sociedad civil que suministraron la información.

1.1.9 Paso 9. Sistematización y oficialización del informe final

Finalizado el proceso de validación de datos, se entregó el presente informe al Director de Servicios de Salud, así como se sometió al aval de las autoridades del Ministerio de Salud para su oportuna publicación.

2. Situación epidemiológica

2.1 Epidemiología del VIH y sida en el mundo

Según las estimaciones de ONUSIDA desde el comienzo de la epidemia (con la muerte del actor Rock Hudson en la década de los ochentas) y al cierre del 2018, 74,9 millones de personas [58,3 millones-98,1 millones] contrajeron la infección por VIH y 32 millones de personas [23,6 millones-43,8 millones] fallecieron a causa de las enfermedades relacionadas con el sida.

⁸ Ver anexo 2. Imagen 2. Invitación al taller de validación de datos MEGAS, 2018.

Adicionalmente para el cierre de 2018, 23,3 millones de personas [20,5 millones-24,3 millones] tenían acceso a la terapia antirretroviral, 37,9 millones de personas [32,7 millones-44 millones] vivían con el VIH en todo el mundo; 1,7 millones de personas [1,4 millones-2,3 millones] contrajeron la infección por el VIH y 770.000 personas [570.000-1,1 millones] fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida.

Por su parte, de los 37,9 millones de personas que vivían con el VIH [32,7 millones-44 millones] al cierre de 2018, se estima que 36,2 millones [31,3 millones-42,0 millones] son adultos y 1,7 millones [1,3 millones-2,2 millones] son niños (menores de 15 años), además, el 79% de esta población conocía su estado serológico⁹, por lo que alrededor de 8,1 millones de personas no sabían que vivían con el VIH.

Estos datos evidencian una reducción del 40% en nuevas infecciones por el VIH desde el pico alcanzado en 1997, ya que en 2018 se produjeron 1,7 millones [1,4 millones-2,3 millones] de nuevas infecciones por el VIH, en comparación con los 2,9 millones [2,3 millones-3,8 millones] de 1997.

Por su parte, las muertes relacionadas con el sida se han reducido en más de 56% en todo el mundo, pues para 2018 fallecieron 770.000 personas [570.000-1,1 millones] a causa de enfermedades relacionadas con el sida, frente a los 1,7 millones [1,3 millones-2,4 millones] de 2004 y los 1,2 millones [860.000-1,6 millones] de 2010. Es decir, la mortalidad por el sida ha disminuido un 33% desde 2010.

Asimismo, estimaciones de ONUSIDA revelan que en el mundo cada semana, alrededor de 6.000 mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años contraen la infección por VIH y más de un tercio (35%) en todo el mundo ha sufrido de violencia física o sexual en algún momento de su vida.

Y, finalmente, a nivel mundial, los grupos de población clave y sus parejas sexuales representan el 54% de las nuevas infecciones por el VIH. Esto implica que el riesgo de contraer el VIH es: 22 veces mayor entre los hombres que tienen relaciones sexuales con

⁹ONUSIDA 2015. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Estado Serológico: término genérico que se refiere a la presencia o ausencia de anticuerpos en la sangre. Con frecuencia se refiere al estado de anticuerpos contra el VIH.

hombres, 22 veces mayor entre las personas que se inyectan drogas, 21 veces mayor para los/las trabajadores/as sexuales y 12 veces mayor para las personas transgénero, de ahí la importancia de destinar una porción alta de recursos a estas poblaciones específicas¹⁰.

2.2 Epidemiología del VIH y sida en Costa Rica

En Costa Rica, según datos oficiales de ONUSIDA 2018, se estimó que hay aproximadamente 15.000 adultos y niños con VIH [13.000-17.000], de los cuales 7.200, es decir un 49% [44-54] están en tratamiento antirretroviral¹¹. Adicional, el país posee una tasa de prevalencia en adultos de 15 a 49 años de 0,4 [0,4 – 0,5]¹².

Los datos de la encuesta de prevalencia del año 2017¹³ arrojan los siguientes resultados en grupos específicos: en las mujeres trans, se encontró una prevalencia del VIH de 24,6% (IC 95% 19,3 -29,9), de sífilis activa 12,9% (IC 95% 8,7- 17,0), de Hepatitis B de 2,4% (IC 95% 0,5-4,3) y de Hepatitis C de 1,2% (IC 95% 0-2,6). En hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) la prevalencia de VIH fue de 15,4% (IC 95% 7,2%-23,6%), de sífilis activa de 14,2% (IC 95% 5,1-16,8), de Hepatitis B de 0,4% (un solo caso) y de Hepatitis C no se encontró ningún caso. En las mujeres trabajadoras sexuales, la prevalencia de VIH fue de 1,4% (IC 95% 0,10-2,5), la de sífilis activa de 1,4% (IC 95% 0,1-2,6), la de hepatitis B de 0,30% (IC 95% 0-0,68) y no se encontró ningún caso de Hepatitis C.

De acuerdo con los resultados anteriores, la epidemia en Costa Rica se encuentra concentrada en la población específica de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). La principal vía de transmisión en el país es la sexual.

En términos de comportamiento de riesgo, el estudio de 2017 arrojó que el uso del condón en mujeres trans en los últimos 12 meses y con parejas estables fue igual a 30,8%, mientras con parejas ocasionales fue de 78, 6%. El 70,5% de las mujeres trans entrevistadas reveló haber consumido drogas ilícitas alguna vez de su vida. Por su parte, más de la mitad (59,3%) indicó que se habían realizado la prueba de VIH en los últimos 12 meses.

¹⁰ ONUSIDA. El Sida en Cifras. Estadísticas. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

¹¹ Es importante considerar que la CCSS proporciona al 100% el tratamiento antirretroviral al paciente VIH positivo que lo requiera y lo acepte.

¹² ONUSIDA. País Costa Rica. Estadísticas. <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/costarica> ver anexo 3.

¹³ CONASIDA. Encuesta de Prevalencia. <http://www.conasida.go.cr/index.php/mcp-proyectos/179-encuesta-de-conocimiento-comportamiento-sexual-y-prevalencia-de-vih-e-its-en-poblaciones-clave-en-la-gam-costa-rica-2017/file>

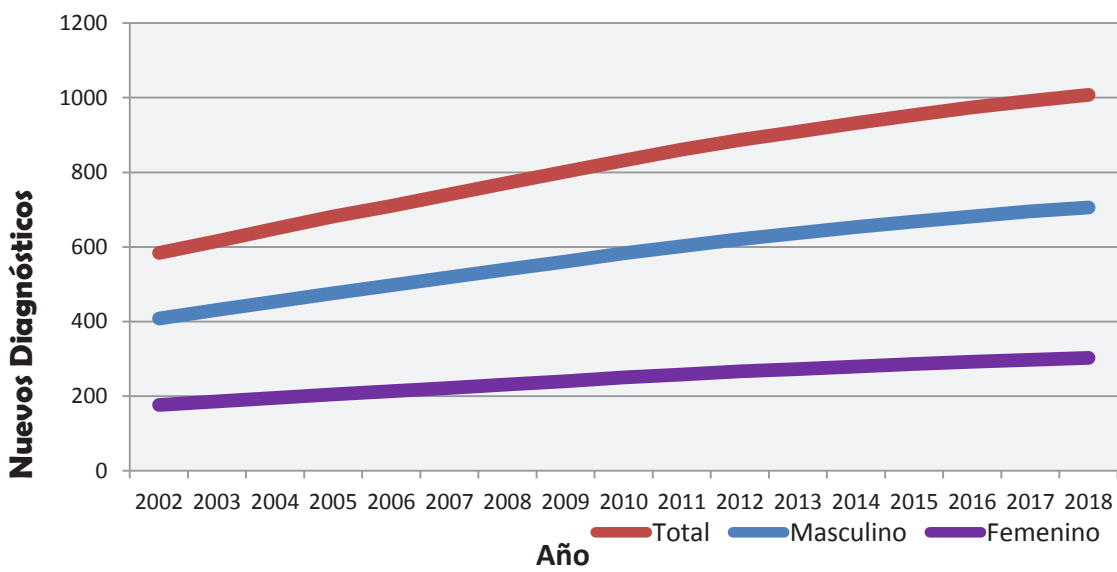
En la población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) se reportó un 23,9% de uso consistentemente del condón en los últimos 12 meses con parejas estables y un 32,5% con parejas ocasionales. El 39,9% de esta población reveló haber consumido drogas ilícitas en los últimos 12 meses y el 38,8% indicó haberse realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses.

Otro aspecto por visualizar para el período 2014-2018, corresponde a los registros de nuevos diagnósticos de VIH los cuales fueron iguales a 4.859 (tasa para el período 15,9 por 100.000 habitantes). Es importante mencionar que los nuevos diagnósticos se han incrementado durante este periodo en 26,4% (19,6/100.000 habitantes) en comparación al año 2014 (15,5/100.000 habitantes), debido a la mejora en las medidas de prevención y al aumento en la demanda de la prueba de VIH con la inserción de la prueba rápida en mayo 2018, la cual es gratuita y no requiere de estar asegurado/a para su acceso. Esto se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico N°3

Estimación de nuevos diagnósticos de VIH, por año, según sexo, Costa Rica 2002-2018

Tasa 100.000 Habitantes



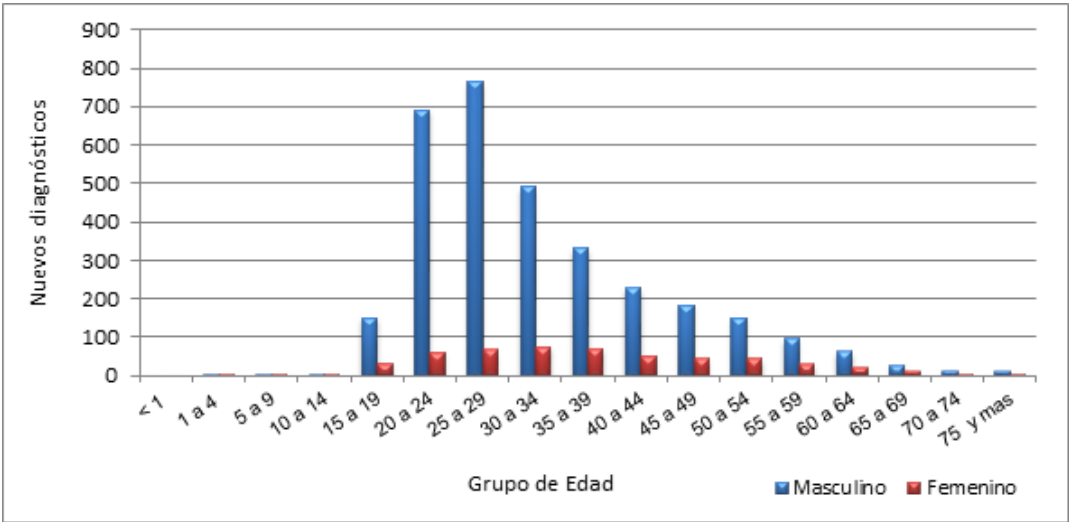
Fuente: Vigilancia de la Salud. UAPSS- Ministerio de Salud. Spectrum 2018.

En cuanto a la distribución geográfica, las provincias de San José y Alajuela presentaron la mayor incidencia de nuevos diagnósticos de VIH por 100.000 habitantes 24,4 y 11,7 respectivamente, aportando el 65% de los casos de país. Por su parte, los cantones que presentaron las tasas más altas de nuevos diagnósticos por 100.000 habitantes fueron: San José (52), Montes de Oca (36,3), Limón (25,2), Heredia (23,6), Desamparados (20,9), Goicoechea (22,6), Tibás (19,9), Curridabat (17,1) y La Unión (19,1), aportando el 49,4% de los casos del país. Es importante aclarar que el registro se hace con base al lugar de residencia y no al lugar de infección, debido a los períodos de incubación tan largos de la enfermedad.

Por otra parte, los nuevos diagnósticos de VIH se presentaron básicamente en el sexo masculino (86,3%) siendo la razón hombre/mujer para el periodo de 6:1 (6 hombres por cada mujer). El grupo de edad con más diagnósticos (ambos sexos) fue el de 20 a 34 años, aportando el 55,1% de los casos del período. El siguiente gráfico detalla lo mencionado.

Gráfico N°4

Incidencia de nuevos diagnósticos de VIH-sida, por edad según sexo, Costa Rica, 2014-2018*
(Tasa/100.000 habitantes)

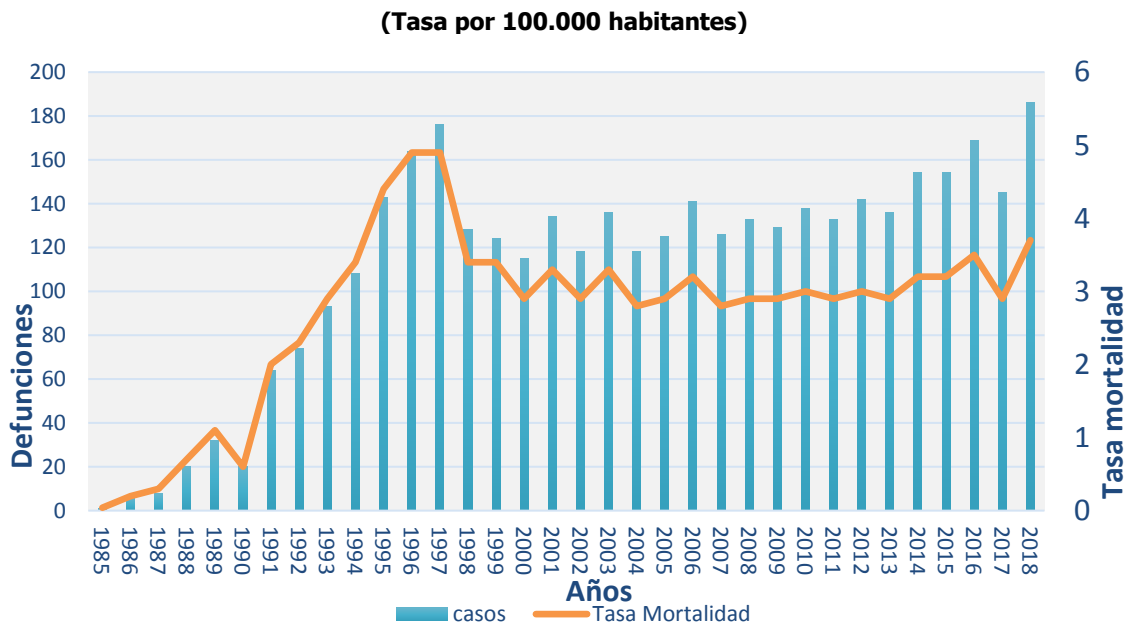


Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud
*Datos preliminares.

En cuanto al binomio sida/tuberculosis, en el año 2018 se diagnosticaron 41 personas coinfectadas. De estas, el 90 % fue del sexo masculino y el grupo de edad con más casos fue el de 30 a 39 años (ambos sexos) aportando el 42,8% de los casos coinfectados.

Otro aspecto por considerar es la mortalidad por sida en Costa Rica, la cual a partir del año 1985 y hasta 1996 presentó un incremento sostenido. Sin embargo, este comportamiento cambió durante 1997, cuando se muestra un decrecimiento de casos, atribuido a la introducción de la terapia antirretroviral y al aumento gradual de su cobertura, generando una estabilización de la mortalidad.

Gráfico N°5
Mortalidad por sida, Costa Rica 1985-2018



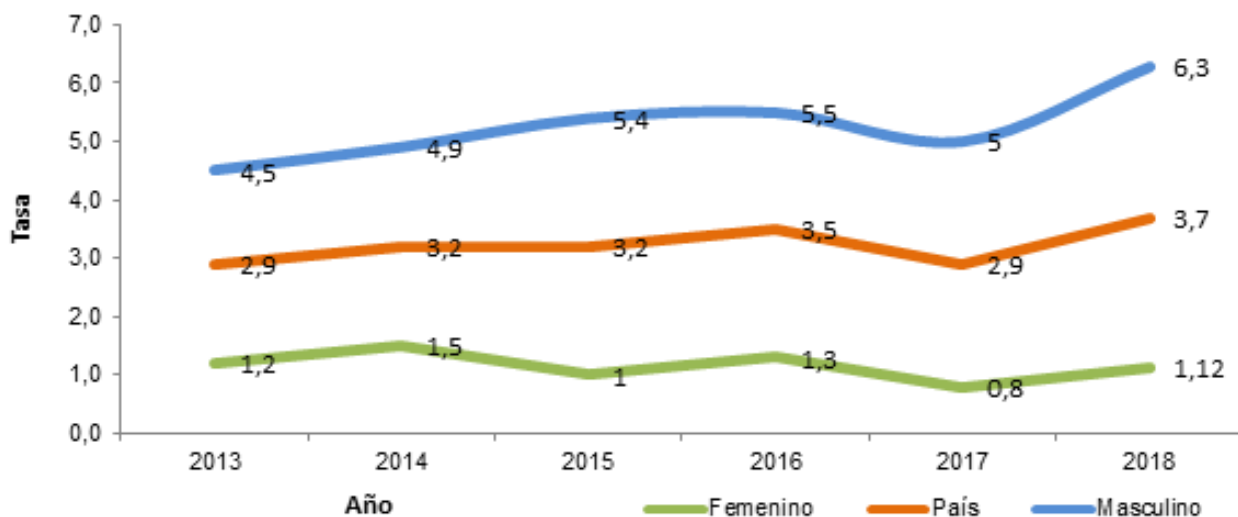
Fuente: INEC-Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

Para el período 2013 al 2017, las tasas de mortalidad masculina se mantienen por encima de la tasa nacional durante todo el período de análisis, caso inverso con la tasa de mortalidad femenina la cual permanece por debajo de la tasa país durante todo el periodo.

Gráfico N°6

Mortalidad Por Sida Según Sexo, Costa Rica 2014-2018

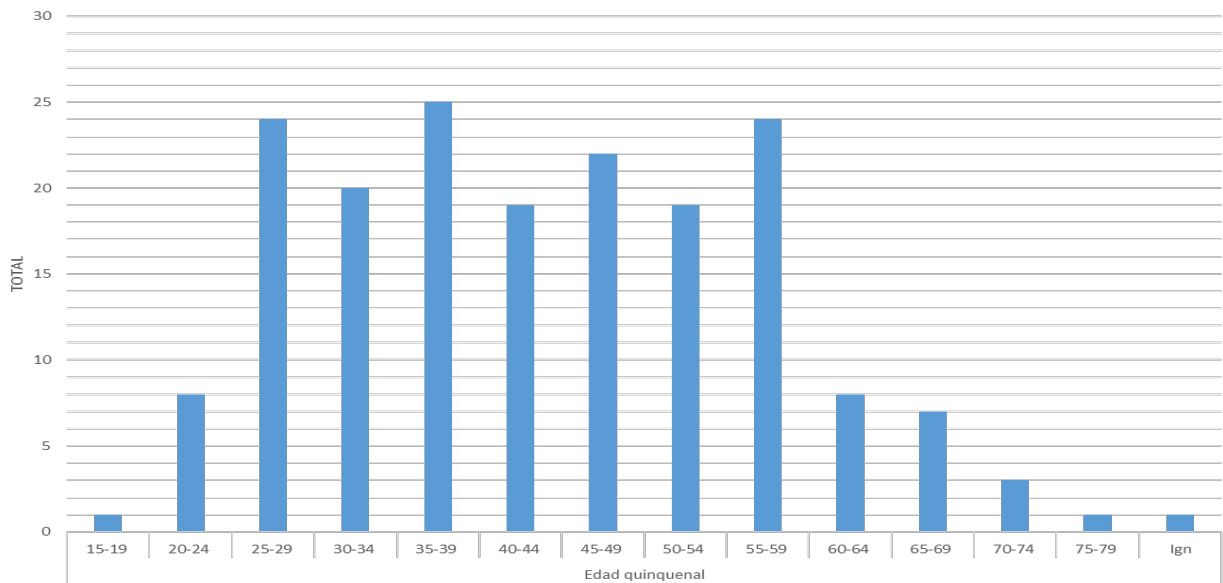
Tasa 100.000 Habitantes



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

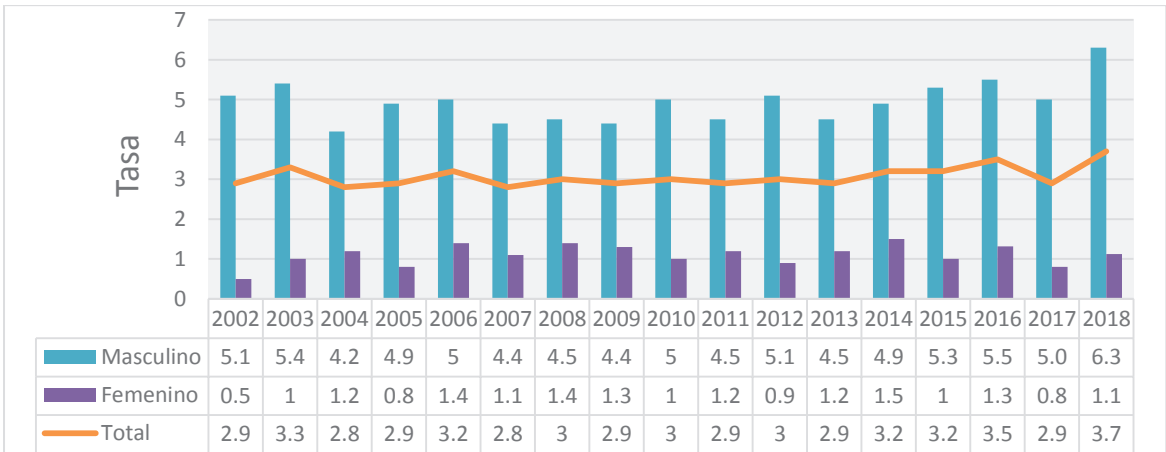
El 81,5% de las defunciones fue del sexo masculino (5 por 100.000 habitantes). El grupo de edad donde se registró el mayor número de defunciones fue el de 30 a 54 años, representando el 68,7% del total de muertes por VIH, con una tasa de mortalidad de 8,9 por 100.000 habitantes, como se muestra en los siguientes gráficos.

Gráfico N°7
Mortalidad por sida según edad, Costa Rica, 2018
Tasa por 100000 habitantes



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

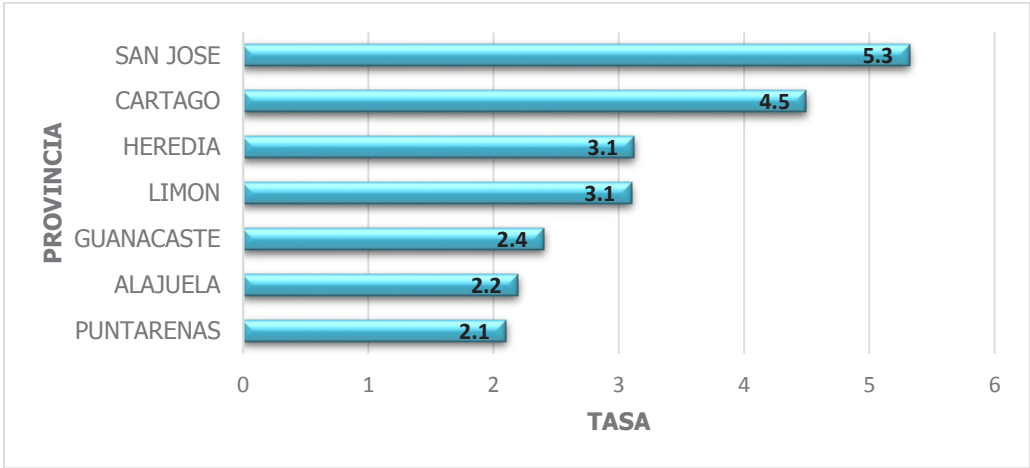
Gráfico N°8
Mortalidad por Sida según sexo, Costa Rica 2002-2018
Tasa 100.000 habitantes



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

Por su parte para el 2018 la provincia de San José fue la que presentó la mayor tasa de mortalidad por sida por cada 100.000 habitantes, aportando el 5,3% del total de casos de país, seguido por la provincia de Cartago, con 4,5%, y luego por Heredia y Limón, con 3,1% cada una.

Gráfico N°9
Mortalidad por sida según provincia, Costa Rica 2018
Tasa por 100000 habitantes

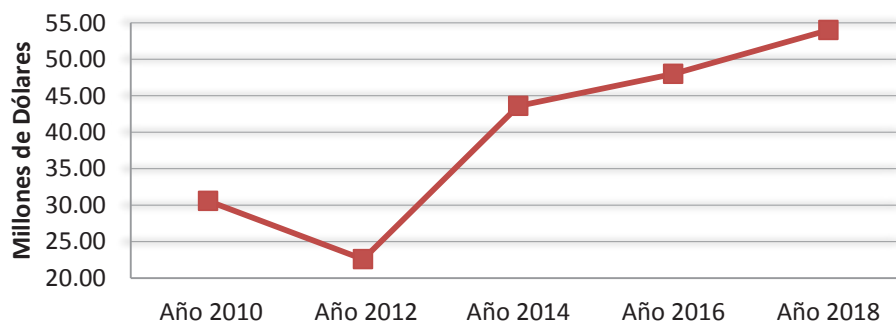


Fuente: INEC- Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud

3. El gasto en VIH a través del tiempo en el país

Los estudios MEGAS han permitido que el país disponga de información financiera que sirve como referencia para conocer el comportamiento del gasto en VIH. A continuación, se presentan una serie de gráficos con los principales datos de gasto en VIH a través de los años.

Gráfico N°10
Gasto en VIH a través de los años, Costa Rica
2010-2018



Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2010,2012,2014,2016 y 2018

De acuerdo con el gráfico anterior el gasto en VIH a partir del 2012 presenta un comportamiento al alza. Para el presente estudio (2018) se aprecia un crecimiento de \$6 millones con respecto al 2016, lo cual representa un crecimiento de 12,5%.

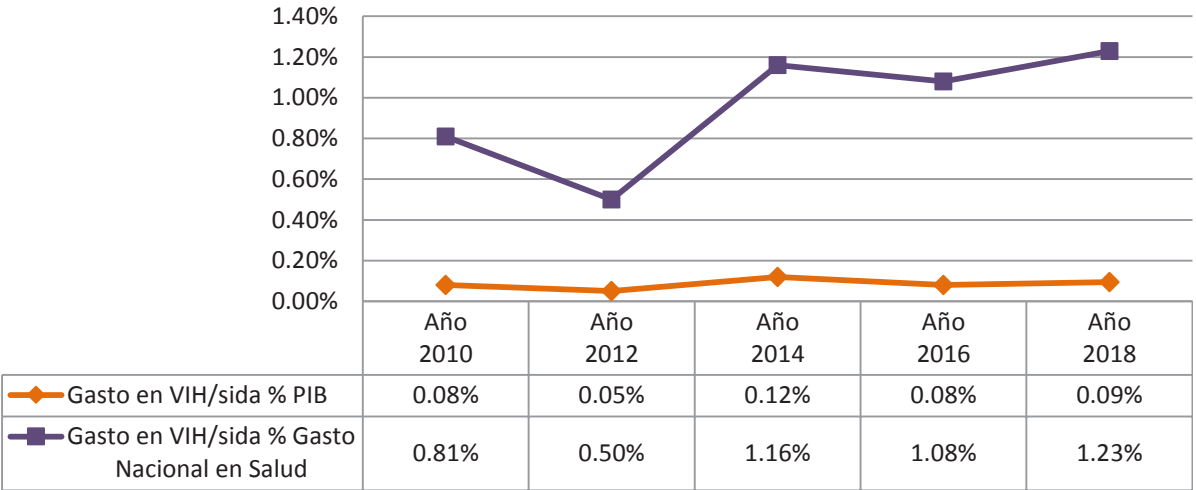
El gasto en VIH como porcentaje del PIB y del gasto nacional en salud creció para el 2018 en 0,01 % y 0,15% con respecto al 2016.

Por su parte, no se muestra una tendencia clara entre el gasto en VIH como porcentaje del PIB y del gasto nacional en salud para el periodo 2010-2018.

Gráfico N°11

Gasto en VIH como porcentaje del PIB y gasto en salud, Costa Rica

2010-2018



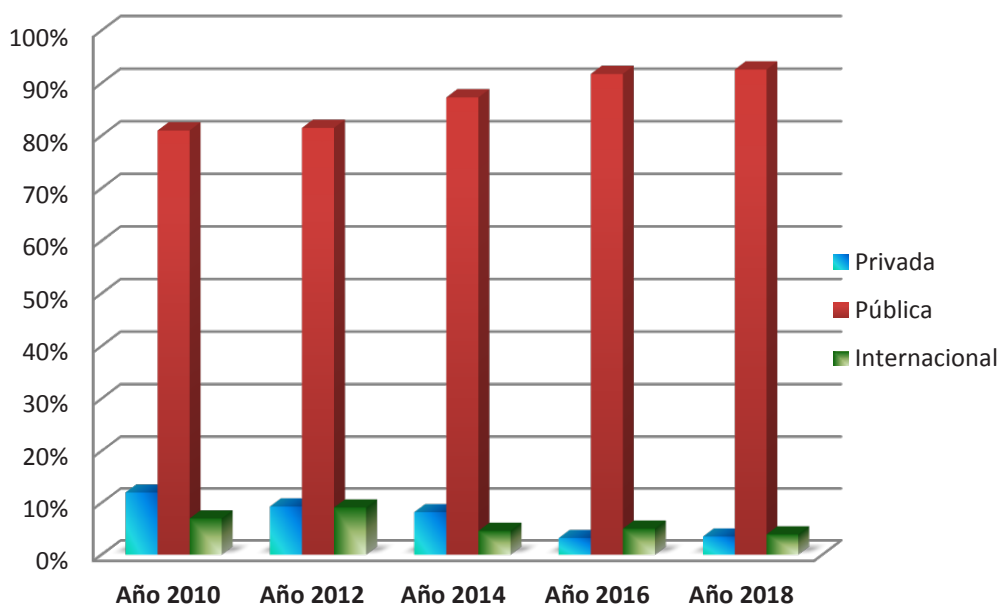
Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2010,2012,2014,2016 y 2018

Al analizar las fuentes de financiamiento, se puede observar que la entidad de financiamiento pública es la que reporta mayor participación durante el periodo de estudio. El financiamiento público presenta, incluso, una tendencia creciente pasando de 81% en 2010 a 92,5% en 2018 (crecimiento de 11,5 punto porcentuales). Mientras, el financiamiento privado ha decrecido, pasó de 12% en 2010 a 3,5% en 2018 (reducción de 8,5 puntos porcentuales). De la misma forma el financiamiento de origen internacional ha presentado una desaceleración pasando de 7% en 2010 a 3,92% en 2018 (reducción de 3,08 puntos porcentuales). Esto se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico N°12

Gasto en VIH por entidad de financiamiento, Costa Rica

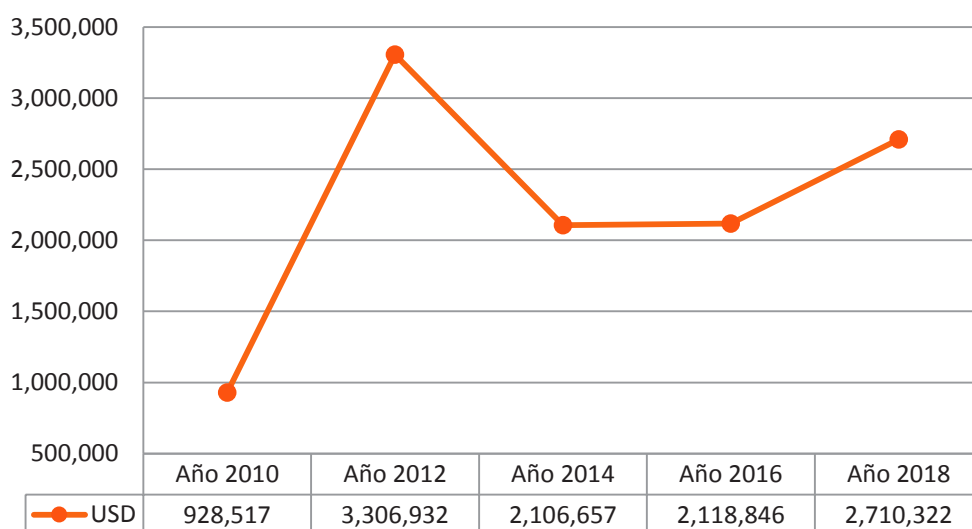
2010-2018



Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2010,2012,2014,2016 y 2018

Otro aspecto relevante es el gasto destinado a la población clave, el cual presentó crecimiento del 2010 al 2012, sin embargo, para el 2014 se muestra una caída de 36,3% en comparación al 2012. Para 2018 el dato reportado presentó un crecimiento de 27,9% con respecto al 2016, y representa un 5,02% del total del gasto en VIH del mismo periodo.

Gráfico N°13
Gasto en VIH en población clave, Costa Rica
2010-2018, Cifras en USD



Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2010,2012,2014,2016 y 2018

4. Resultados

Utilizando la metodología MEGAS, el gasto total en VIH estimado en Costa Rica para el 2018 fue de \$54,01 millones¹⁴ lo que corresponde a un 0,09% del PIB¹⁵ y a un 1,23% del gasto en salud¹⁶. A nivel per cápita el gasto en VIH fue de \$10,79 para una población de 5 millones de habitantes¹⁷.

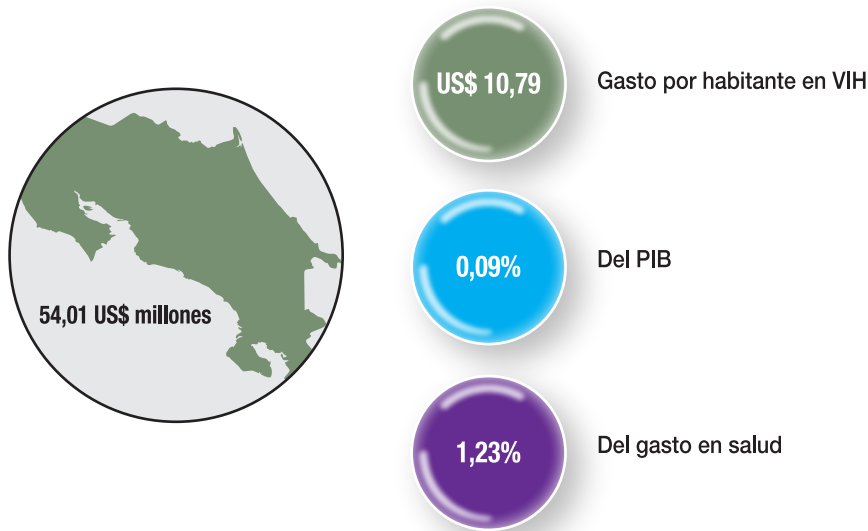
¹⁴ El tipo de cambio utilizado, ₡604,39/US\$, corresponde al tipo de cambio de compra del 31/12/2018 según BCCR.

¹⁵ PIB a precios de mercado, nominal según BCCR.

¹⁶ Estimación del Gasto en Salud, utilizando el promedio de las tasas de crecimiento y aplicándola a la serie 2017 (gasto corriente + gasto capital) publicada por la Organización Mundial de la Salud.

¹⁷ Población del año 2018, publicados por Instituto Nacional de Estadística y Censo de Costa Rica.

Figura 2.
Gasto total en VIH, Costa Rica 2018



Fuente: Elaboración propia con base en la recolección de datos MEGAS 2018

4.1 Flujo Financiero

El flujo financiero permite conocer cuál es la situación actual del país, es decir, da una idea más clara de cómo se están invirtiendo los recursos, de ahí la importancia de su análisis.

De esta manera, el análisis del flujo de recursos de las entidades financiadoras (FE), a los ingresos de financiación de los esquemas (REV), de los esquemas de financiamiento (SCH), de los agentes financieros compradores (FAP) y de los proveedores de servicios (PS) permite visualizar el financiamiento de las entidades públicas, internacionales y privadas hacia los agentes, y los flujos de financiamiento de los agentes hacia los proveedores de bienes y servicios, ya sean éstos públicos, privados o externos.

En Costa Rica el gasto en VIH es financiado por entidades públicas, las cuales están integradas por gobierno central, seguridad social pública y otras entidades públicas. Las entidades privadas están compuestas por hogares, e instituciones con y sin fines de lucro y las entidades internacionales están constituidas por los organismos multilaterales y otras organizaciones y corporaciones internacionales sin fines de lucro.

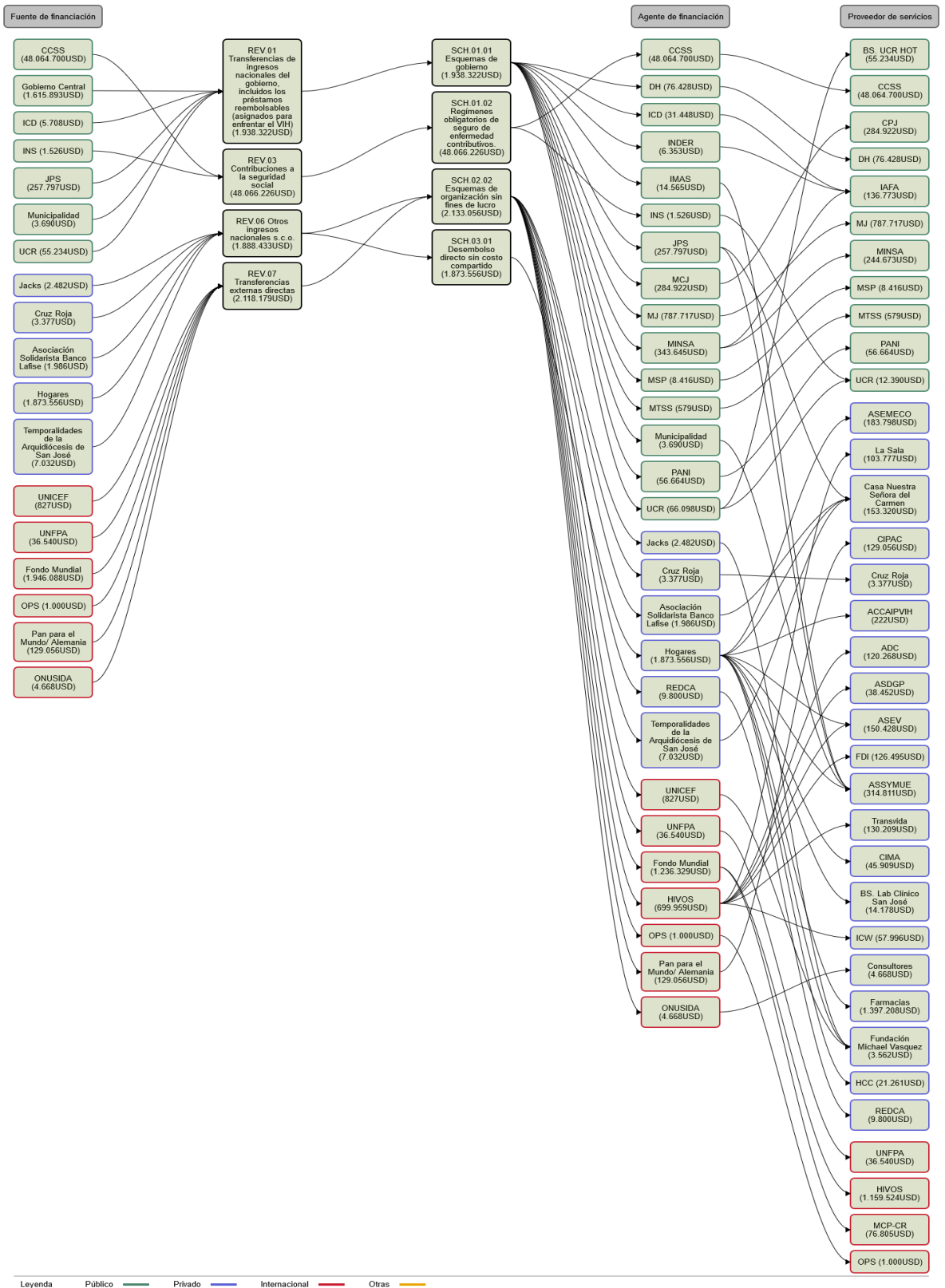
Las entidades financieras públicas movilizan los recursos a través de transferencias de ingresos nacionales del gobierno y contribuciones a la seguridad social, las cuales se asignan a esquemas de gobierno y regímenes de seguro de enfermedad contributivos. A su vez, estos recursos son movilizados por agentes de financiamiento públicos y estos a proveedores de servicios públicos y privados.

Por su parte, las entidades financieras privadas movilizan los recursos a través de otros ingresos nacionales, con esquemas de organizaciones sin fines de lucro y desembolsos directos sin costo compartido. A su vez estos recursos son movilizados por agentes de financiamiento privados y estos a proveedores de servicios privados.

Para el caso de entidades internacionales se observa que los recursos se movilizan a través de transferencias externas directas, con esquemas de organizaciones sin fines de lucro, agentes y proveedores de servicios privados y externos.

Lo antes mencionado se presenta en la siguiente figura:

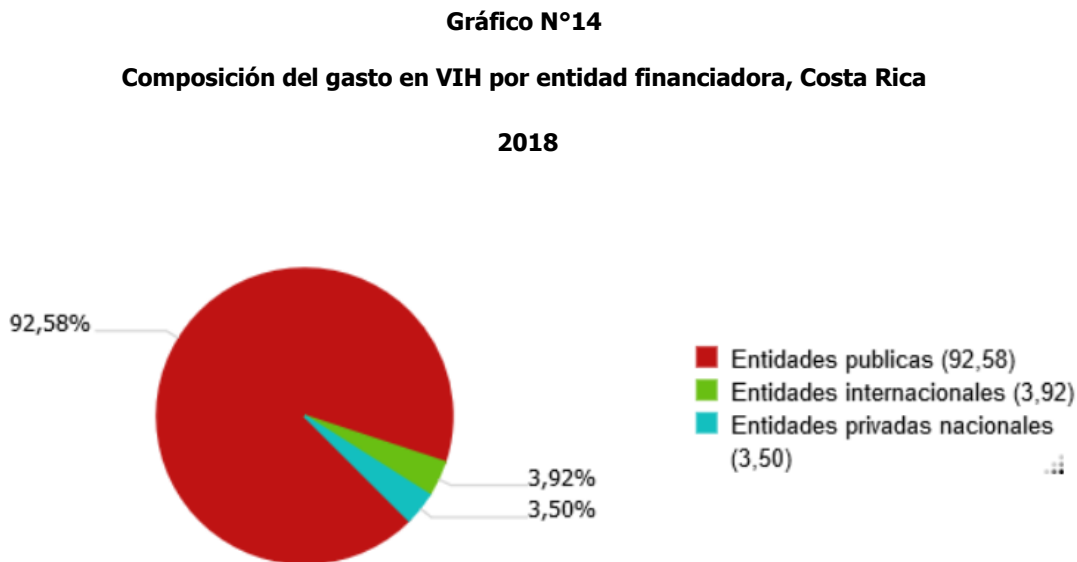
Figura 3. Flujo Financiero MEGAS, Costa Rica 2018



Fuente: Costa Rica Medición Gasto en sida 2018, Sistema NASA RTT

4.2 Gasto por entidad financiadora (FE)

La distribución por entidad de financiamiento se presenta en el siguiente gráfico:



Fuente: Costa Rica Medición Gasto en SIDA 2018, Sistema NASA RTT

La entidad más importante del financiamiento de la respuesta nacional al VIH es el sector público con un 92,6% del gasto total (\$50 millones), del cual el 96,1% proviene de la Caja Costarricense de Seguro Social (\$48,1 millones) seguido por el de Gobierno Central con el 3,23% (\$1,62 millones) y finalmente de otras entidades de financiamiento público con un aporte del 0,65% (\$0.32 millones). Es importante mencionar que el origen de fondos públicos presenta un crecimiento de 0,83 puntos porcentuales con respecto al 2016 (91,7%).

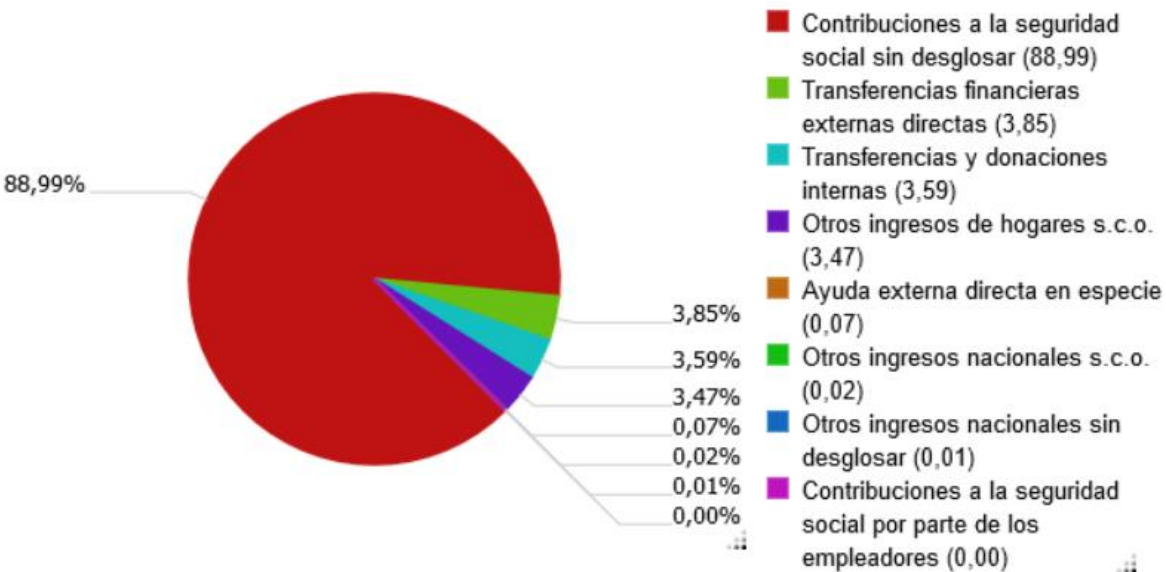
Por su parte el sector privado representa un 3,5% del total del gasto (\$1,89 millones), donde el 0,18% es financiado por instituciones sin fines de lucro y el 99,8% por instituciones con fines de lucro. Este 99,8% está conformado es su mayoría por los hogares (incluye la estimación de gasto de la comercialización de condones) los cuales representan un 99,2%. Hay que recalcar que el origen de fondos privados muestra un ligero crecimiento con respecto al estudio 2016 (3,22%).

Finalmente, el sector externo aportó un monto de 3,92%, es decir, \$2,12 millones del total del gasto reportado. En este sector el Fondo Mundial representa 91,9% del total del financiamiento externo. En comparación con el año 2016, este financiamiento presentó un decrecimiento de 1,11 puntos porcentuales, es decir, hay una reducción en la inyección de liquidez por parte de las entidades internacionales.

4.3 Ingresos de financiación de los esquemas (REV)

Los ingresos de financiación son el enfoque utilizado para clasificar, identificar y medir el conjunto de ingresos de los esquemas de financiamiento¹⁸, por tanto, este clasificador permite conocer los mecanismos de recaudación de la estructura de financiamiento del gasto en VIH en el país. A continuación, se muestra un gráfico con esta estructura.

Gráfico N°15
Composición del gasto en VIH por ingresos de financiación, Costa Rica
2018



Fuente: Costa Rica Medición Gasto en SIDA 2018, Sistema NASA RTT

¹⁸ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), Eurostat, Organización Mundial de la Salud. Un sistema de Cuentas de Salud 2011.

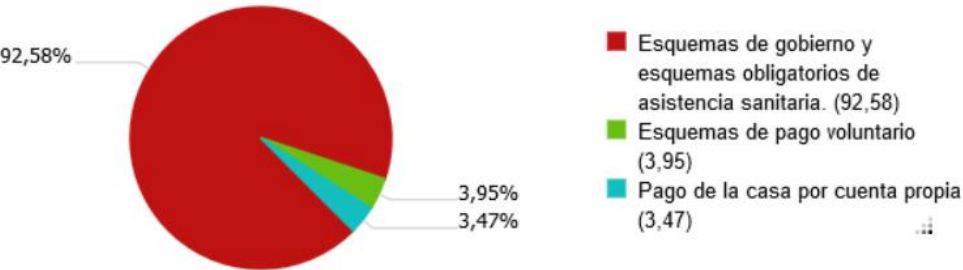
El principal ingreso de financiación del gasto en VIH para el 2018 corresponde a las contribuciones a la seguridad social sin desglosar con 89% este rubro incluye los gastos que fueron financiados con los recursos procedentes de pagos de los trabajadores asalariados, empleadores, trabajadores por cuenta propia y personas desempleadas que realizan la contribución con el propósito de tener derecho a las prestaciones de la seguridad social. En segundo lugar, están las transferencias financieras externas directas con 3,8%. Las transferencias y donaciones internas ocupan la tercera posición con 3,6%. Estas se refieren a transferencias dentro del mismo nivel de gobierno, o a una transferencia entre el gobierno central y el local.

Siguiendo el orden de importancia se encuentran otros ingresos de hogares s.c.o con 3,5%, cuya principal fuente son los pagos directos de hogares.

4.4 Gasto por esquema de financiamiento (SCH)

Los esquemas de financiamiento permiten describir los principales arreglos financieros para el pago de servicios que consume la población. Estos pueden estar dirigidos a financiar atenciones a individuos, o acciones que benefician a colectividades, aspecto importante en la definición de la política pública para determinar quién financia la actividad.

Gráfico N°16
Composición del gasto en VIH por esquema de financiamiento, Costa Rica
2018



Fuente: Costa Rica Medición Gasto en SIDA 2018, Sistema NASA RTT

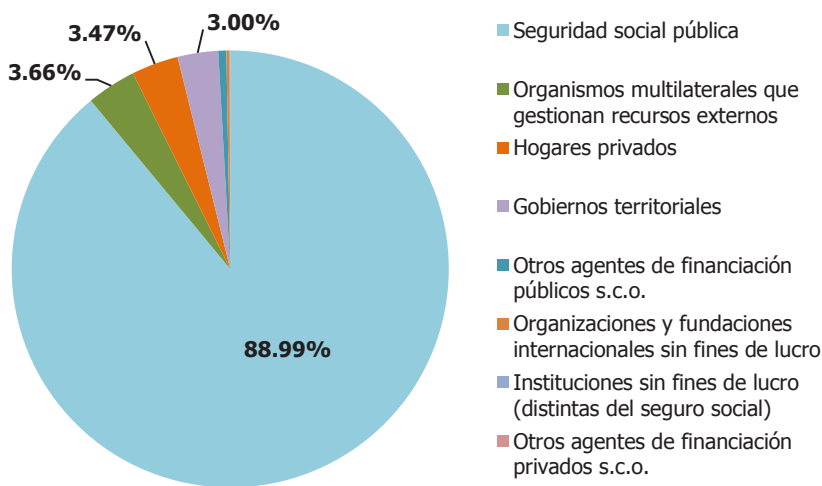
El esquema principal para MEGAS 2018 es el que corresponde a esquemas de gobierno y obligatorios de asistencia sanitaria, con un 92,6%. Esta categoría incluye todos los esquemas destinados a garantizar el acceso a la atención médica básica y los servicios sociales en programas de VIH. Por su parte, los esquemas de pago voluntario ocupan la segunda posición, con 3,9% e incluyen todos los esquemas nacionales de financiamiento de atención médica prepago donde el acceso a los servicios está a discreción de las empresas privadas.

Los esquemas de pago de la casa por cuenta propia poseen una participación de 3,47%. Estos corresponden al gasto de bolsillo de los hogares, es decir, es un pago directo hecho por los hogares en el momento de utilizar el servicio.

4.5 Gasto por agente de financiamiento (FAP)

Los agentes de financiamiento son entidades que movilizan recursos financieros recolectados de diferentes fuentes de financiación y los transfieren para pagar o comprar asistencia sanitaria u otros bienes y servicios. El siguiente gráfico presenta su composición.

Gráfico N°17
Composición del gasto en VIH por agente de financiamiento, Costa Rica
2018



Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2018

El principal agente de financiamiento es la seguridad social pública con, 88,9%. Este agente está representado en su totalidad por la Caja Costarricense de Seguro Social, la cual es una entidad jurídica con la obligación establecida por ley de garantizar el acceso al conjunto de servicios de salud.

La segunda posición les corresponde a los organismos multilaterales que gestionan recursos externos con un 3,66%. Algunos de estos agentes incluyen al Fondo Mundial, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Organización Panamericana de Salud (OPS), entre otros.

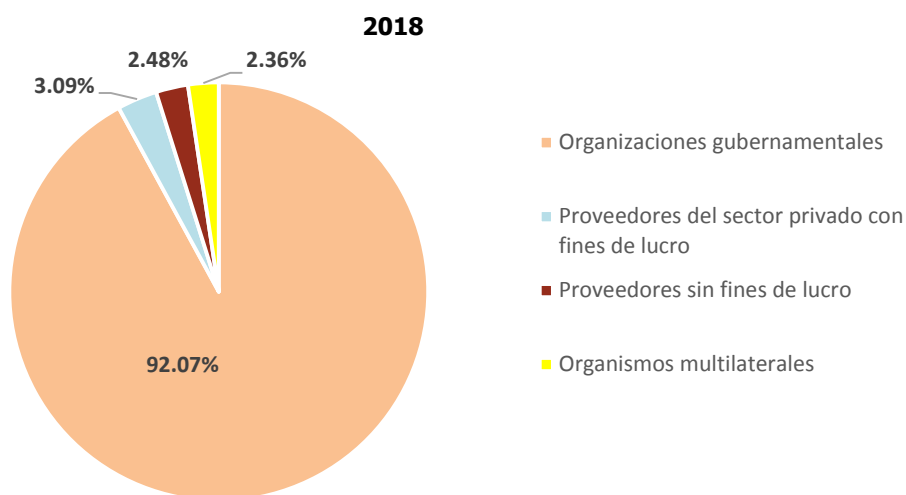
Por su parte, los hogares privados tienen una participación de 3,47% y un tercer lugar, mientras los gobiernos territoriales ocupan la cuarta posición con un 3%. El resto de los agentes de financiamiento tienen una participación mínima.

4.6 Gasto por proveedor (PS)

Los proveedores de servicios comprenden un grupo de organizaciones y actores cuya actividad principal es la entrega de bienes y servicios relacionados con la respuesta nacional al VIH. Su distribución porcentual se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico N°18

Composición del gasto en VIH por proveedor de servicios, Costa Rica



Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2018

El principal proveedor de servicios son los organismos gubernamentales con, 92,1%. Su composición interna incluye la atención ambulatoria pública, con una participación de 48%, los hospitales públicos, con un 45%, y los bancos de sangre con un 3,77%. El 3,23% restante está distribuido entre nueve proveedores, por lo que su participación es mínima.

Los proveedores del sector privado con fines de lucro tienen asignado el segundo lugar con 3,09%, y su principal participante corresponde a farmacias y proveedores de artículos médicos con 83,8%, seguido de hospitales (8,09%), bancos de sangre (7,82%) y proveedores s.c.o (0,28%).

La tercera posición les corresponde a los proveedores sin fines de lucro, con un 2,48% del total, dentro del cual las organizaciones de la sociedad civil tienen una participación del 64,9%, por su parte los hogares de acogida y albergues suman un 34,9% y otros proveedores s.c.o conforman el 0,25% restante.

Finalmente, los organismos multilaterales ocupan la cuarta posición dentro de los proveedores con un 2,36% y su principal participante es el Instituto Humanista para la Cooperación con los Países en Desarrollo (HIVOS) con un 91%.

4.7 Gasto por categorías (ASC)

Las categorías de gasto son intervenciones y actividades relacionadas con el VIH. Su clasificación funcional incluye las siguientes categorías:

- Prevención ASC.01 (dentro de esta categoría están incluidos los cinco pilares de prevención)¹⁹.
- Detección de VIH y consejería ASC.02.
- Atención y tratamiento del VIH ASC.03.
- Protección social y apoyo económico ASC.04.
- Entorno social favorable ASC.05.
- Catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas ASC.06.
- Sinergias para el desarrollo ASC.07.
- Investigación relacionada con el VIH ASC.08.

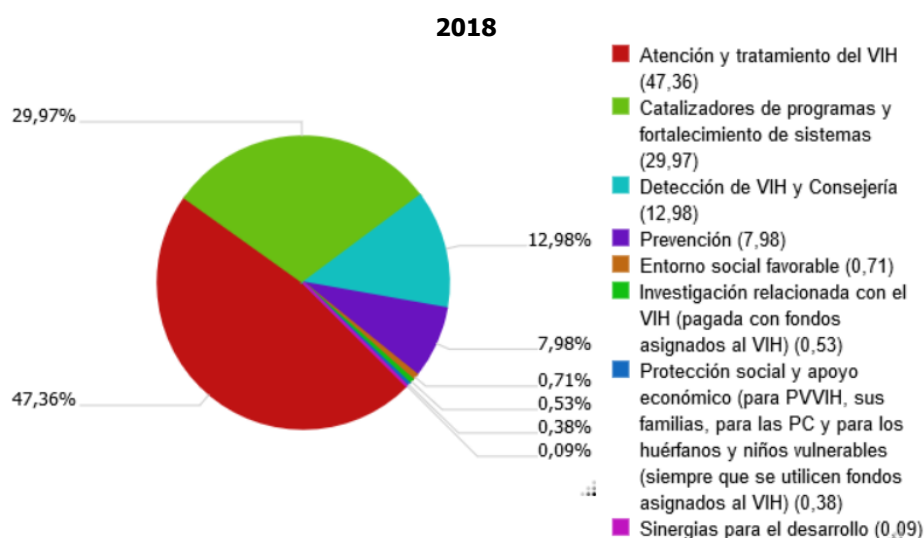
Esta clasificación permite determinar a cuales categorías de gasto se giran más recursos. A continuación, se muestra el gráfico con la distribución porcentual para el 2018.

¹⁹Los cinco pilares de la prevención buscan lograr menos de 500,000 nuevas infecciones para el 2020. Estos se conforman por:

1. Programas combinados de prevención que incluyen educación integral sobre sexualidad, empoderamiento económico y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres jóvenes y adolescentes y sus parejas masculinas en lugares de alta prevalencia.
2. Programas de prevención para las poblaciones clave, fundamentados en evidencias y basados en los derechos humanos, que incluyan servicios dedicados y movilización y empoderamiento de la comunidad.
3. Fortalecimiento de los programas nacionales de preservativos, que incluyen compras, distribución, comercialización social, ventas en el sector privado y creación de demanda.
4. Circuncisión masculina médica voluntaria en países prioritarios que tenga altos niveles de prevalencia del VIH y bajos niveles de circuncisión masculina, como parte de la prestación más amplia de servicios de salud sexual y reproductiva para niños y hombres.
5. Profilaxis previa a la exposición entre las poblaciones de mayor riesgo de exposición al VIH.

Gráfico N°19

Participación de las categorías de gasto en VIH, Costa Rica



Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2018

Al analizar el uso de los recursos por categorías de gasto, se muestra que la mayor concentración está en atención y tratamiento del VIH, con un 47,4 %. Con relación a los resultados de 2016 se percibe una reducción importante de 32,4 puntos porcentuales (79,8%), lo cual se atribuye a que el principal proveedor de atención de salud (Caja Costarricense de Seguro Social)²⁰ ya había iniciado para el 2018 la terapia en esquema simplificado y con un mayor número de medicamentos adquiridos a través del Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud, lo cual permitió ahorros importantes en el costeo de los esquemas de tratamiento.

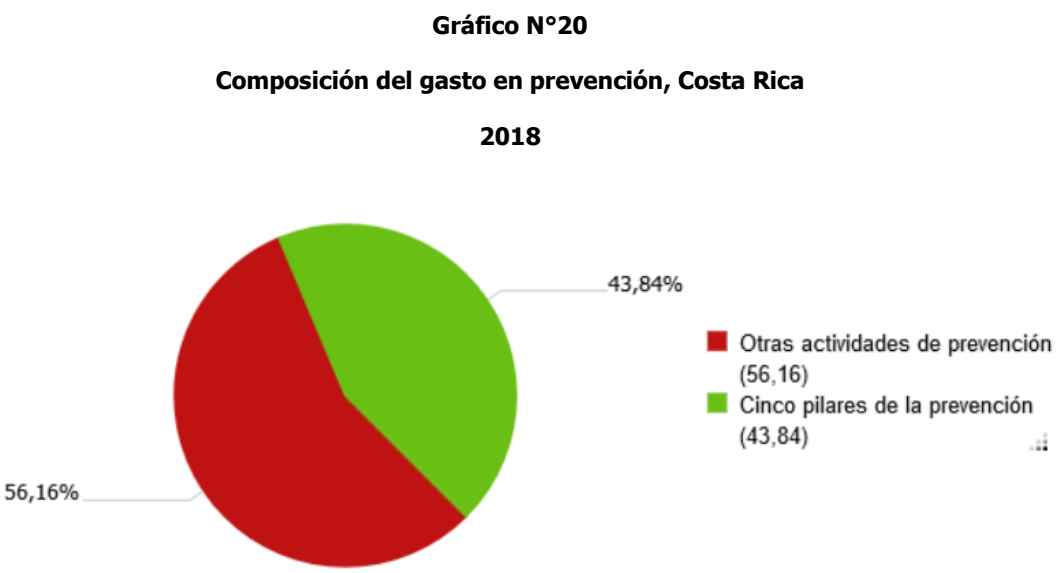
La segunda categoría de gasto la ocupan los catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas, con un 30%, mientras la detección de VIH y consejería se ubica en la posición tres, con 13%, y la prevención en el cuarto lugar, con 7,98%. Es importante considerar que el gasto destinado a la categoría prevención se mantiene en niveles considerablemente bajos, lo cual debe generar alertas debido a que esta intervención permite reducir el comportamiento de riesgo.

²⁰ Estadísticas de la Caja Costarricense de Seguro Social en Anexo 4

A continuación, se presenta un análisis detallado de cada una de las intervenciones y actividades relacionadas con el VIH.

4.7.1 ASC.01 Prevención

Tal y como se mencionó esta categoría es de gran importancia en la repuesta nacional ante el VIH debido a que promueve actividades o programas que permiten reducir el comportamiento de riesgo. La composición del gasto en prevención se divide en los cinco pilares de la prevención, que juntos representan el 43,8 %, y otras actividades de prevención, con un 56,2%, tal como se muestra a continuación:



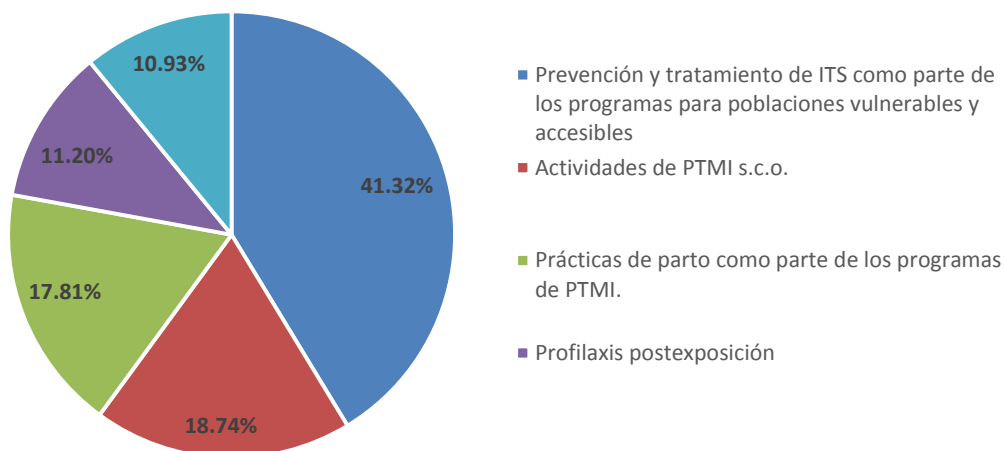
Fuente: Costa Rica Medición Gasto en SIDA 2018, Sistema NASA RTT

Con respecto a los gastos asociados a la prevención por tipo de intervención, la función que obtuvo un mayor financiamiento es la que corresponde a otras actividades de prevención con 56,2%. Dentro de este porcentaje el mayor peso está asignado a la prevención y tratamiento de ITS como parte de los programas para poblaciones vulnerables y accesibles con un 41,3%, seguido de las actividades de PTMI s.c.o., prácticas de parto como parte de los programas de PTMI y profilaxis post exposición, con 18,7%, 17,8% y 11,2%. En el gráfico que sigue se aprecia esta información.

Gráfico N°21

Composición de otras actividades de prevención, Costa Rica

2018



Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2018

Por su parte, los cinco pilares de la prevención representan 43,8% del total del gasto en prevención. Dentro de su composición el mayor peso está asignado a la venta de preservativos, con un 73,9%, seguido de la comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) como parte de los programas para HSH (14,2%). Esta última intervención evidencia la inversión hecha para que la población HSH adopte y mantenga comportamientos saludables que reducen los riesgos de contraer la infección por el VIH. Por su parte, el empoderamiento comunitario y prevención del estigma y la discriminación entre TG tiene una participación de 7,1%. Esta información se detalla en el siguiente gráfico.

Gráfico N°22

Composición de los cinco pilares de la prevención, Costa Rica

2018



Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2018

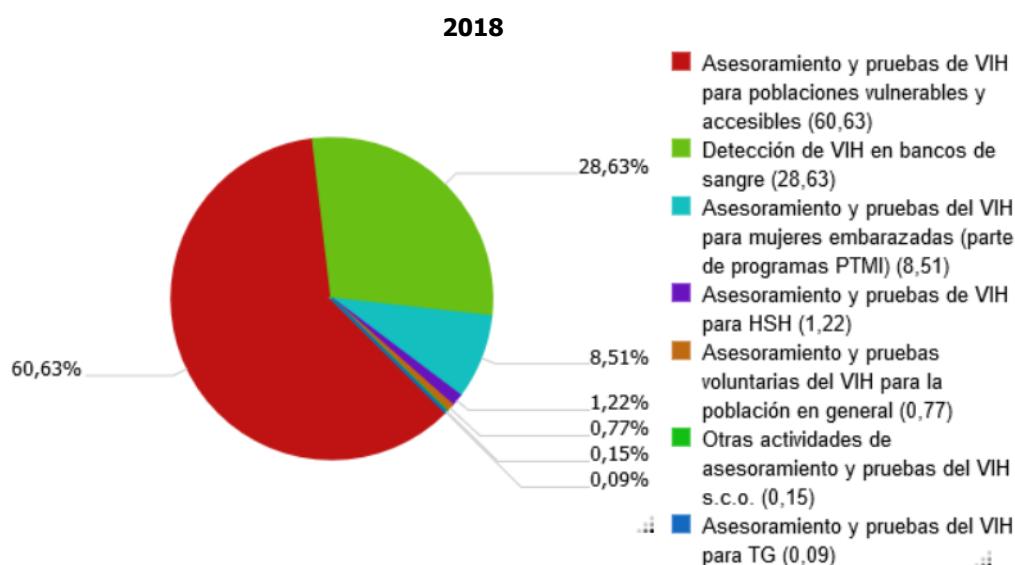
4.7.2 ASC.02. Detección de VIH y consejería

La detección de VIH y consejería incluyen actividades en las que ambos aspectos son recibidos por personas que desean conocer su estado serológico²¹ respecto del VIH. En este código se incluye el proceso completo de provisión, incluido el personal médico, el asesor, el laboratorio y el asesoramiento posterior a la prueba, así como los suministros médicos y no médicos utilizados.

²¹ONUSIDA 2015. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Estado Serológico: término genérico que se refiere a la presencia o ausencia de anticuerpos en la sangre. Con frecuencia se refiere al estado de anticuerpos contra el VIH.

Gráfico N°23

Composición del gasto en detección de VIH y consejería, Costa Rica



Fuente: Costa Rica Medición Gasto en SIDA 2018, Sistema NASA RTT

El mayor porcentaje de participación en esta intervención es de 60 ,6 % y está asignado al asesoramiento y pruebas de VIH para poblaciones vulnerables y accesibles, el segundo lugar es para la detección en bancos de sangre con 28,6 %, por su parte, el asesoramiento y pruebas de VIH para mujeres embarazadas ocupa la posición tres con 8,5%, mientras los porcentajes de participación en el asesoramiento y pruebas de VIH para HSH y TG son de 1,22% y 0,09% respectivamente.

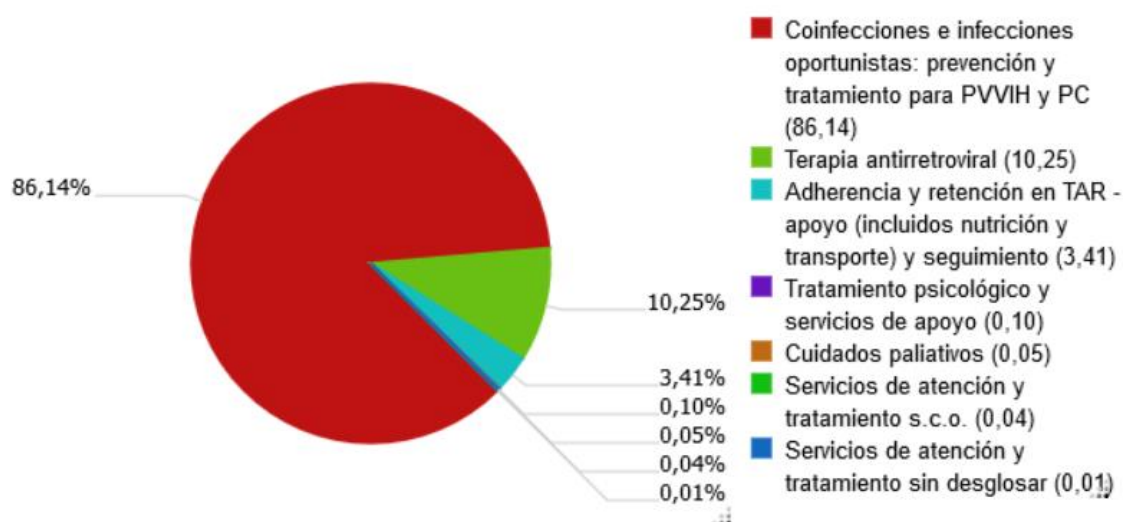
4.7.3 ASC.03. Atención y tratamiento del VIH

Esta categoría de gasto hace referencia a todos los gastos, las compras, las transferencias y la inversión en las que se incurrió para brindar acceso a actividades en dispensarios, hogares o la comunidad para el tratamiento y la atención de adultos y niños con VIH.

Gráfico N°24

Composición del gasto en atención y tratamiento de VIH, Costa Rica

2018



Fuente: Costa Rica Medición Gasto en SIDA 2018, Sistema NASA RTT

Esta es la categoría de gasto a la que se destina más recursos, es decir, una gran parte de los recursos reportados se están trasladando para optimizar la calidad de vida de las personas VIH positiva y sus familias. Su desglose interno revela que un 86,1% de los recursos se destinan a coinfecciones e infecciones oportunistas²², lo cual evidencia la importancia de contrarrestar la principal causa de morbilidad y mortalidad de los pacientes con VIH.

Por su parte la terapia antirretroviral ocupa la segunda posición con un 10,2%, lo cual representa un decrecimiento de 3,75 puntos porcentuales con respecto a 2016 (14%). El tercer lugar le corresponde a adherencia y retención en TAR-apoyo y seguimiento, con 3,41%. Es importante mencionar que el resto de las intervenciones tienen una representación mínima (0,20%).

²²ONUSIDA 2015. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Infecciones oportunistas: enfermedades causadas por diversos microorganismos, muchos de los cuales no suelen originar una enfermedad en personas con un sistema inmunitario saludable.

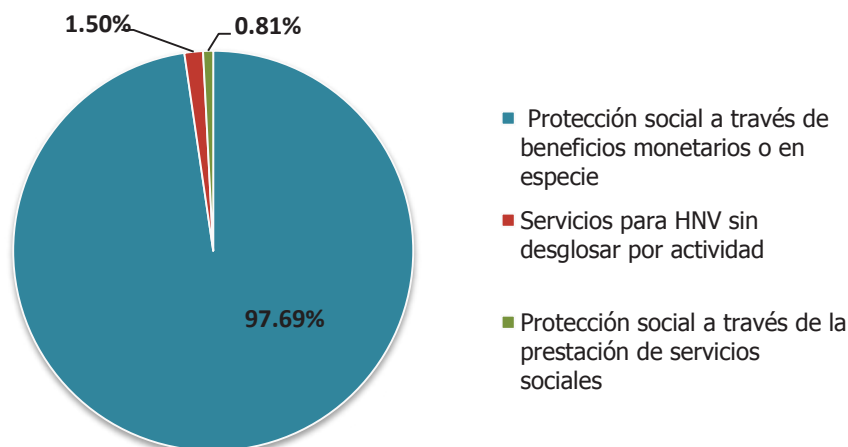
4.7.4 ASC.04. Protección social y apoyo económico para PVVIH, sus familias, para las PC y para los huérfanos (o personas menores de edad en condición de abandono) y niños vulnerables

La protección social se refiere al desarrollo de actividades destinadas a la mitigación social para las personas con VIH y, sus familias, para las poblaciones clave y para los huérfanos (o personas menores de edad en condición de abandono) y niños vulnerables. El apoyo económico puede ser a través de subvenciones y transferencias de dinero. Estas transferencias de dinero y subvenciones tienen como finalidad reducir la pobreza, haciendo a los programas de bienestar social condicionales o incondicionales a las acciones del receptor.

Gráfico N°25

Composición del gasto en protección social y apoyo económico, Costa Rica

2018



Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2018

A este rubro se destinó el 0,38% del gasto total del 2018, lo cual implica un crecimiento de 0,22 puntos porcentuales con respecto al 2016 (0,16%). El mayor peso en esta categoría se encuentra en la protección social a través de beneficios monetarios o en especie, con un 97,7% del total.

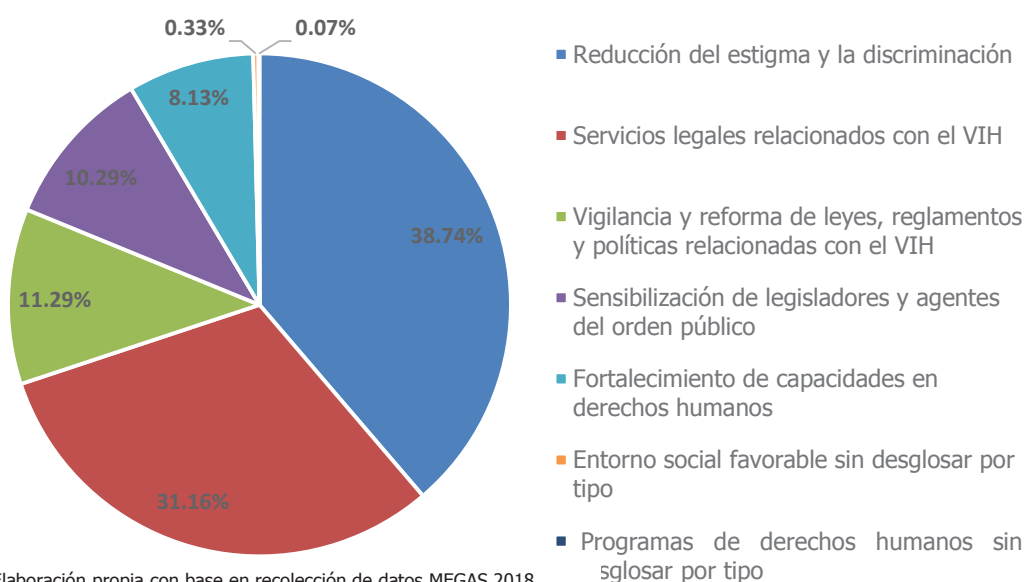
4.7.5 ASC.05. Entorno social favorable

El gasto en entorno social favorable para el 2018 fue de un 0,71% del total, evidenciando un decrecimiento de 0,20 puntos porcentuales con relación al 2016 (0,9%). Esta intervención es la que destina recursos a estrategias de protección social, tales como las normas sociales que favorecen el conocimiento, la concientización y las opciones de conductas saludables. El siguiente gráfico proporciona una descripción más detallada de la composición de esta categoría de gasto.

Gráfico N°26

Composición del gasto en entorno social favorable, Costa Rica

2018



Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2018

La mayor concentración se presenta en la inversión para la reducción del estigma y la discriminación, con 38,7%, demostrando los esfuerzos por reducir el proceso dinámico de devaluación que desacredita de forma significativa a una persona ante los ojos de los demás, así como la reducción de cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitraria de las personas²³.

²³ONUSIDA 2015. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA.

Los servicios legales relacionados con el VIH ocupan la segunda posición, con un 31,2%. Vigilancia y reforma de leyes, reglamentos y políticas relacionadas con el VIH ocupan el tercer lugar, con 11,3% y a la sensibilización de legisladores y agentes del orden público se dedicó un 10,3%. El resto de fondos para entorno saludable se distribuye en fortalecimiento de capacidades en derechos humanos, entorno social favorable sin desglosar por tipo y programas de derechos humanos sin desglosar por tipo.

4.7.6 ASC.06. Catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas

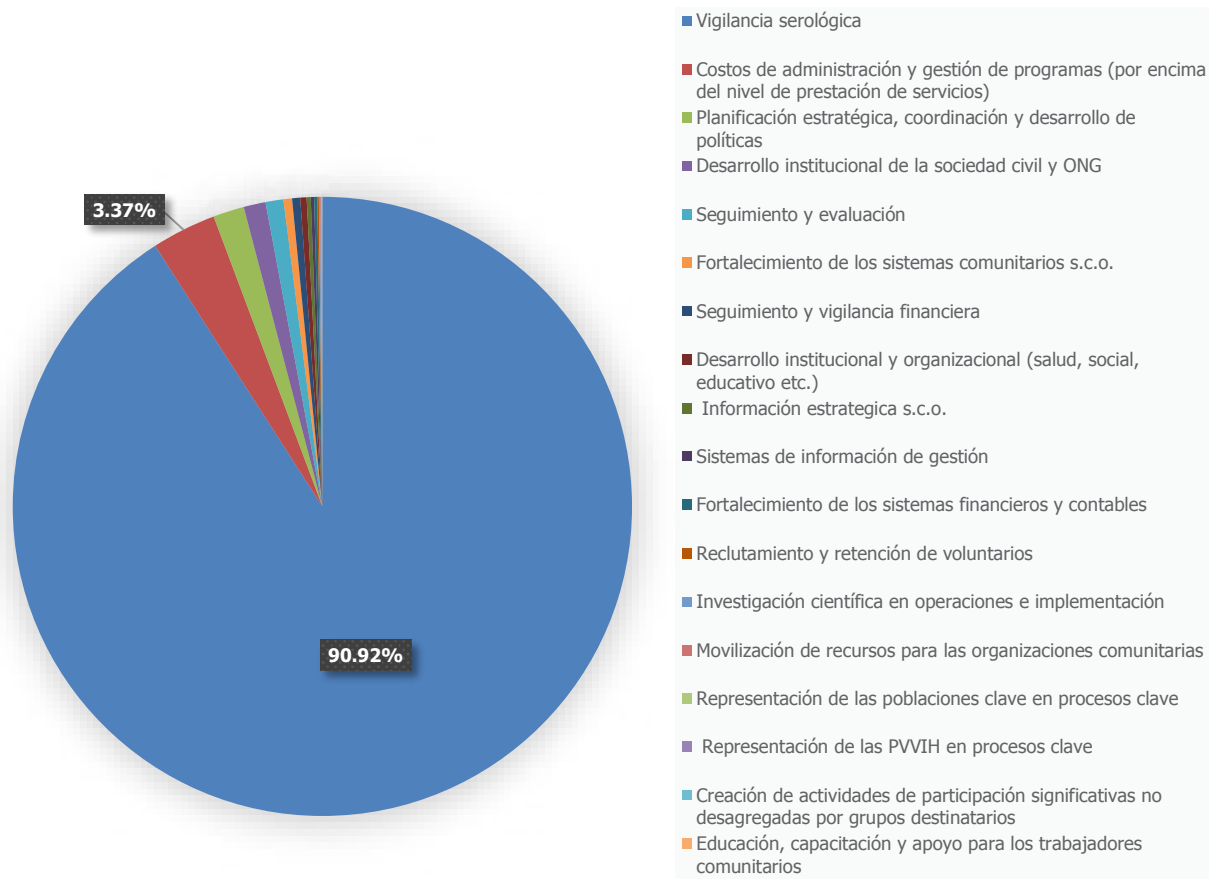
En el 2018, el gasto en catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas se ubica en la segunda posición del total del gasto en VIH, con un 30%. Dentro de esta categoría la intervención que obtuvo mayor participación es vigilancia serológica con un 91%. Este componente incluye los gastos en el registro y el procesamiento de información que se utilizará para documentar la incidencia y la prevalencia específica de la epidemia, tanto en la población general como en determinadas poblaciones. También se incluyen en este componente los estudios centinela, la notificación obligatoria de casos y los análisis epidemiológicos²⁴.

En segundo, muy por debajo de vigilancia serológica, se dedicó el gasto a los costos incurridos en la gestión de programas encuadrados en la respuesta nacional al VIH, en la provisión de supervisión administrativa de rutina y específica y asistencia técnica al personal, con un 3,37%. Las otras funciones tienen valores mínimos que van de 1,62% a 0,01% y en total representan el 5,71% restante, tal como se aprecia en el siguiente gráfico.

²⁴ONUSIDA 2009. Valoración del Gasto Nacional relativo al Sida (NASA): Taxonomía de la clasificación y definiciones.

Gráfico N°27

Composición del gasto en catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas, Costa Rica
2018



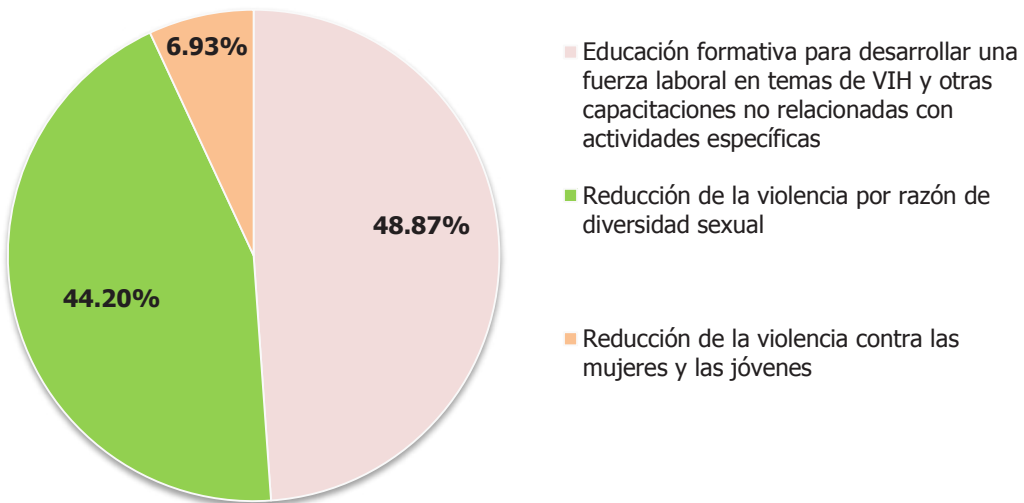
Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2018

4.7.7 ASC.07 Sinergias para el desarrollo

Este rubro se refiere a la actuación en conjunto para lograr el desarrollo, es decir, “son inversiones en otros sectores que pueden tener un efecto positivo en resultados relacionados con el VIH”. La educación formativa para desarrollar una fuerza laboral en temas de VIH y otras capacitaciones no relacionada con actividades específicas es la intervención de mayor peso en esta categoría, con 48,9%. El segundo lugar lo ocupa la

reducción de la violencia por razón de diversidad sexual, con un 44,2% y finalmente la reducción de la violencia contra las mujeres y las jóvenes, con un 6,93%. Esto se observa en el gráfico siguiente:

Gráfico N°28
Composición del gasto en sinergias para el desarrollo, Costa Rica
2018



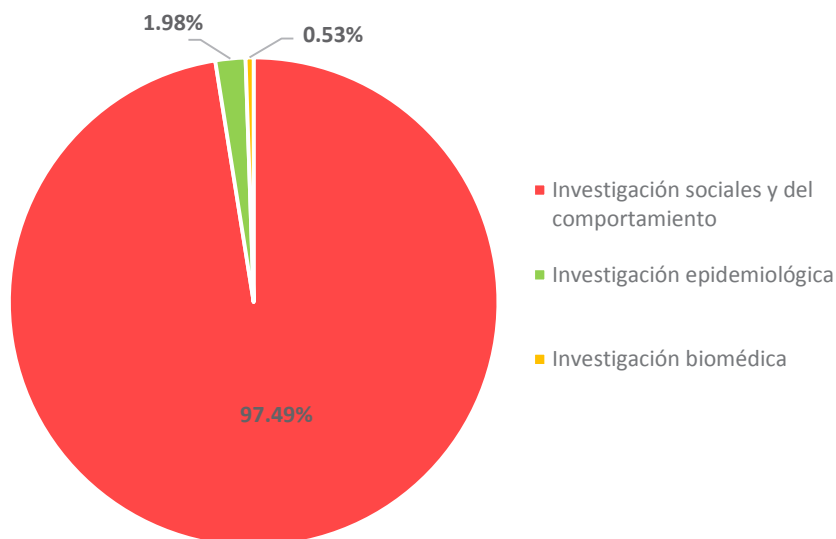
Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2018

4.7.8 ASC.08 Investigación relacionada con el VIH

El gasto en investigación representa apenas un 0,53% del gasto total en el 2018, evidenciándose un crecimiento de 0,44 puntos porcentuales en comparación con el 2016 (0,09%), lo cual implica mejoras en la generación de conocimientos que pueden ser utilizados para prevenir el virus, así como para promover, restablecer, mantener, proteger y mejorar el desarrollo de la población y el bienestar de las personas.

Gráfico N°29

**Composición del gasto en inversión por tipo de investigación, Costa Rica
2018**



Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2018

Existe una concentración en investigaciones sociales y del comportamiento con 97,5% lo cual evidencia que la mayor inversión realizada es aquella asociada a los factores de riesgo para la salud y la enfermedad. Por su parte la investigación epidemiológica ocupa el segundo lugar con 1,98%, y es la que se “ocupa de las causas, la distribución espacial y temporal, y el control de las enfermedades”²⁵. Finalmente, la investigación biomédica tiene una participación del 0,53% de este gasto.

4.8 Poblaciones beneficiarias (BP)

Las poblaciones beneficiarias son aquellas a las que se destinan o prevén explícitamente los beneficios de actividades específicas, es decir los receptores previstos de los distintos servicios. La identificación de las poblaciones beneficiarias tiene como finalidad cuantificar los recursos que se asignan específicamente a una población como parte del proceso de prestación de servicios de una intervención programática²⁶.

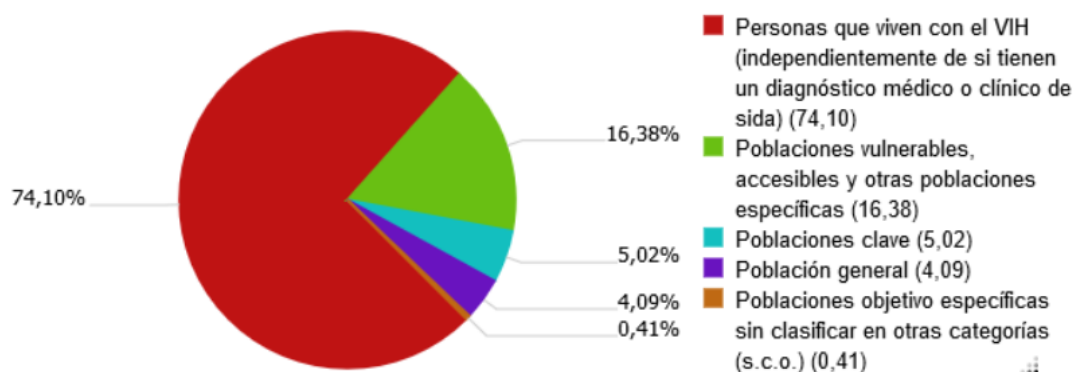
²⁵ONUSIDA 2015. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA.

²⁶ ONUSIDA 2009. Valoración del Gasto Nacional relativo al Sida (NASA): Taxonomía de la clasificación y definiciones.

Gráfico N°30

Composición del gasto en VIH por población beneficiaria, Costa Rica

2018



Fuente: Costa Rica Medición Gasto en SIDA 2018, Sistema NASA RTT

Para el periodo 2018 el país destinó un 74,1% de los recursos a personas con VIH, lo cual representa una reducción de 4,9 puntos porcentuales con respecto al 2016 (79%). Un 16,4% corresponde a poblaciones vulnerables, accesibles y otras poblaciones específicas.

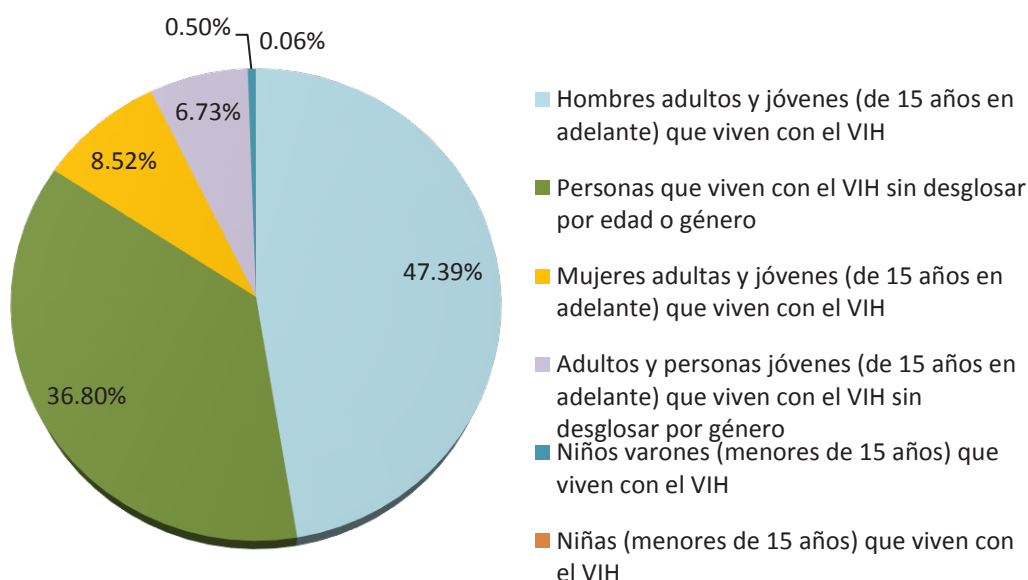
Por su parte, las poblaciones clave representan un 5,02% y un crecimiento de 1,02 puntos porcentuales en comparación con el 2016 (4%), lo cual es de suma importancia, ya que éste es un estrato de la población donde el comportamiento adoptado pone a las personas en mayor riesgo de exposición al VIH. La población general ocupa el puesto número cuatro, con un 4,09% y una reducción de 7,91 puntos porcentuales con respecto al 2016 (12%). Sin embargo, el decrecimiento se atribuye a una mejor clasificación de las poblaciones en el proceso de recolección de datos. Las poblaciones objetivas específicas sin clasificar en otras categorías tienen una participación del 0,41%.

A continuación, se presenta un análisis más detallado de las poblaciones antes mencionadas.

4.8.1 Personas con VIH

Como se mencionó anteriormente esta población es la que ocupa la mayor participación en la asignación de recursos, sumando \$40.023.177,4. Su distribución se presenta en el siguiente gráfico:

Gráfico N°31
Composición del gasto en personas con VIH, Costa Rica
2018



Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2018

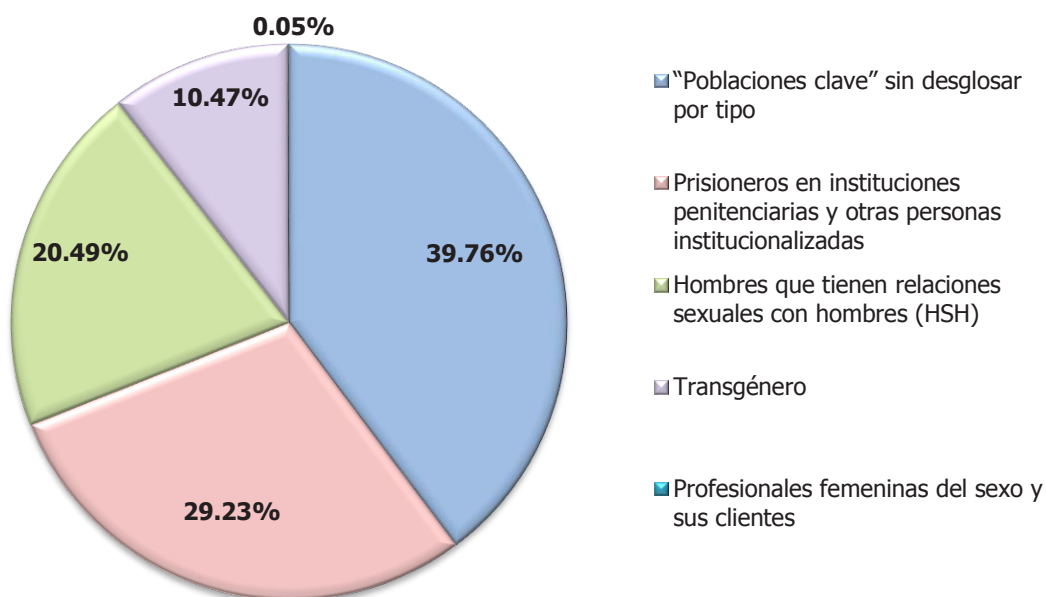
El 47,4% está concentrado en hombres adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) con VIH, lo siguen las personas con VIH sin desglosar por edad o género con 36,8 %, el tercer lugar lo ocupan las mujeres adultas y jóvenes (de 15 años en adelante) con VIH con 8,52%. Por su parte, los adultos y personas jóvenes (de 15 años en adelante) con VIH sin desglosar por género poseen 6,73%, mientras los niños y niñas menores de 15 años con VIH representan 0,50 % y 0,06% respectivamente.

4.8.2 Poblaciones clave

Las poblaciones clave se identifican como una población prioritaria para las actividades de seguimiento y evaluación, debido a que “pueden agruparse en función del comportamiento que adoptan y que las pone en mayor riesgo de exposición al VIH”²⁷. Dentro de su clasificación interna se encuentran: personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales, profesionales del sexo y sus clientes, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, transgénero, prisioneros (o personas privadas de libertad) en instituciones penitenciarias y otras personas institucionalizadas y población clave sin desglosar por tipo.

El gasto destinado a poblaciones clave corresponde a \$ 2.710.322 y ocupa la tercera posición dentro de la distribución total del gasto en VIH de 2018. El siguiente gráfico muestra su composición interna.

Gráfico N°32
Composición del gasto en poblaciones clave, Costa Rica
2018



Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2018

²⁷ ONUSIDA 2009. Valoración del Gasto Nacional relativo al Sida (NASA): Taxonomía de la clasificación y definiciones.

El primer lugar dentro de esta clasificación lo ocupa la categoría de poblaciones clave sin desglosar por tipo, con un 39,8%, lo cual presenta el desafío para el país de trabajar en aumentar la especificación de las poblaciones beneficiarias. Los prisioneros (o personas privadas de libertad) en instituciones penitenciarias y otras personas institucionalizadas poseen el segundo lugar, con un 29,2% y un crecimiento de 1,23 puntos porcentuales con respecto al 2016 (28%). Por su parte, los hombres que tiene relaciones sexuales con hombres ocupan el tercer puesto, con un 20,5%, seguido de la población transgénero con un 10,5%. Con una participación mínima están las profesionales femeninas del sexo y sus clientes, con un 0,05%.

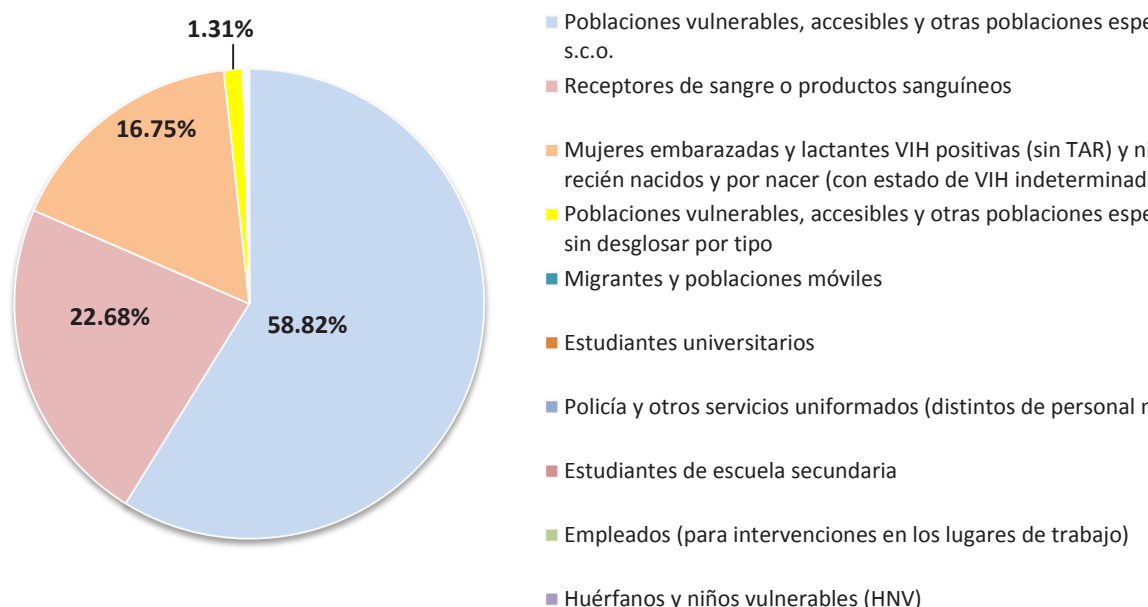
4.8.3 Poblaciones vulnerables, accesibles y otras poblaciones específicas

Las poblaciones vulnerables, accesibles y otras poblaciones específicas poseen el segundo lugar dentro de la distribución total del gasto en VIH del 2018, con un 16,4%. Su distribución se muestra a continuación:

Gráfico N°33

Composición del gasto en poblaciones vulnerables, accesibles y otras poblaciones específicas, Costa Rica

2018



Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2018

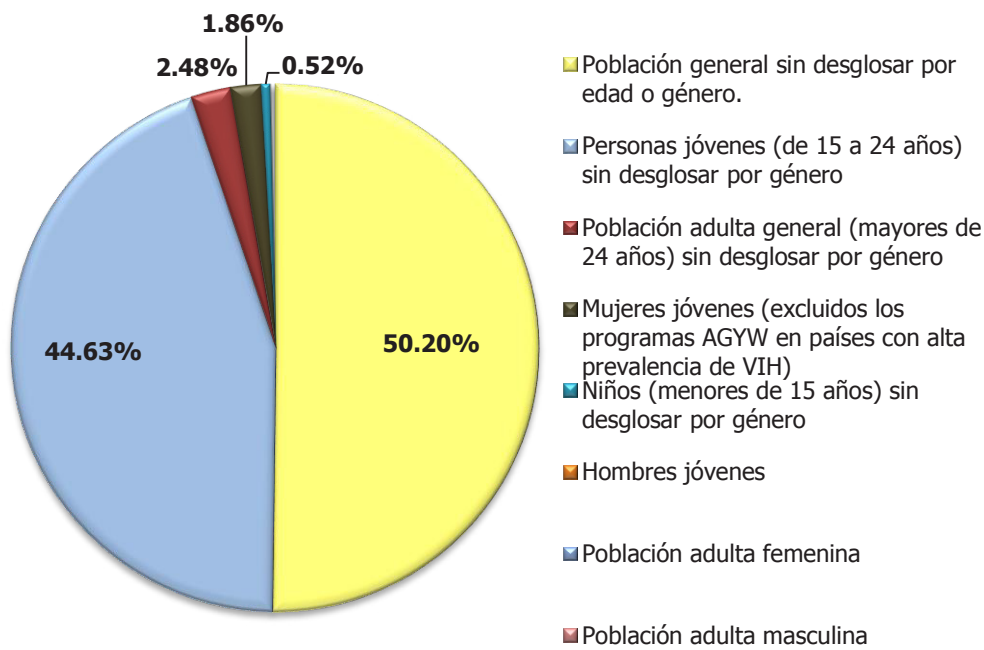
La mayor parte del gasto a poblaciones vulnerables, accesibles y otras poblaciones específicas no está clasificado, tal como se puede observar en el gráfico anterior, donde representa el 58,8% del total. Por su parte, los receptores de sangre o productos sanguíneos ocupan la segunda posición con un 22,7%, seguido de las mujeres embarazadas y lactantes VIH positivas y niños recién nacidos y por nacer, con un 16,7%.

4.8.4 Población general

En la población general las intervenciones están dirigidas a su conjunto y no a algún sector en particular. Su análisis se desglosa en rangos de edad y por género. El porcentaje de participación dentro del gasto total VIH en el 2018 corresponde a 4,09%. Su composición interna muestra que la población general sin desglosar por edad o género es la que ocupa el mayor porcentaje de participación, con un 50,2%. El segundo lugar está asignado a las personas jóvenes (de 15 a 24 años) sin desglosar por género, con un 44,6%. La población adulta general (mayor de 24 años) sin desglosar por género ocupa la tercera posición con un 2,48%. Las mujeres jóvenes (excluidos los programas de niñas adolescentes/mujeres

jóvenes (AGYW) en países con alta prevalencia de VIH) tienen una participación de 1,86% y los niños (menores de 15 años) sin desglosar por género conforman un 0,52%. El resto de las categorías que conforman esta distribución suman 0,31%. Estos datos se reflejan en el siguiente gráfico:

Gráfico N°34
Composición del gasto en población general, Costa Rica
2018



Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2018

4.8.5 Poblaciones objetivo-específicas sin clasificar en otras categorías

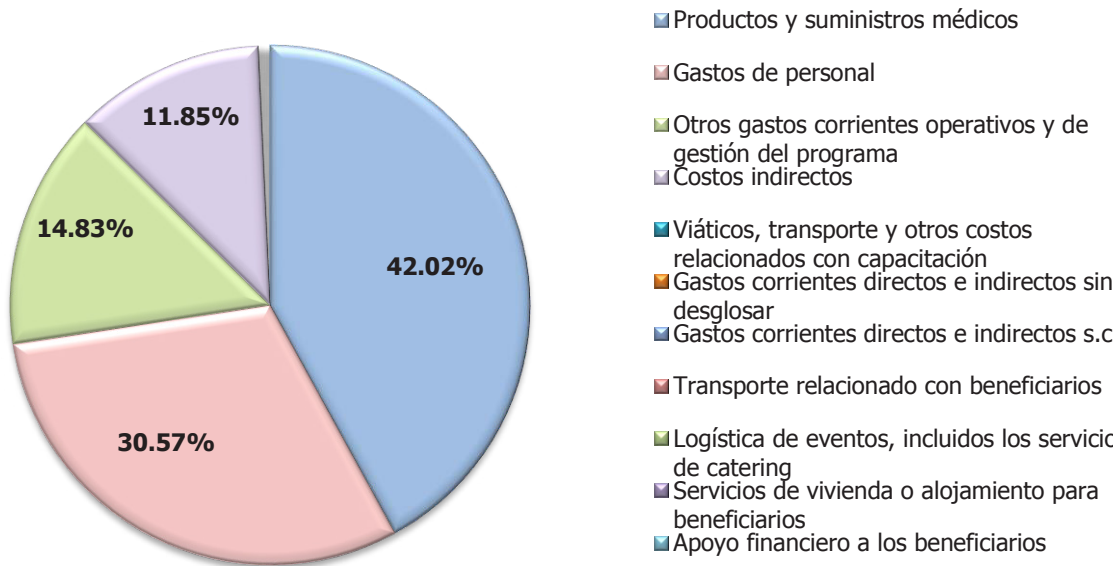
Este código contempla las poblaciones objetivo que no estén incluidas en las clases anteriores. El porcentaje de participación dentro del total del gasto de VIH es de 0,41% evidenciando una participación mínima dentro de todas las clasificaciones.

4.9 Factores de producción (PF)

Los gastos corrientes directos e indirectos y el capital son factores que contribuyen a la creación del producto. Los primeros corresponden al gasto en bienes y servicios consumidos en el año y que son recurrentes para sostener la producción de los servicios por parte de la organización. Por su parte los gastos de capital registran el valor de los activos no financieros que son adquiridos, enajenados o han experimentado un cambio de su valor durante el periodo de estudio.

Durante el periodo 2018 los gastos corrientes directos e indirectos son el factor de producción que registra estadísticamente la totalidad de esta clasificación, con un 100% de participación. La desagregación se presenta a continuación:

Gráfico N°35
Composición de gastos corrientes directos e indirectos, Costa Rica
2018



Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2018

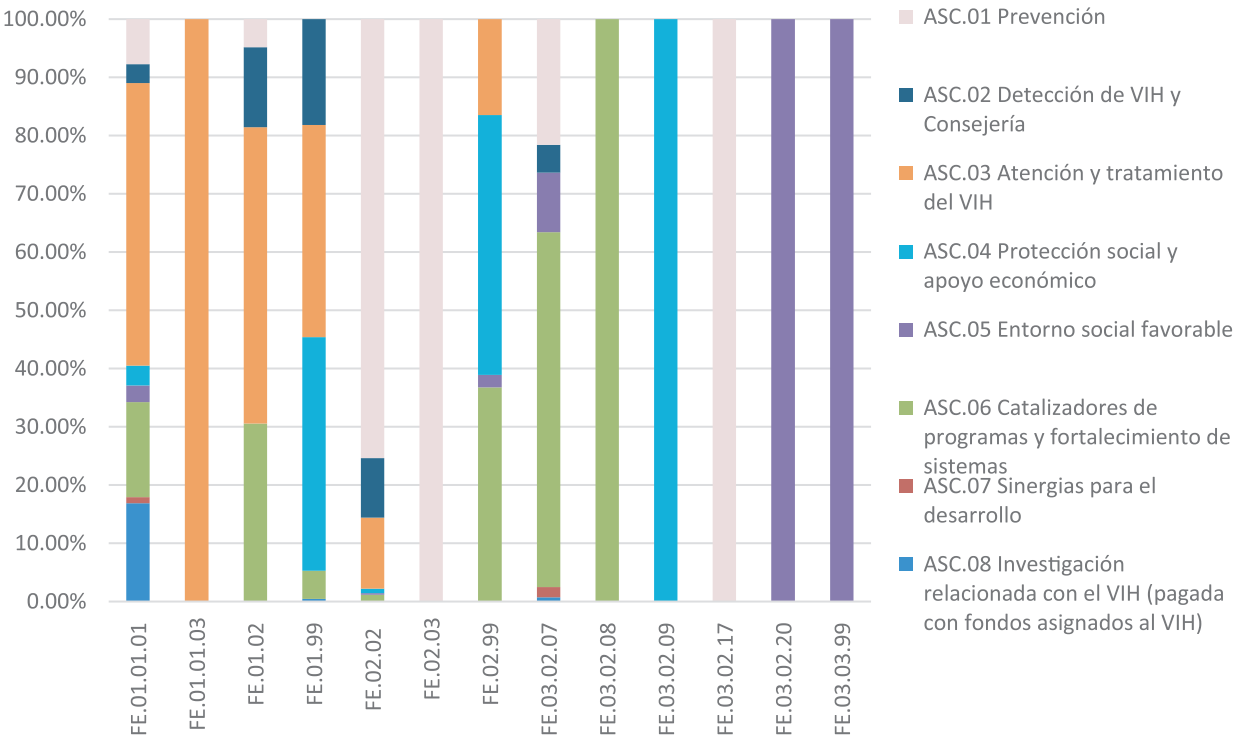
El factor de producción de mayor peso durante el 2018 pertenece a productos y suministros médicos con un 42%. Este rubro comprende todos los bienes y servicios subcontratados utilizados como insumos en la producción de actividades relacionadas con el VIH. El segundo lugar le corresponde a los gastos de personal con 30,6%, que están definidos como la remuneración total pagada por un empleador a un empleado como compensación por el trabajo realizado de este último durante el periodo de estudio.

El rubro “otros gastos corrientes operativos y de gestión de programas” tiene una participación de 14,8 % y el de “costos indirectos” de 11,8%. El resto de los factores de producción poseen una participación mínima que en total suman 0,73%.

5. Cruces de variables

Además del análisis descriptivo se hace necesario realizar cruces de variables, que ayudan a identificar la existencia de relaciones entre dos o más de ellas. A continuación, se presenta una serie de gráficos con cruces identificados como relevantes. El primero de ellos, Gráfico nº36, detalla la relación entre entidades financiadoras y las ocho categorías de gasto.

Gráfico N°36
Relación entre categorías de gasto y entidades financiadoras, Costa Rica
2018



FE.01.01.01	Gobierno Central
FE.01.01.03	Gobierno local o municipalidad
FE.01.02	Instituciones de seguridad social
FE.01.99	Otras entidades públicas s.c.o.
FE.02.02	Hogares
FE.02.03	Instituciones nacionales sin fines de lucro (distintas del Seguro Social)
FE.02.99	Otras entidades privadas de financiación s.c.o.
FE.03.02.07	Fondo Mundial de Lucha con el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
FE.03.02.08	Secretaría de ONUSIDA
FE.03.02.09	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
FE.03.02.17	Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
FE.03.02.20	Organización Mundial de la Salud (OMS)
FE.03.03.99	Otros organismos y fundaciones internacionales sin fines de lucro s.c.o.

Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2018

El gobierno central destina sus recursos a las ocho categorías de gasto. La principal categoría en la que invierte es atención y tratamiento del VIH con un 48,5%, seguida de investigación relacionada con VIH, con un 17%. Catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas ocupa el puesto tres, con un 16,3%. Al rubro prevención se le destinan 7,75% de los recursos del gobierno central, y un 3,43% es asignado a protección social y apoyo

económico. Por su parte, detección de VIH y consejería recibe un 3,21% y finalmente, entorno social y favorable y sinergias para el desarrollo tienen una participación de 2,85% y 1,03% respectivamente.

Con relación a la inversión del gobierno local o municipal, esta se destina en un 100% a la categoría de atención y tratamiento.

De los recursos de las instituciones de seguridad social, se asigna a atención y tratamiento el 51%, seguido por la categoría de catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas, con un 31%. Detección de VIH y consejería tiene 14% de los recursos de estas instituciones, mientras prevención cuenta, con un 5%.

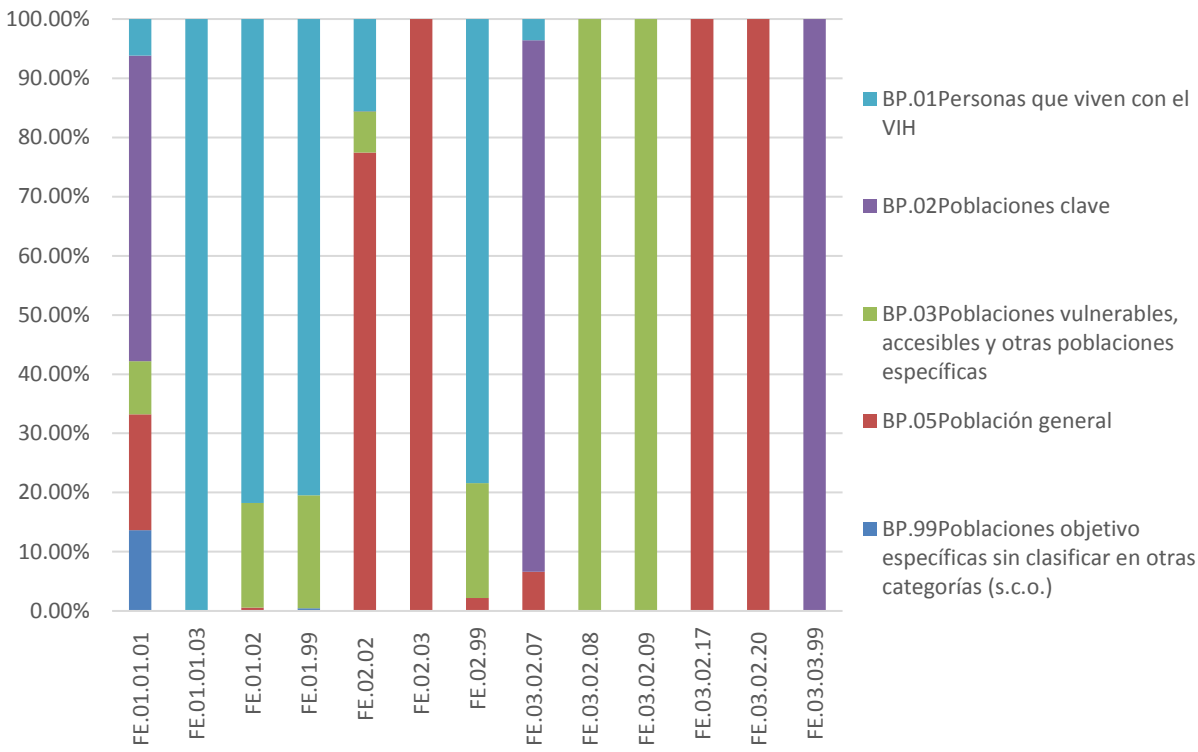
La asignación principal de otras entidades públicas corresponde a protección social y apoyo económico, con un 40,1%, seguido de atención y tratamiento, con 36,5%, detección de VIH y consejería, con 18,2%, catalizadores de programas con 4,8% y finalmente investigación relacionada con VIH con 0,48%.

Los hogares como entidad privada destinan 75,4% de los recursos a prevención, mientras las instituciones nacionales sin fines de lucro asignan el 100% de su inversión a esta misma categoría. Otras entidades privadas de financiación centran sus prioridades en protección social y apoyo económico (44,6%).

Al analizar las organizaciones internacionales, vemos que el Fondo Mundial, como entidad externa, asigna 61% de los recursos a catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas, misma categoría de gasto a la que la Secretaría de ONUSIDA destina el 100%. Por su parte, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, destina el 100% de los recursos a protección social y apoyo económico y el Fondo de Población de las Naciones Unidas tiene como prioridad la categoría de prevención, categoría a la que asigna el total de los recursos en estudio. Finalmente, la Organización Mundial de la Salud y otros organismos y fundaciones internacionales sin fines de lucro destinan el 100% de sus recursos a la categoría entorno social favorable.

El segundo aspecto analizado a través del cruce de variables es la relación entre las entidades financiadoras y las poblaciones beneficiarias, que se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico N°37
Relación entre poblaciones beneficiarias y entidades financiadoras, Costa Rica
2018



FE.01.01.01	Gobierno Central
FE.01.01.03	Gobierno local o municipalidad
FE.01.02	Instituciones de seguridad social
FE.01.99	Otras entidades públicas s.c.o.
FE.02.02	Hogares
FE.02.03	Instituciones nacionales sin fines de lucro (distintas del Seguro Social)
FE.02.99	Otras entidades privadas de financiación s.c.o.
FE.03.02.07	Fondo Mundial de Lucha con el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
FE.03.02.08	Secretaría de ONUSIDA
FE.03.02.09	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
FE.03.02.17	Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
FE.03.02.20	Organización Mundial de la Salud (OMS)
FE.03.03.99	Otros organismos y fundaciones internacionales sin fines de lucro s.c.o.

Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2018

Como se puede observar en el gráfico anterior, las poblaciones clave son las principales beneficiadas de los recursos de gobierno central, que destina a ellas el 52% de la inversión aquí contemplada. A ellas siguen la población general, con un 19,6% de los recursos, las poblaciones específicas sin clasificar, con un 13,6%, poblaciones vulnerables, accesibles y otras poblaciones, con un 9% y finalmente las personas con VIH, con un 6,17%. El gobierno local o municipal asigna la totalidad de los recursos a las personas con VIH.

Por su parte, las instituciones de seguridad social trasladan 81,7% de los fondos en beneficio de las personas con VIH, el 17,7% a las poblaciones vulnerables, accesibles y otras poblaciones específicas, y un 0,5% es a la población general.

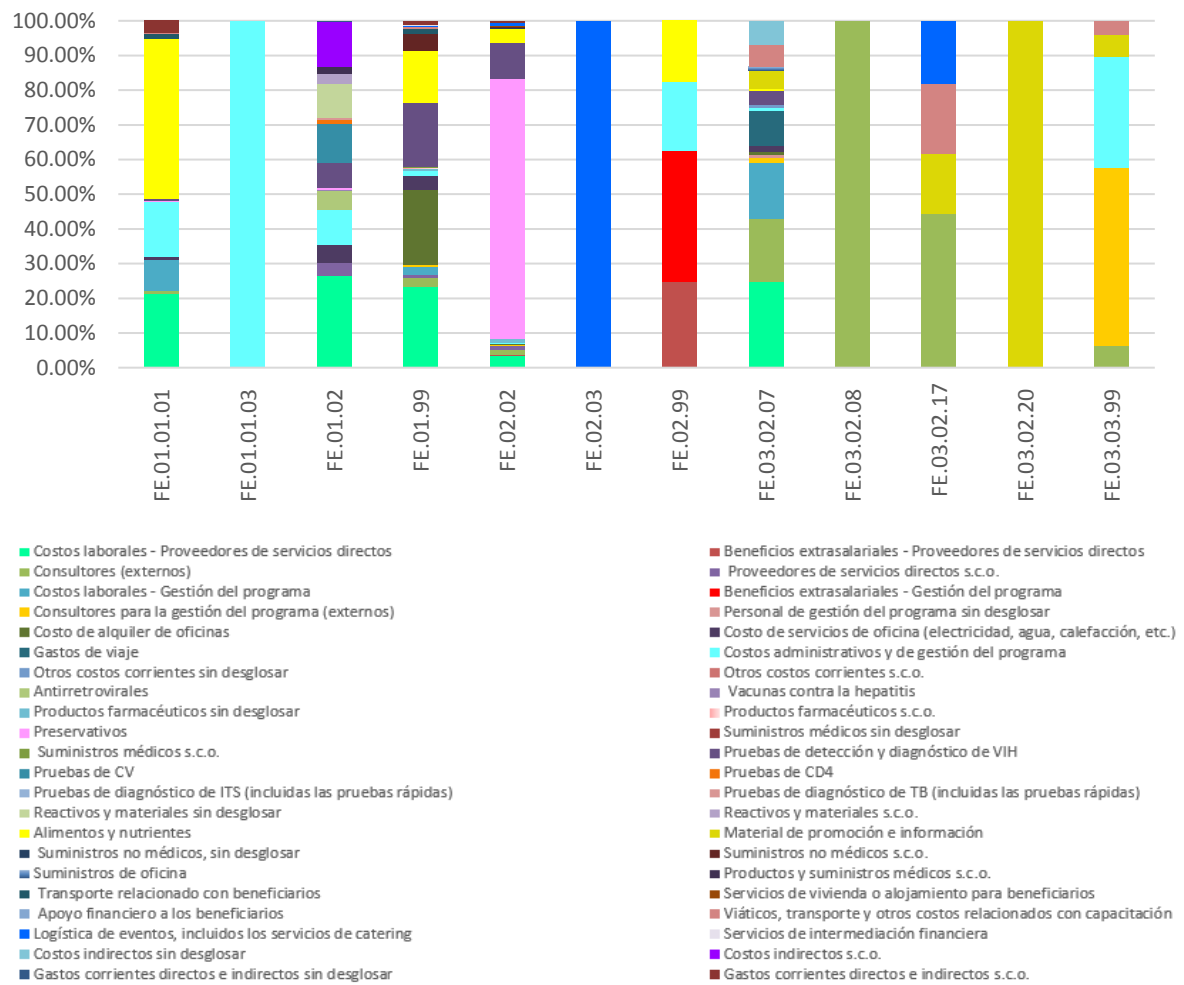
Para otras entidades públicas se muestra que la principal población beneficiada son las personas con VIH, con una participación de 80,4%. Las poblaciones vulnerables, accesibles y otras poblaciones específicas tienen asignado el segundo lugar, con 19,1% y las poblaciones objetivo-específicas sin clasificar en otras categorías poseen una participación de 0,48%.

A la hora de analizar las entidades privadas de hogares e instituciones nacionales sin fines de lucro, se muestra que estas destinan sus recursos principalmente a la población general, con un 77,4% y 100% respectivamente. Las otras entidades privadas de financiación s.c.o asignan los fondos, en mayor medida a las personas con VIH con una participación de 78,4%.

En cuanto a los organismos internacionales, se aprecia que el Fondo Mundial destina principalmente sus fondos a poblaciones clave (89,8%), la Secretaría de ONUSIDA y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia asignan el 100% a poblaciones vulnerables, accesibles y otras poblaciones específicas y el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud están enfocados en la población general. Otros organismos y fundaciones internacionales sin fines de lucro destinan el 100% de los recursos a poblaciones clave.

En otro cruce de variables importante, se analizan los factores de producción (específicamente los gastos corrientes, directos e indirectos) con relación a las fuentes de financiamiento. Esto se puede ver en el siguiente gráfico.

Gráfico N°38
Relación entre factores de producción y entidades financiadoras, Costa Rica
2018



FE.01.01.01 Gobierno central
FE.01.01.03 Gobierno local o municipal
FE.01.02 Instituciones de seguridad social
FE.01.99 Otras entidades públicas s.c.o.
FE.02.02 Hogares
FE.02.03 Instituciones nacionales sin fines de lucro (distintas del seguro social)
FE.02.99 Otras entidades privadas de financiación s.c.o.
FE.03.02.07 Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
FE.03.02.08 Secretaría de ONUSIDA
FE.03.02.17 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
FE.03.02.20 Organización Mundial de la Salud (OMS)
FE.03.03.99 Otros organismos y fundaciones internacionales sin fines de lucro s.c.o.

Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2018

De los recursos de gobierno central, el 46,3% es destinado al factor de producción alimentos y nutrientes, seguido por costos laborales – proveedores de servicios directos, con 21,4%. Por su parte, el gobierno local o municipal gasta el 100% en costos administrativos y de gestión de programas.

Las principales asignaciones de recursos dentro de las instituciones de seguridad social son: costos laborales – proveedores de servicios directos, con 26,5%, costos indirectos s.c.o con 13%, pruebas de CV con 11,3%, costos administrativos y de gestión de programas con 10,1%, reactivos y materiales sin desglosar, con 9,94%, pruebas de detención y diagnóstico de VIH, con 7,48%, antirretrovirales, con 5,74% y costos de servicios de oficina, con 5,13%. El resto de la distribución es mínima.

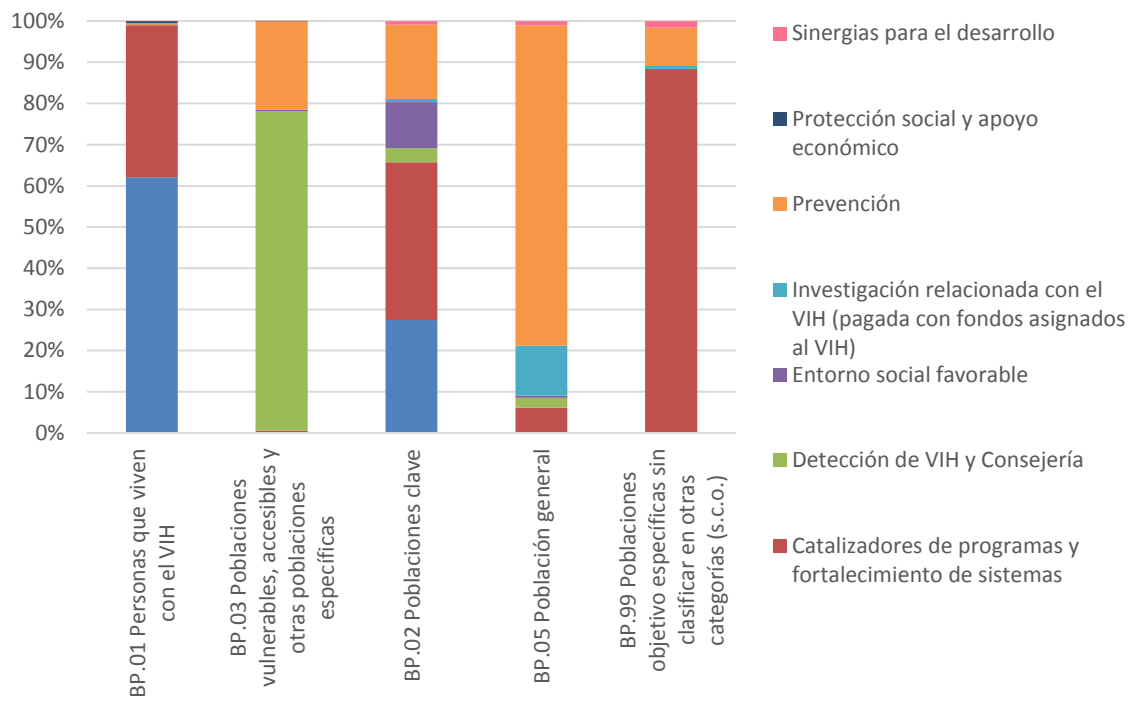
En cuanto al principal factor de producción cubierto por otras entidades públicas, el de costos laborales – proveedores de servicios directos, ocupa el 23,4%.

En el caso de los hogares, el principal destino de los recursos es el costo de preservativos (75%). Por su parte, las instituciones nacionales sin fines de lucro asignan 100% de los recursos a logística de eventos, y otras entidades privadas de financiación asignan sus recursos principalmente al factor de producción denominado beneficios extra salariales-gestión de programas, con un 37,6%.

En términos del financiamiento externo, el Fondo Mundial gasta mayor porcentaje de sus fondos en el factor de producción que corresponde a costos laborales – proveedores de servicios directos (24,9%). La Secretaría de ONUSIDA destina el 100% a consultores (externos), que es también el rubro al que el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas asigna 44, 5% (la derogación más importante dentro de su distribución interna). Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud destina 100% de sus recursos a materiales de promoción e información y, en otros organismos y fundaciones internacionales sin fines de lucro, la mayor proporción del gasto corresponde de nuevo a consultores para la gestión de programas (externos), con 51,3%.

Otro aspecto analizado a través del cruce de variables es el de poblaciones beneficiarias en relación con las categorías de gasto. Esta información se muestra en el gráfico siguiente.

Gráfico N°39
Relación entre poblaciones beneficiarias y categorías de gasto, Costa Rica
2018



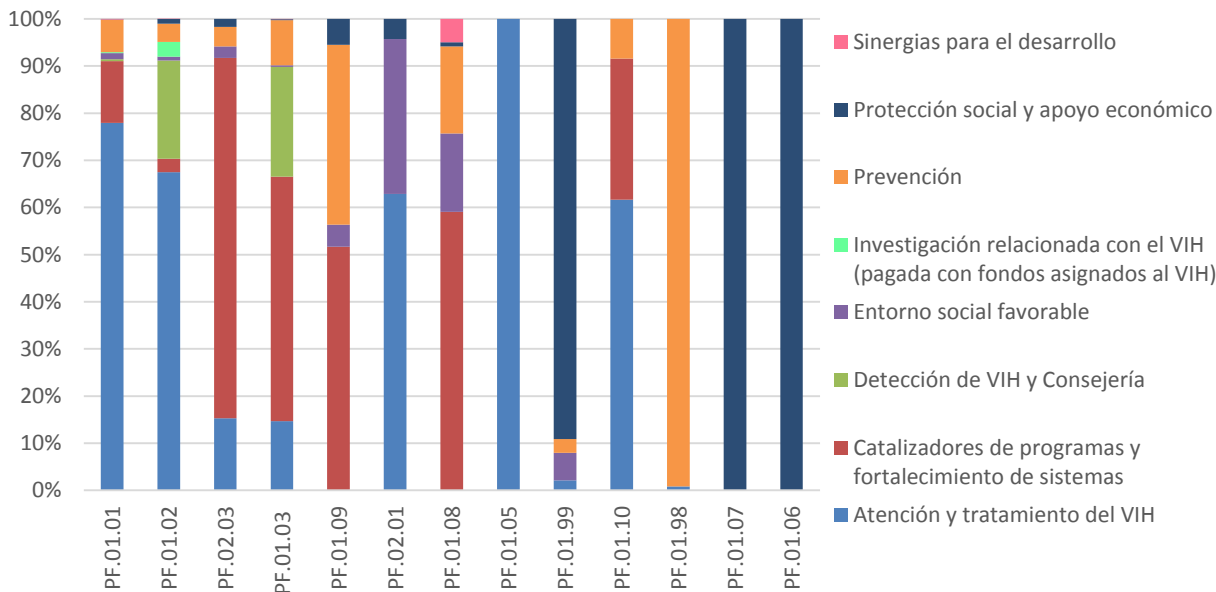
Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2018

Como se puede ver en el gráfico anterior, el principal componente de gasto destinado a la población que vive con VIH corresponde a la atención y tratamiento del VIH, con 62,1%, seguido por catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas con 36,9%. La inversión en poblaciones vulnerables, accesibles y otras poblaciones específicas está enfocada en detección de VIH y consejería con 77,5% y en prevención con 21,5%. En el caso de las poblaciones clave la mayor inversión es en catalizadores de programas y fortalecimiento de los sistemas, con 38,3%, seguida de atención y tratamiento del VIH, con 27,5% (este porcentaje está destinado a personas privadas de libertad y otras personas institucionalizadas).

Por otra parte, al analizar el gasto en la población general la mayor proporción corresponde a prevención, con 77,8%, e investigación relacionada con el VIH, con 12,1%. Finalmente, las poblaciones objetivo-específicas sin clasificar en otras categorías destinan la mayor parte de sus recursos a catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas con 88,41% y prevención con 9,34%.

Para finalizar el análisis de cruces de variables, se presentan en el gráfico siguiente los factores de producción con respecto a categorías de gasto.

Gráfico N°40
Relación entre factor de producción y categorías de gasto, Costa Rica
2018



- PF.01.01 Gastos de personal
- PF.01.02 Otros gastos corrientes operativos y de gestión del programa
- PF.02.03 Otros gastos de capital
- PF.01.03 Productos y suministros médicos
- PF.01.09 Logística de eventos, incluidos los servicios de catering
- PF.02.01 Edificios
- PF.01.08 Viáticos, transporte y otros costos relacionados con capacitación
- PF.01.05 Transporte relacionado con beneficiarios
- PF.01.99 Gastos corrientes directos e indirectos s.c.o.
- PF.01.10 Costos indirectos
- PF.01.98 Gastos corrientes directos e indirectos sin desglosar
- PF.01.07 Apoyo financiero a los beneficiarios
- PF.01.06 Servicios de vivienda o alojamiento para beneficiarios

Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2018

Como se observa en el gráfico no, 40, el factor de producción correspondiente a gastos de personal está orientado en un 77,9% a la atención y tratamiento del VIH. Para otros gastos corrientes operativos y de gestión de programas, edificios, transporte relacionado con beneficiarios y costos indirectos se repite el comportamiento, ya que la categoría de gasto de prioridad es atención y tratamiento en todos estos factores (67,5%, 62,9%,100% y 61,6% respectivamente).

Por su parte, otros gastos de capital, productos y suministros médicos, logística de eventos incluidos los servicios de catering, y viáticos, transporte y otros costos relacionados con capacitación, destinan sus recursos primordialmente a catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas con: 76,4%, 51,8%,51,7% y 59,1% respectivamente.

Gastos corrientes directos e indirectos s.c.o, apoyo financiero a los beneficiarios y servicios de vivienda o alojamiento para beneficiarios se enfocan en protección social y apoyo económico (89,1%, 100% y, 100% respectivamente). Finalmente, el factor de producción correspondiente a gastos corrientes directos e indirectos sin desglosar está destinado mayormente a prevención con 99,2%.

6. Discusión

6.1 Brechas Financieras

Es importante analizar el costo estimado del Plan Estratégico Nacional 2016-2021²⁸ con respecto a los datos obtenidos en MEGAS 2018. El costeo del PEN, en sus estimaciones, estableció que se necesitaban \$47,3 millones de dólares para el año 2018, y de acuerdo con los resultados de la medición del gasto para dicho año, el gasto fue de \$54 millones de dólares, lo que evidencia una brecha a favor de \$6,73 millones de dólares. No obstante, dependiendo de la categoría de gasto, hay diferencias positivas o negativas en términos del costeo de las actividades estratégicas y el gasto efectivo. En el cuadro siguiente se presenta la brecha financiera entre el gasto en VIH y el PEN, en relación con las principales categorías de gasto.

²⁸Ministerio de Salud. PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL (PEN) EN VIH Y SIDA, 2016-2021

Cuadro N°2
Brecha Financiera entre el gasto VIH y PEN
2018

Cifras en USD

Categoría de Gasto	MEGAS 2018	Costeo PEN 2018	Brecha
Total	54 011 159,77	47 276 724,00	6 734 435,77
Prevención	11 321 590,18	26 825 795,00	-15 504 204,82
Tratamiento y atención	25 577 237,16	15 958 571,00	9 618 666,16
Gestión de programas	17 112 332,43	4 492 358,00	12 619 974,43

Fuente: Elaboración propia con base en recolección de datos MEGAS 2018 y PEN 2016-2021

Como se puede observar la mayor brecha por categoría de gasto del PEN correspondió a la categoría de prevención, con una brecha negativa de \$15,5 millones. Atención y tratamiento, para el mismo año presentó una brecha a favor de \$9,6 millones, mientras la categoría de gestión de programas presenta una brecha de \$12,6 millones. Estas brechas evidencian la necesidad de alinear las categorías de gasto presupuestarias del PEN con los recursos financieros gastados, para lograr una reducción de las ineficiencias y posibles carencias en categorías específicas.

6.2 Eficiencia en la distribución

Para 2018 Costa Rica, mantiene una mayor distribución del gasto en atención y tratamiento y una brecha financiera negativa con relación a la categoría de prevención, lo cual evidencia la necesidad de realizar un replanteamiento del destino de los recursos, de manera que el país cuente con el efectivo desarrollo de actividades y programas que reducen el comportamiento de riesgo. Adicionalmente, la mayoría de los recursos son destinados a las personas con VIH, lo cual lleva al país a la necesidad de realizar esfuerzos para destinar a su vez los recursos necesarios a las poblaciones clave, que son las de mayor riesgo de exposición al VIH.

7. Conclusiones

- El gasto total en VIH para el 2018 fue de \$54.011.159,8, lo que representa 0,09% del PIB y 1,23 % del gasto total en salud.
- Las entidades públicas representan la mayor participación en el financiamiento de la respuesta nacional ante el VIH, con 92,6%.
- Costa Rica es considerado un país no prioritario para la cooperación económica internacional, razón por la cual, solo un 3,92% del total del gasto en VIH proviene del sector externo.
- Los esquemas de gobierno y obligatorios de asistencia sanitaria tiene una participación de 92,6% por lo que son los principales esquemas en la medición del gasto VIH en 2018.
- La principal fuente de financiamiento del gasto en VIH para el 2018 corresponde a las contribuciones a la seguridad social con 89%.
- El principal agente de financiamiento corresponde a la seguridad social pública con 89%.
- Los organismos gubernamentales son el principal proveedor de servicios con una participación de 92,1%.
- La categoría de atención y tratamiento fue a la que se destinó la mayor parte de los recursos con 47,4 %, seguido de catalizadores de programas y fortalecimiento de los sistemas, con 30%, detención de VIH y consejería con 13% y prevención, con 8%. El resto de las categorías mantienen una participación mínima.
- Un 74,1% de los recursos se destinó a personas con VIH; poblaciones vulnerables, accesibles y otras poblaciones específicas tiene una participación de 16,4%, mientras

las poblaciones claves de 5,02%. El resto se distribuye entre población general y objetivo específicas sin clasificar en otras.

- El factor de producción corresponde a gastos corrientes e indirectos con 100%, y dentro de esta categoría el factor de mayor peso corresponde a productos y suministros médicos con 42%.
- Las entidades financiadoras de gobierno central e instituciones de seguridad social destinan sus recursos en mayor porcentaje a la atención y tratamiento.
- Las instituciones de seguridad social trasladan 81,8% de los fondos a beneficio de las personas con VIH.
- Para el estudio 2018 se mantiene brechas financieras marcadas entre el gasto real y el estimado.
- Se contó con la participación de 85,7% de los actores consultados e involucrados en la respuesta a la epidemia en Costa Rica.

8. Recomendaciones

- Para este estudio el personal dedicado a todo el proceso de MEGAS estuvo limitado, por lo que se recomienda contar con más recurso humano calificado para su futuro desarrollo.
- Para garantizar un proceso más integral con mejores resultados en la recolección de datos, análisis y diseminación de la información se requiere de una mayor participación de todas las instituciones.
- Para agilizar la recopilación de información se deberían crear mecanismos de obtención sistemática de la información, procurando que todas las instituciones que reportan datos incluyan en su programación anual la elaboración de la matriz de MEGAS.
- Continuar con el proceso de institucionalización de la elaboración de MEGAS, para obtener datos más certeros para la toma de decisiones.
- Mejorar los registros de información para contar con la especificidad requerida dentro de las calificaciones (reducir al mínimo las categorías sin desglosar o sin clasificar en otros).
- Se requiere realizar mejoras constantes en el costeo del principal proveedor de servicios de salud.
- Fomentar estrategias para incrementar la prevención y el abordaje del VIH a nivel nacional.
- Asignar más recursos a las poblaciones de mayor riesgo, a través de estrategias desarrolladas de manera intersectorial.

- Realizar una revisión del PEN para determinar si las brechas existentes son reales o son producto de métodos de estimaciones diferentes.
- Promover y fomentar las investigaciones relacionadas con el VIH/sida.

Durante el taller de validación de datos MEGAS 2018 se realizan las siguientes recomendaciones:

- Se establece la necesidad de realizar estadísticas epidemiológicas desagregadas por preferencias sexuales y no únicamente por registro biológico de sexo.
- Se recomienda desagregar de los hombres la población transexual para que sea visibilizada y de esta manera mejorar la asignación de recursos en un futuro.
- Se establece que la información epidemiológica debe mostrar las muertes por sida por zona de residencia.
- Se determina la necesidad de realizar cambios en la terminología (sin perder los estándares internacionales requeridos) para que la misma quede ajustada a la utilizada en el país.
- Se establece la necesidad de mejorar los registros de las poblaciones beneficiarias, para una asignación más eficiente de los recursos.
- Reforzar el acercamiento intersectorial para incrementar los programas de prevención en poblaciones clave.

9. Bibliografía

1. Banco Central de Costa Rica. Indicadores Económicos. Producción y Empleo. Producto Interno Bruto y Gasto, millones de colones. Consultado el 13/01/2020 de : <https://gee.bccr.fi.cr/indicadoreseconomicos/Cuadros/frmVerCatCuadro.aspx?idioma=1&CodCuadro=%202980>
2. Banco Central de Costa Rica. Indicadores Económicos. Tipo de Cambio. Tipo de Cambio de Referencia, compra. Consultado el 13/01/2020 de: <https://gee.bccr.fi.cr/indicadoreseconomicos/Cuadros/frmVerCatCuadro.aspx?idioma=1&CodCuadro=%20367>
3. Banco Mundial. Datos. País. Costa Rica. Consultado el 13/01/2020 de: <https://datos.bancomundial.org/pais/costa-rica?view=chart>
4. Ministerio de Salud. Informe del Sistema de Cuentas de Salud de Costa Rica 2011-2016. Consultado el 13/01/2020 de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/noticias/noticias-2019/1398-costa-rica-presenta-primer-informe-de-cuentas-de-salud>
5. World Health Organization. Global Health Expenditure Database. Consultado el 13/01/2019 de: <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>
6. Instituto Nacional de Estadística y Censo. Población. Estimaciones y Proyecciones de Población. Consultado el 13/01/2019 de: <http://www.inec.go.cr/poblacion/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion>
7. II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Costa Rica 2016. Consultado el 13/01/2019 de: <https://www.ucr.ac.cr/medios/documentos/2018/informe-2daencuesta-2015.pdf>
8. Promotora de Comercio Exterior de Costa Rica. Herramientas. Portal Estadístico. Consultado el 25/11/2019 de: <http://sistemas.procomer.go.cr/estadisticas/inicio.aspx>
9. Ministerio de Salud (2018). Programa Nacional -Bancos de Sangre. Informe de país, elaborado por el Dr. Gerardo Solano Elizondo de la Unidad de Armonización de los Servicios de Salud.
10. ONUSIDA. Data 2018. Consultado el 01/10/2019 de: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/unaids-data-2018>

11. ONUSIDA. Data 2019. Consultado el 08/01/2020 de:
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf
12. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (2018). Lista de Salarios Mínimos por ocupación, . Consultado el 01/10/2019 de: http://www.mtss.go.cr/temas-laborales/salarios/Documentos-Salarios/lista_ocupacion_2018.pdf
13. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Implementación integral de programas de VIH e ITS con personas transgénero, GUÍA PRÁCTICA PARA LAS INTERVENCIONES DE COLABORACIÓN. Consultado el 16/01/2020 de:
<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Transit-Spanish-final-lowres.pdf>
14. Wikipedia. La Enciclopedia Libre. Consultado el 16/01/2020 de:
<https://es.wikipedia.org/>
15. ONUSIDA (2009). Valoración del gasto nacional relativo al sida (NASA), Taxonomía de la clasificación y definiciones.
16. ONUSIDA (2015). Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Consultado el 17/01/2020 de:
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_es_es.pdf
17. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE),Eurostat, Organización Mundial de la Salud. Un sistema de Cuentas de Salud 2011. Consultado el 20/01/2020 de: <https://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf>
18. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Nacional (PEN) en VIH y SIDA, 2016-2021. Consultado el 21/01/2020 de:
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/963-plan-estrategico-nacional-pen-vih-sida/file>
19. USAID, Health Finance & Governance. Brechas Financieras en la Respuesta Nacional al VIH y SIDA (2017). Consultado el 22/01/2020 de:
<https://www.hfgproject.org/brechas-financieras-en-la-respuesta-nacional-al-vih-y-sida/>
20. ONUSIDA. El Sida en Cifras. Estadísticas. Consultado el 28/01/2020 de:
<https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
21. ONUSIDA. País Costa Rica. Estadísticas. Consultado el 29/01/2020 de:
<https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/costarica>

22. CONASIDA. Encuesta de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS y estimación del tamaño de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de la Gran Área Metropolitana (2018). Consultado el 29/01/2020 de: <http://www.conasida.go.cr/index.php/mcp-proyectos/179-encuesta-de-conocimiento-comportamiento-sexual-y-prevalencia-de-vih-e-its-en-poblaciones-clave-en-la-gam-costa-rica-2017/file>
23. ONUSIDA. NASA. Publicaciones sobre MEGAS y herramientas. Consultado el 30/01/2020 de: <https://www.unaids.org/es/dataanalysis/datatools/nasapublicationsandtools>
24. Ley general de VIH-Sida Costa Rica. Consultado el 30/01/2020 de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/leyes/reglamentoleysida.pdf
25. ONUSIDA. 90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. Consultado el 04/02/2020 de: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf
26. Caja Costarricense de Seguro Social (2018). Dirección Financiero Contable. Área Contabilidad de Costos. Subárea Contabilidad de Costos Hospitalarios. Modelo Tarifario del I Semestre 2018 págs. 47.
27. Caja Costarricense de Seguro Social (2018). Dirección Financiero Contable. Área de Contabilidad de Costos. Subárea Contabilidad de Costos Hospitalarios. Modelo Tarifario del II Semestre 2018 págs. 47.

10. Anexos.

Anexo N°1

Imagen1. Invitación al taller metodológico MEGAS, 2018



Anexo N°2

Imagen2. Invitación al taller de validación de datos MEGAS, 2018



Anexo N°3

Cuadro N°3

Country factsheets

COSTA RICA | 2018

HIV and AIDS Estimates

Adults and children living with HIV	15 000 [13 000 - 17 000]
Adults aged 15 and over living with HIV	15 000 [13 000 - 16 000]
Women aged 15 and over living with HIV	2900 [2700 - 3300]
Men aged 15 and over living with HIV	12 000 [10 000 - 13 000]
Children aged 0 to 14 living with HIV	... [... - ...]
Adult aged 15 to 49 HIV prevalence rate	0.4 [0.4 - 0.5]
Women aged 15 to 49 HIV prevalence rate	0.2 [0.2 - 0.2]
Men aged 15 to 49 HIV prevalence rate	0.7 [0.6 - 0.7]
HIV prevalence among young women	<0.1 [<0.1 - <0.1]
HIV prevalence among young men	0.1 [<0.1 - 0.2]
Adults and children newly infected with HIV	1000 [<1000 - 1200]
Adults aged 15 and over newly infected with HIV	<1000 [<1000 - 1100]
Women aged 15 and over newly infected with HIV	<200 [<200 - <200]
Men aged 15 and over newly infected with HIV	<1000 [<1000 - <1000]
Children aged 0 to 14 newly infected with HIV	... [... - ...]
HIV incidence per 1000 population (adults 15-49)	0.40 [0.33 - 0.37]
HIV incidence per 1000 population (all ages)	0.21 [0.18 - 0.24]
Adult and child deaths due to AIDS	<500 [<200 - <500]
Deaths due to AIDS among adults aged 15 and over	<500 [<200 - <500]
Deaths due to AIDS among women aged 15 and over	<100 [<100 - <100]
Deaths due to AIDS among men aged 15 and over	<200 [<200 - <500]
Deaths due to AIDS among children aged 0 to 14	... [... - ...]
Orphans due to AIDS aged 0 to 17	... [... - ...]
Epidemic transition metrics	
Percent change in new HIV infections since 2010	21
Percent change in AIDS-related deaths since 2010	-4
Incidence : prevalence ratio	6.72
Incidence : mortality ratio	3.84
HIV testing and treatment cascade	
People living with HIV	15 000 [13 000 - 17 000]
People living with HIV who know their status	...
Percent of people living with HIV who know their status	... [... - ...]
People living with HIV who are on ART	7200
Percent of people living with HIV who are on ART	49 [44 - 54]
People living with HIV who have suppressed viral loads	...
Percent of people living with HIV who have suppressed viral loads	... [... - ...]
Antiretroviral therapy (ART)	
Coverage of adults and children receiving ART (%)	49 [44 - 54]
Adults aged 15 and over receiving ART	48 [43 - 54]
Women aged 15 and over receiving ART	60 [54 - 66]
Men aged 15 and over receiving ART	46 [40 - 52]
Children aged 0 to 14 receiving ART	... [... - ...]
Number of adults and children receiving ART (#)	7246
Adults aged 15 and over receiving ART	7162
Women aged 15 and over receiving ART	1753
Men aged 15 and over receiving ART	5410
Children aged 0 to 14 receiving ART	...
Adults and children newly-initiating ART (#)	1137
Adults aged 15 and over newly-initiating ART	
Children aged 0-14 newly-initiating ART	
Women aged 15 and over newly-initiating ART	
Men aged 15 and over newly-initiating ART	

Fuente: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/costarica><https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/costarica>

Cuadro N°4

COSTA RICA | 2018

HIV and AIDS Estimates

Elimination of mother-to-child transmission

Coverage of pregnant women who receive ARV for PMTCT (%)	... [... - ...]
Pregnant women who received ARV for PMTCT (#)	35
Pregnant women needing ARV for PMTCT (#)	... [... - ...]
New HIV infections averted due to PMTCT (%)	... [... - ...]
Number of HIV-exposed children who are uninfected	... [... - ...]

Sex workers

Population size estimate (#)	3000
HIV prevalence (%)	1.4
Knowledge of HIV status (%)	100
Condom use (%)	74
Coverage of HIV prevention programmes (%)	83.3
Active syphilis (%)	1.4
Hepatitis B and coinfection with HIV (%)	0.3
Hepatitis C and coinfection with HIV (%)	

Men who have sex with men

Population size estimate (#)	10 100
HIV prevalence (%)	15.4
Knowledge of HIV status (%)	100
Condom use (%)	39.2
Active syphilis (%)	14.2
Hepatitis B and coinfection with HIV (%)	0.4
Hepatitis C and coinfection with HIV (%)	

Prisoners

Population size estimate (#)	100
HIV prevalence (%)	0.3
Antiretroviral therapy coverage (%)	79.8
HIV prevention programmes in prisons: condoms distributed (#)	11 730
Prevalence of TB infection among prisoners (%)	

Transgender people

Population size estimate (#)	400
HIV prevalence (%)	24.6
Knowledge of HIV status (%)	100
Condom use (%)	78.6

Young people

Knowledge about HIV prevention among young people aged 15-24	
Knowledge about HIV prevention among young women aged 15-24	33.1
Knowledge about HIV prevention among young men aged 15-24	

Hepatitis and HIV

Hepatitis B testing	100
Hepatitis C testing	100

Fuente:

<https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/costarica><https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/costarica>

Anexo N°4

Cuadro N°5

Egresos hospitalarios debido a VIH/sida, estancias medias según establecimiento de salud CCSS, 2018

Establecimiento de Salud	Egresos	Estancia media
Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia	122	14
Hospital San Juan de Dios	127	19
Hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera	3	9
Hospital México	83	17
Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Raúl Blanco Cervantes	1	39
Hospital de San Rafael	22	28
Hospital san Francisco de Asís	2	12
Hospital Carlos Luis Valverde Vega	4	8
Hospital San Vicente de Paul	5	17
Área de Salud de Coronado	1	1
Hospital Maximiliano Peralta Jiménez	29	15
Hospital William Allen Taylor	14	15
Hospital Max Terán Valls	1	45
Hospital de San Carlos	15	15
Hospital de Los Chiles	1	9
Hospital Víctor Manuel Sanabria Martínez	17	12
Hospital Enrique Baltodano Briceño	6	18
Hospital de La Anexión	11	19
Hospital Tony Facio Castro	13	15
Hospital de Guápiles	1	28
Hospital Fernando Escalante Pradilla	8	9
Hospital Manuel Mora Valverde	5	6
Hospital de Osa Tomás Casas Casajus	6	7
Hospital de Ciudad Neily	8	11

Fuente: CCSS. Área de Estadística en Salud.

Cuadro N°6

Egresos hospitalarios debidos a VIH/SIDA según servicio de egreso CCSS, 2018

Servicio de egreso	Egresos
Total	505
Medicina	478
Cirugía	11
Ginecología	2
Pediatría	5
Cirugía Mayor Ambulatoria	4
UCI medicina	3
UCI cirugía	2

Fuente: CCSS. Área de Estadística en Salud.

Cuadro N°7

Egresos hospitalarios debidos a VIH, grupos de edad y sexo, CCSS, 2018

Diagnósticos por VIH	Total		Total		años		Total	15 a 24		Total	25 a 49		Total	Más de 49	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres		Mujeres	Hombres		Mujeres	Hombres			
	Total	505	430	5	3	2	39	2	37	339	49	290	122	21	101
Enfermedad por VIH, resultante en enfermedades infecciosas y parasitarias	22	22	-	-	-	1	-	1	17	-	17	4	-	4	
Enfermedad por VIH, resultante en otras infecciones bacterianas	18	14	-	-	-	-	-	-	11	3	8	7	1	6	
Enfermedad por VIH, resultante en enfermedad por citomegalovirus	2	2	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	1	
Enfermedad por VIH, resultante en otras infecciones virales	15	14	-	-	-	-	-	-	10	1	9	5	-	5	
Enfermedad por VIH, resultante en candidiasis	15	10	-	-	-	-	-	-	11	2	9	4	3	1	
Enfermedad por VIH, resultante en otras micosis	21	19	-	-	-	3	-	3	14	2	12	4	-	4	
Enfermedad por VIH, resultante en neumonía por Pneumocystis carinii	15	13	-	-	-	3	-	3	10	2	8	2	-	2	
Enfermedad por VIH, resultante en infecciones múltiples	74	64	-	-	-	8	-	8	52	7	45	14	3	11	
Enfermedad por VIH, resultante en otras enfermedades infecciosas o parasitarias	70	60	-	-	-	6	-	1	5	8	39	17	1	16	
Enfermedad por VIH, resultante en enfermedad infecciosa o parasitaria no especificada	9	8	1	1	-	1	-	-	1	5	5	2	-	2	
Enfermedad por VIH, resultante en sarcoma de Kaposi	9	9	-	-	-	1	-	-	1	8	8	-	-	-	
Enfermedad por VIH, resultante en linfoma de Burkitt	9	9	-	-	-	-	-	-	6	-	6	3	-	3	
Enfermedad por VIH, resultante en otros tipos de linfomas no Hodgkin	6	5	-	-	-	-	-	-	5	1	4	1	-	1	
Enfermedad por VIH, resultante en otros tipos de tumores malignos del tejido linfode, hematopoyético, y tejidos relacionados	3	2	-	-	-	-	-	-	3	1	2	-	-	-	
Enfermedad por VIH, resultante en tumores malignos múltiples	2	2	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-	-	-	
Enfermedad por VIH, resultante en otros tumores malignos	5	4	-	-	-	-	-	-	4	1	3	1	-	1	
Enfermedad por VIH, resultante en tumores malignos no especificados	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	
Enfermedad por VIH, resultante en encefalopatía	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	
Enfermedad por VIH, resultante en síndrome caquético	16	12	-	-	-	-	-	-	10	2	8	6	2	4	
Enfermedad por VIH, resultante en enfermedades múltiples clasificadas en otra parte	88	77	-	-	-	6	-	6	60	9	51	22	2	20	
Síndrome de infección aguda debida a VIH	4	3	1	-	1	-	-	-	-	-	-	3	1	2	
Enfermedad por VIH, resultante en linfadenopatía generalizada (persistente)	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	
Enfermedad por VIH, resultante en anomalías inmunológicas y hematológicas, no clasificadas en otra parte	10	6	-	-	-	2	-	2	5	2	3	3	2	1	
Enfermedad por VIH, resultante en otras afecciones especificadas	10	8	-	-	-	1	-	1	7	2	5	2	-	2	
Enfermedad por VIH, resultante en otras afecciones especificadas	78	63	3	2	1	7	1	6	50	6	44	18	6	12	

Fuente: CCSS. Área de Estadística en Salud.

Ministerio
de **Salud**
Costa Rica

