Acta CME-VC 01-2021
Visita de Campo Comisión Monitoreo Estratégico

Nº de Acta	CME-VC 01-2021
Fecha:	Viernes 9 de julio
Lugar:	Sesión Virtual por medio de la plataforma Zoom
Hora:	2:00 pm
Objetivo de la reunión	Realizar Visita de Campo al Receptor Principal (HIVOS)

Participantes

Nombre del representante	Institución/Organización/Sector
Dixiana Alfaro	Coordinadora CME, Ministerio de Justicia y Paz
Luis Emilio Solís	IAFA
Alexandra Acuña	CCSS
Rodolfo Leitón	Representante PVS
Laura Sánchez	Directora Proyecto VIH-CR
Ecaterina Trujillo	Equipo Proyecto VIH-CR
María José Longui	Equipo Proyecto VIH-CR

Toma de acta: Mariana Rivas Chaves, Comunicadora MCP-CR

Agenda

1. Bienvenida y explicación sobre el objetivo de la reunión al equipo del RP.
2. Ejecución Presupuestaria II Fase.
3. Situación de distribución de preservativos por parte de la CCSS.
4. Lubricantes en presentación Sachet.
5. Módulo VIH en EDUS.
6. Dificultad con las clínicas para llenar matriz de Excel que se comparte con el Proyecto VIH-CR.
7. Actualización de Cascada de Atención.
8. Actualización sobre el PEN 2021-2026.
9. Estrategia de Prevención Combinada.
10. Equipos técnicos nuevos SR´s.
11. Valoración de que nuevos SR´s brinden los informes en el MCP-CR para el II semestre del 2022.
12. Seguimiento de la implementación del PrEP.
13. JPS y la negación de incluir a los SR`s en la modalidad de apoyo a la gestión.
14. Cierre de reunión.

Temas tratados

1. Bienvenida y explicación sobre el objetivo de la reunión al equipo del RP.

Dixiana Alfaro, Coordinadora de la CME, da la bienvenida a los y las participantes de la sesión, así mismo, agradece al equipo del Receptor Principal por la disposición de participar en esta visita de campo que tiene como fin dar seguimiento a las acciones de monitoreo estratégico en el marco del Proyecto VIH-CR.

2. Ejecución Presupuestaria II Fase.

Laura Sánchez, Directora del Proyecto VIH-CR, inicia comentando que el balance de la ejecución presupuestaria del semestre actual y el del acumulado de la subvención, se tendrá listo cuando se presente el PUDR a finales de agosto, sin embargo, en cuanto al 2020 la ejecución fue aproximadamente de un 80%, esto debido a que varios factores como viáticos y diversas actividades, tuvieron cambios por la pandemia y con ello, convirtiéndose en eficiencias.También, se añade que en el caso de los SR`s se autorizo el cambio de viáticos por pago de servicio de mensajería para envío de condones a domicilio.

Por otro lado, expresa que estaba previsto ejecutar recursos de la PrEP y Sistemas de Información, a lo que pone como ejemplo, que en el primer caso, se tenía presupuesto considerable para actividades de tipo presencial como reuniones de trabajo, capacitaciones y lanzamiento, que también se convirtieron en eficiencias y las cuales al realizar el respectivo corte en Diciembre del 2020 afectaba en una subejecución; en esta misma línea, recalca que durante este semestre han realizado el esfuerzo para ejecutar eficiencias en la consultaría de comunicación que se está realizando en cuanto a la PrEP, de manera que lo subejecutado en este tema se vea compensado en la ejecución semestral.

En cuanto a los Sistemas de Información de VIH, también hubo un subejecución debido a los cambios por Covid-19, por lo que que en marzo del presente año de los $150.000 (monto total dado por el Fondo Mundial) se habían gastado únicamente $60.000 y se contaba con $90.000 de eficiencia; no obstante, menciona que en este semestre y con autorización del donante, acordaron con el Ministerio de Salud apoyarles con el manejo de información de COVID-19, mediante equipo tecnológico y contratación de recurso humano temporal (una persona técnica informática y una persona analista de datos) para apoyo a Dirección de Vigilancia de la Salud, de forma que al auxiliarles en este tema, puedan estar “desahogados” para trabajar en el sistema de información. Aunado a esto, añade que en junio se realizó el contrato con el Observatorio del Desarrollo Humano de la UCR, para iniciar el proceso de diagnóstico necesario para este sistema.

Con lo anterior, se prevé un aumento de porcentaje en la ejecución acumulada.

3. Situación de distribución de preservativos por parte de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).

Actualmente, la CCSS ha realizado una entrega de 5000 y tres entregas de 7000 condones, por lo que se han tenido cuatro entregas mensuales seguidas, sin embargo, aún no se ajusta a la necesidad siendo esta de un alrededor de 20.000 condones. Se comenta, que luego de una reunión con la institución, esta indicó que la cantidad requerida no podía ser brindada, por lo que luego de negociaciones se acordó que fuesen 7000.

En cuanto a la cantidad actual de condones, se expresa que han realizado distintas distribuciones, por lo que en ocasiones han concertado con las organizaciones brindar más a Transvida, esto debido a que la mayoría de personas que atienden se encuentran en trabajo sexual y, además, considerando que a esta población se le dificulta el acceso a condones por otros medios, sin embargo, si aún la organización antes mencionada cuenta con condones, y cualquiera de las otras dos organizaciones tiene pocos, se ajusta la distribución, no obstante, recalcan que entre los subreceptores ha existido solidaridad en cuanto a este tema.

Por otro lado, se agrega que la distribución de condones se ha tratado de realizar basándose en el porcentaje de alcance de las metas, con la finalidad de impulsar a ambas poblaciones para que logren la cobertura necesaria, pero las organizaciones se encuentran temerosas de no poder contar con condones para los meses próximos, resultando que las cantidades que se entregan por persona sean bajas (se encuentran de acuerdo a las cantidades recomendadas en la estrategia de prevención combinada pero siempre en los rangos más bajos), por ejemplo, a los HSH se les entrega 6 condones por abordaje y a la población Trans una cantidad de 21.

Asimismo, las organizaciones han tomado medidas como tener reservas de condones y crear alianzas con proveedores privados, en la búsqueda de mantener la entrega a los usuarios, aunado a esto, crearon estrategias para que las personas se animen a retirar tan pocos condones, tales como brindar premios junto a los mismos.

Por otro lado, se consulta si aún continúa en pie la idea de realizar una reunión técnico-política para que en el presupuesto ordinario institucional se incluyan las cantidades de condones requeridas, ante esto se indica que esta se debe retomar e incluso que por parte de la Dra. Gloria Terwes se planteó que se incorporara a la Defensoría de los Habitantes de la República (DHR), luego de una carta enviada por esta institución en cuanto al tema a principios de año; en esta misma línea, se agrega que Transvida tuvo una reunión con la Dra. Gloria Terwes y Gerencia Logística, en la cual se les indicó que dijeran la cantidad que necesitaban con la finalidad de valorar si otra clínica podría darles apoyo en cuanto a los condones.

Finalmente, se consulta si para esta III Fase se prevé que cada ONG firme un convenio con la CCSS, ante esto, se expresa que en principio es lo que está previsto y a lo que se aspira, no obstante, piensan que hasta que se resuelva el tema de las cantidades se podría pensar en que esto suceda realmente.

4.Lubricantes presentación Sachet.

Se menciona que este tema se ha ido postergando, ya que en la II subvención que justo acaba de terminar, existía una medida de seguimiento que indicaba que la CCSS al año 2021 iba a contar con lubricantes en esta presentación, sin embargo, en el 2020 la institución comunicó que no iba a ser posible y lo traslado al año 2023, sin embargo, se reportará el avance de la medida de gestión al Fondo Mundial.

Añadiéndose que a pesar de esto, la ventaja con la que se ha contado y la razón por la que esto no ha sido problema, es debido a que se tenía contemplado que los lubricantes del proyecto se iban a acabar y además, de que en principio la CCSS iba a contar con estos hasta el 2021, por lo que se había incluido dinero para compra de lubricantes en los proyectos de la Junta de Protección Social (JPS), ante esto, las organizaciones han estado financiándolos de esta forma.

Con esto recalcándose que en cuanto a este tema no ha existido mayor problema debido a lo dicho anteriormente, y que las organizaciones compran el producto a proveedores locales (Masculan y Vive).

5. Módulo VIH en EDUS.

Señalan que han tenido información desde el año pasado que se está trabajando en el Módulo de VIH, además de que recientemente por otras fuentes, se esperaba que en julio del 2021 estuviese listo y que este se había estado piloteando (mediante información de algunas de las clínicas de VIH).

Sin embargo, mencionan que según entienden el Módulo de VIH que se estaría incorporando es más enfocado para las clínicas de VIH, en cuanto a esto se añade que también existe la necesidad de eliminar el sistema paralelo que utilizan estas, con la finalidad de no crear duplicidad de funciones. No obstante, se expresa que de acuerdo a lo comprendido en una conversación con la Dra. Gloria Terwes, la CCSS si incorporó el tema de identidad de género dentro de la información sociodemográfica recopilada, agregándose que no se le ha podido dar el seguimiento sobre cómo se ha estado implementando, y además, que puede resultar difícil consultar sobre identidad de género en los servicios por la poca familiaridad con el concepto y con esto generando problemas en la recolección de los datos, por lo que se reitera que se desconoce sobre qué tan bien se esté dando la implementación.

Por otro lado, aseguran que cuando se iba a realizar el cambio para las pruebas de VIH en la CCSS, habían estado en conversaciones con el equipo del EDUS sobre cómo sería posible recolectar el indicador de pruebas que se reporta al Fondo Mundial, y el cual requiere distinguir entre población trans y HSH, con la finalidad de saber que la persona conoció su resultado, por lo que en cuanto a esto, se les explicó que al momento de que una persona se realiza la prueba de VIH se incluyó la orientación sexual en el EDUS, no obstante, existe el desafío en confirmar que la persona recibió su resultado, ya que esto pasaría por la conectividad que aún no existe entre los sistemas de laboratorio y EDUS, siendo que actualmente al médico se le envía el resultado en papel, por lo que en cuanto a esto se entiende que todavía este indicador de pruebas no se encuentra listo para reportar de manera completa.

Finalmente, añaden que el principal problema es que la información se encuentra de manera dispersa y no se ha logrado que esté concentrada en un solo lugar.

6. Dificultad con las clínicas para llenar matriz que se comparte con el Proyecto VIH-CR.

Inicialmente, se explica que durante el periodo de pandemia ha sido complicado, debido a la directriz de referir solo a personas que necesitaran la prueba de manera urgente, por lo que la medición con respecto al indicador de pruebas y el resto de información, en este periodo cambio, de manera que desde febrero de este año no se cuenta con reporte de las clínicas acerca de las personas que se han realizado la prueba y conocen su resultado, por lo que esperan recopilar esta información en el fin del periodo semestral.
No obstante, añaden que finalizando el año 2019 e inclusive en el 2020, lograron que la brecha de lo que reportaban las organizaciones y la CCSS fuese menor, sin embargo, lo que reportaba esta última a través de las clínicas, era solamente la información de las personas referidas por los SR´s; también se menciona que este indicador es nacional y se esperaba que hubiese un reporte de la demanda espontánea de las clínicas, pero no ha sido posible.
Recalcándose que con este indicador se ha sufrido con: sub-reporte, problemas en la temporalidad y en las formas de reporte; de forma que hasta que se logre el Módulo de VIH en el EDUS, piensan que contarán con información más certera.

7. Actualización Cascada de Atención.

Se comenta que en el contexto de la elaboración de la subvención era necesario tener los datos de la cascada actualizados para incluirlos en la solicitud de financiamiento que se iba a enviar, ante esto la OPS apoyo con la contratación de una consultora y por parte del proyecto, se contrataron personas para que dieran apoyo a nivel local a la consultora. Con esto se logró un informe con datos de cascada, para lo que se añade que tienen problemas en términos de calidad, pero se recalca que en ninguno de los pilares de la cascada se logra que los datos sean perfectos; sin embargo, mencionan que se dio con un acercamiento a cascadas de prevención, las cuales incluyen: a cuánta de la población clave se le ha realizado la prueba, cuántos están vinculados a servicios, cuántos han tenido seguimiento a los 12 meses y cuántos a esos 12 meses, continúan con una prueba negativa.

(se adjunta en Anexo 2)

8. Actualización del Plan Estratégico Nacional de VIH (PEN) 2021-2026.

El año pasado se dio el proceso de actualización del PEN 2021-2026, para el cual se pagó una consultoría (con recursos del proyecto), también, se menciona que al realizarse de forma paralela con la solicitud de financiamiento de la III fase, se logró alinear por completo con esta, de manera que todos los indicadores que se encuentran en el marco de desempeño de la subvención que recién comenzó, son indicadores nacionales que están en el PEN 2021-2026.
Así mismo, se apunta a que en esta ocasión no se realizó un Plan de M&E de la subvención, si no que se elaboró un Plan de Monitoreo del PEN (con recursos del Proyecto), en el que se menciona cómo se va a monitorear los recursos del donante, con ello buscando que el PEN sea el referente fundamental y los indicadores sean una guía.
También se destaca, que todas las actividades que se encuentran en la subvención están incluidas en el PEN e incluso, temas que fueron identificados durante los procesos de consulta (que no aplicaban para financiamiento del Fondo Mundial) fueron incorporadas en este documento.

El documento aún no está oficializado, ya que faltan pocos detalles por afinar, pero en cuanto este se encuentre listo se comunicará.

9. Estrategia de Prevención Combinada.

Se indica que parte de lo que se debe realizar en los próximos meses es revisar y actualizar la Estrategia de Prevención Combinada, con esto aspirando a que se vaya eliminando la idea de que prevención combinada únicamente se realiza en el contexto del proyecto, con la finalidad de incorporarlo como la Estrategia de Prevención Combinada del país.
Se comenta que tienen varios desafíos y revisiones por hacer, en la búsqueda que esta sea más amplia e integral.

10. Equipos técnicos de nuevos subreceptores (SR´s).

Aseguran que desde que se envió la solicitud de financiamiento se plantearon dos perfiles distintos:
Asoc. Manú y Gente Positiva, fueron elegidas para que ocuparan el puesto de dos organizaciones que requieren fortalecimiento y acompañamiento, de manera que al estar más organizadas o estructuradas, con un poco de apoyo (financiamiento 1 año y recurso manejado por ellos) se visualiza que puedan llegar a trabajar por si solas y hasta acceder a recursos de la Junta de Protección Social (JPS).

Por otro lado, se encuentra el grupo de organizaciones que requieren más apoyo: Asoc. Cuenta Conmigo, Fundación VIHDA y Positivxs, que entrarían en la categoría de financiamiento por dos años (primer año Hivos maneja recursos y el segundo año, se esperaría que puedan manejarlos por sus propios medios) y de igual manera, buscando que puedan llegar a acceder a recursos de la JPS.

En cuanto a los equipos técnicos de los nuevos SR´s, aún no se ha realizado el proceso de selección, ya que se está a la espera de la firma de los contratos para así arrancar con estos. Sin embargo, se tiene pensado que Asoc. Manú y Gente Positiva tengan dos personas técnicas cada uno (navegador y educador) y una persona administradora (1/4 de tiempo), en cuanto a VIHDA y Positivx, un puesto técnico cada uno (educador) y Asoc. Cuenta Conmigo con dos personas técnicas (navegador y educador); pero se contrataría un administrador que maneje los recursos de estas tres organizaciones.

11. Valoración de que nuevos subreceptores (SR´s) brinden informes en el MCP-CR para el II semestre del 2022.

Se indica que es totalmente viable en que los nuevos SR´s brinden informes al MCP-CR para el II semestre del 2022, con esto apegándose a la cultura de rendición de cuentas.

12. Seguimiento de la Profilaxis Pre-Exposición (PrEP).

En primera instancia, se consulta sobre cómo se realizará el seguimiento de la PrEP, además si la CCSS compartirá información con el proyecto, ante esto, se menciona que en el lineamiento del Ministerio de Salud (MS) se establecieron indicadores que a nivel nacional reporten tanto la CCSS como el sector privado, sin embargo, aún no hay claridad del mecanismo, pero en principio la idea es que tanto la CCSS como el sector privado recolecten información y esto lo envíen al MS, el cual al ser el ente rector, debe consolidar todo lo enviado y una vez consolidada la información, la compartan al proyecto para efectos de reporte al Fondo Mundial. No obstante, indican que aún hay dudas en cuanto a recolección de varios indicadores, por lo que se encuentran ajustando detalles operativos.
En cuanto al tema de comunicación, se consulta cómo se prevé que será el proceso cuando la empresa contratada termine la consultoría, con esto, se expresa que en la perspectiva ideal se esperaría que se institucionalice, además, que las mismas organizaciones incorporen dentro de sus estrategias de comunicación este tema, poniéndose como ejemplo, que la Asoc. Demográfica Costarricense realizó una impresión de material informativo acerca de la PrEP.

13. Junta de Protección Social (JPS) y la negación de incluir a los SR`s en la modalidad de apoyo a la gestión.

Exponen que está pendiente retomar con la JPS este tema, con la finalidad de discutir si del todo está cerrada la posibilidad para estas organizaciones y si fuese así, el plan B será negociar sobre cómo cubrir rubros que actualmente no se están cubriendo en la modalidad de proyecto, tales como: salario de la persona administradora y servicios públicos.

14. Cierre de reunión.

La Coordinadora de la CME, agradece a los y las participantes el haber participado de esta sesión, con esto dándose por finalizada la misma.

Al ser las quince con cuarenta y ocho minutos se da por finalizada la reunión.

Gmail

Comunicación MCP-CR <comunicacion.mcpcr18@gmail.com>

Re: Aprobación Acta CME-VC 01-2021

1 mensaje

Rodolfo Leiton <rodolfo.leitonh@gmail.com> 16 de julio de 2021, 20:47
Para: Comunicación MCP-CR <comunicacion.mcpcr18@gmail.com>

Buenas noches, por este medio doy por leida , entendida dicha acta y doy mi aprobación a la misma.
Sin mas por el momento quedo a sus órdenes.
Atte.
Rodolfo Leiton Hernández
ASEV

El vie., 16 de jul. de 2021 3:26 PM, Comunicación MCP-CR <comunicacion.mcpcr18@gmail.com> escribió:

> Buenas tardes, un gusto saludarles, por este medio les envío el acta correspondiente a la visita de campo realizada al Receptor Principal el pasado viernes 9 de julio al ser las 2:00pm, con la finalidad de su revisión, lectura y aprobación.
> Además, anexo el siguiente documento:
> -Informe de desarrollo de cascadas de prevención y atención.
>
> Cualquier consulta o comentario, quedo a la orden.
> Feliz fin de semana.
>
> --
>
> MCP Mecanismo Coordinador de País Costa Rica
> MARIANA RIVAS CHAVES
> COMUNICADORA MCP-CR
> (+506) 8681-9411
>
> Libre de virus. www.avast.com

Gmail

Comunicación MCP-CR <comunicacion.mcpcr18@gmail.com>

RE: Aprobación Acta CME-VC 01-2021

1 mensaje

Luis Emilio Solís Villalobos <lsolis@iafa.go.cr> 19 de julio de 2021, 09:03
Para: Comunicación MCP-CR <comunicacion.mcpcr18@gmail.com>, Dixiana Alfaro Alvarado <dalfaro@mj.go.cr>, Dixiana Alfaro Alvarado <dixianacr@gmail.com>, "rodolfo.leitonh" <rodolfo.leitonh@gmail.com>, Alexandra Acuña Carrillo <aacunac@ccss.sa.cr>
CC: Laura Sanchez <lsanchez@hivos.org>, Maria Longhi <mlonghi@hivos.org>, Ecaterina Trujillo <etrujillo@hivos.org>, MCP-CR <mcpcostarica@gmail.com>

Buenos días, acuso recibido, lectura y aprobación de la misma.

Gracias, pasen un lindo día, feliz inicio de semana….

LUIS EMILIO SOLÍS VILLALOBOS
Enfermero. Atención a Pacientes.
Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
Oficinas Centrales. San Pedro, Montes de Oca.
Teléfono: 2224 6122 ext 131

HOJA POR HOJA SALVAMOS EL PLANETA
Por favor, no imprima este correo electrónico si no es estrictamente necesario. Recuerde que puede guardarlo digitalmente.

La información contenida en este mensaje es confidencial y está dirigida únicamente al destinatario. Esta información puede contener información protegida por secreto profesional. Si Usted no es la persona a quien va dirigido este mensaje, por favor tome en cuenta que la divulgación, distribución o reproducción de esta comunicación es estrictamente prohibida. Cualquier persona que reciba este mensaje por error debe notificarlo inmediatamente al remitente por vía telefónica o correo electrónico y borrarlo permanentemente de su computadora. La transmisión no garantiza que el correo electrónico sea seguro o libre de error, por consiguiente, no manifestamos que esta información sea completa o precisa.

De: Comunicación MCP-CR <comunicacion.mcpcr18@gmail.com>
Enviado: viernes, 16 de julio de 2021 15:25
Para: Dixiana Alfaro Alvarado <dalfaro@mj.go.cr>; Dixiana Alfaro Alvarado <dixianacr@gmail.com>; Luis Emilio Solís Villalobos <lsolis@iafa.go.cr>; rodolfo.leitonh <rodolfo.leitonh@gmail.com>; Alexandra Acuña Carrillo <aacunac@ccss.sa.cr>
Cc: Laura Sanchez <lsanchez@hivos.org>; Maria Longhi <mlonghi@hivos.org>; Ecaterina Trujillo <etrujillo@hivos.org>; MCP-CR <mcpcostarica@gmail.com>
Asunto: Aprobación Acta CME-VC 01-2021

Buenas tardes, un gusto saludarles, por este medio les envío el acta correspondiente a la visita de campo realizada al Receptor Principal el pasado viernes 9 de julio al ser las 2:00pm, con la finalidad de su revisión, lectura y aprobación. Además, anexo el siguiente documento:
-Informe de desarrollo de cascadas de prevención y atención.

Cualquier consulta o comentario, quedo a la orden.
Feliz fin de semana.

--

MCP Mecanismo Coordinador de País Costa Rica
MARIANA RIVAS CHAVES
COMUNICADORA MCP-CR
(+506) 8681-9411

Gmail

Comunicación MCP-CR <comunicacion.mcpcr18@gmail.com>

RE: Aprobación Acta CME-VC 01-2021

1 mensaje

Alexandra Acuña Carrillo <aacunac@ccss.sa.cr> 22 de julio de 2021, 12:42
Para: Comunicación MCP-CR <comunicacion.mcpcr18@gmail.com>, Dixiana Alfaro Alvarado <dalfaro@mj.go.cr>, Dixiana Alfaro Alvarado <dixianacr@gmail.com>, Luis Emilio Solís Villalobos <lsolis@iafa.go.cr>, "rodolfo.leitonh" <rodolfo.leitonh@gmail.com>
CC: Laura Sanchez <lsanchez@hivos.org>, Maria Longhi <mlonghi@hivos.org>, Ecaterina Trujillo <etrujillo@hivos.org>, MCP-CR <mcpcostarica@gmail.com>

Buenas tardes, leí el acta de la visita realizada al Receptor Principal del pasado viernes 9 de Julio, me parece que está muy bien, por tanto la apruebo.

Saludos cordiales,

Alexandra Acuña Carrillo

De: Comunicación MCP-CR <comunicacion.mcpcr18@gmail.com>
Enviado el: viernes, 16 de julio de 2021 03:25 PM
Para: Dixiana Alfaro Alvarado <dalfaro@mj.go.cr>; Dixiana Alfaro Alvarado <dixianacr@gmail.com>; Luis Emilio Solís Villalobos <lsolis@iafa.go.cr>; rodolfo.leitonh <rodolfo.leitonh@gmail.com>; Alexandra Acuña Carrillo <aacunac@ccss.sa.cr>
CC: Laura Sanchez <lsanchez@hivos.org>; Maria Longhi <mlonghi@hivos.org>; Ecaterina Trujillo <etrujillo@hivos.org>; MCP-CR <mcpcostarica@gmail.com>
Asunto: Aprobación Acta CME-VC 01-2021

Buenas tardes, un gusto saludarles, por este medio les envío el acta correspondiente a la visita de campo realizada al Receptor Principal el pasado viernes 9 de julio al ser las 2:00pm, con la finalidad de su revisión, lectura y aprobación.

Además, anexo el siguiente documento:

-Informe de desarrollo de cascadas de prevención y atención.

Cualquier consulta o comentario, quedo a la orden.

Feliz fin de semana.

--

MCP Mecanismo Coordinador de País Costa Rica
MARIANA RIVAS CHAVES
COMUNICADORA MCP-CR
(+506) 8681-9411

Gmail

Comunicación MCP-CR <comunicacion.mcpcr18@gmail.com>

RE: Recordatorio: Aprobación Acta CME-VC 01-2021

1 mensaje

Dixiana Alfaro Alvarado <dalfaro@mj.go.cr> 27 de julio de 2021, 08:32
Para: Comunicación MCP-CR <comunicacion.mcpcr18@gmail.com>, Dixiana Alfaro Alvarado <dixianacr@gmail.com>

Estimada Mariana:

No tengo observaciones,

Apruebo el acta,

Saludos,

Dixiana

De: Comunicación MCP-CR <comunicacion.mcpcr18@gmail.com>
Enviado el: martes, 27 de julio de 2021 08:05
Para: Dixiana Alfaro Alvarado <dalfaro@mj.go.cr>; Dixiana Alfaro Alvarado <dixianacr@gmail.com>
Asunto: Recordatorio: Aprobación Acta CME-VC 01-2021

This email's attachments were cleaned of potential threats by Check Point SandBlast.
Click here if the original attachments are required (justification needed).

Buenos días Dra, un gusto saludarla, le hago reenvío del acta correspondiente a la visita de campo realizada al Receptor Principal el pasado viernes 9 de julio al ser las 2:00pm, con la finalidad de su revisión, lectura y aprobación.

Quedo al pendiente, muchas gracias

---------- Forwarded message ---------
De: **Comunicación MCP-CR** <comunicacion.mcpcr18@gmail.com>
Date: vie, 16 de jul. de 2021 a la(s) 15:25
Subject: Aprobación Acta CME-VC 01-2021
To: Dixiana Alfaro Alvarado <dalfaro@mj.go.cr>, Dixiana Alfaro Alvarado <dixianacr@gmail.com>, Luis Emilio Solís Villalobos <lsolis@iafa.go.cr>, rodolfo.leitonh <rodolfo.leitonh@gmail.com>, Alexandra Acuña Carrillo <aacunac@ccss.sa.cr>

Cc: Laura Sanchez <lsanchez@hivos.org>, Maria Longhi <mlonghi@hivos.org>, Ecaterina Trujillo <etrujillo@hivos.org>, MCP-CR <mcpcostarica@gmail.com>

Buenas tardes, un gusto saludarles, por este medio les envío el acta correspondiente a la visita de campo realizada al Receptor Principal el pasado viernes 9 de julio al ser las 2:00pm, con la finalidad de su revisión, lectura y aprobación.

Además, anexo el siguiente documento:

-Informe de desarrollo de cascadas de prevención y atención.

Cualquier consulta o comentario, quedo a la orden.

Feliz fin de semana.

--

MCP Mecanismo Coordinador de País Costa Rica
MARIANA RIVAS CHAVES
COMUNICADORA MCP-CR
(+506) 8681-9411

Libre de virus. www.avast.com

--

MCP Mecanismo Coordinador de País Costa Rica
MARIANA RIVAS CHAVES
COMUNICADORA MCP-CR
(+506) 8681-9411

Correo Protegido por CheckPoint

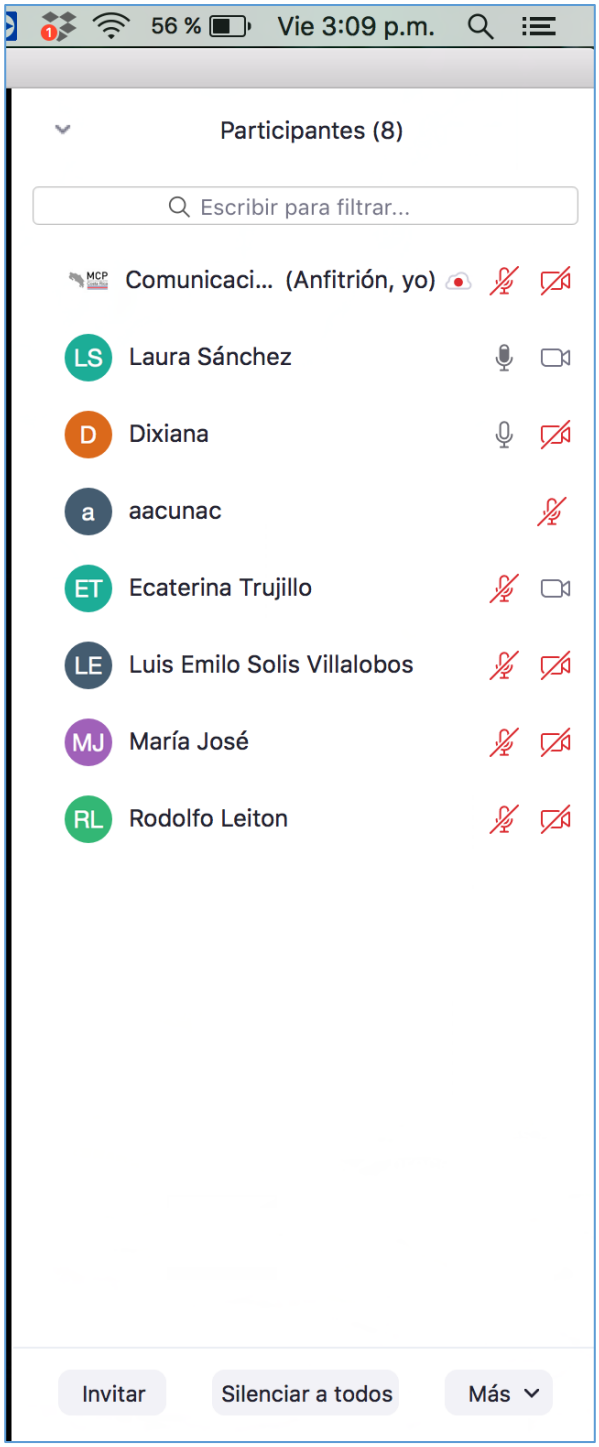
Lista de Participantes

Actividad: Visita de Campo Comisión de Monitoreo Estratégico al RP-HIVOS.

Lugar: Sesión Virtual realizada por Zoom.

Fecha: Viernes 9 de julio 2021

Hora: 2:00 pm



Gmail

Comunicación MCP-CR <comunicacion.mcpcr18@gmail.com>

Convocatoria CME-VC 01-2021

1 mensaje

Comunicación MCP-CR <comunicacion.mcpcr18@gmail.com> 3 de junio de 2021, 14:17
Para: Laura Sanchez <lsanchez@hivos.org>
CC: Rocio Guzmán Cervantes <rguzmanc@inamu.go.cr>, aacunac <aacunac@ccss.sa.cr>, isamarmu7623 <isamarmu7623@gmail.com>, Poblacion HSH CR Comunidad <poblacionhshcr@gmail.com>, Luis Emilio Solís Villalobos <lsolis@iafa.go.cr>, luis walker <luis.walker@misalud.go.cr>, Rodolfo Leiton <rodolfo.leitonh@gmail.com>, Dixiana Alfaro Alvarado <dalfaro@mj.go.cr>, dixianacr <dixianacr@gmail.com>, Jeniffere Ugalde Monge <jeniffere.ugalde@misalud.go.cr>, mcpcostarica <mcpcostarica@gmail.com>

Buenas tardes, un gusto saludarles, de acuerdo a la confirmación de realizar la Visita de Campo Virtual de la CME al Receptor Principal el día **Viernes 9 de julio al ser las 2:00 pm,** les realizo envío de los enlaces correspondientes de Zoom para esta sesión virtual.

Enlace y ID de la Reunión

Unirse a la reunión Zoom
https://us02web.zoom.us/j/85870447426

ID de reunión: 858 7044 7426

Cualquier consulta, quedo a la orden
--

MCP
Mecanismo Coordinador de País
Costa Rica
MARIANA RIVAS CHAVES
COMUNICADORA MCP-CR
(+506) 8681-9411

INFORME DE DESARROLLO DE CASCADAS DE PREVENCION Y ATENCION, 2019

Consultoría: Integración y recolección de información de VIH en las Clínicas de atención integral y las Clínicas de ITS (VICITS) para la construcción de la cascada de servicios de prevención y atención al VIH para personas según características de riesgo y vulnerabilidad.

septiembre

2020

Dra. Antonia Elizabeth Rodríguez Artiga

Contrato: No. CON20-00010970

Contenido

I. Resumen ejecutivo 2

II. Introducción 4

III. Objetivo General. 5

IV. Dependencia y relaciones: 5

V. Productos esperados 5

VI. Resultados 5

a. Levantamiento de la información de las bases de datos de VICITS 5

b. Clasificación de población clave y clasificación de las personas según su nivel de riesgo de infección por el VIH 6

c. Construcción de la cascada de prevención 9

d. Construcción de la cascada de atención del VIH 13

VII. Resumen de los hallazgos 13

VIII. Recomendaciones 14

I. Resumen ejecutivo

Entre 2002 y 2019, Costa Rica reportó un total de 12.521 casos de VIH. La tendencia de nuevos casos de VIH ha ido en aumento, con la incidencia más alta en 2019 con 1.218 casos nuevos. La relación hombre: mujer de nuevos casos de VIH es de H:M 6:1, la tasa de mortalidad es de 3,7, por 100.000 habitantes. La epidemia de VIH en Costa Rica está concentrada en los grupos de población clave, (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), las mujeres trans y las trabajadoras sexuales principalmente). Costa Rica no cuenta con información completa sobre la atención continuada al VIH (cascada de atención) ni los indicadores de la cascada de servicios de prevención del VIH.

Objetivo: En apoyo a la gestión de los servicios de VIH/ITS se buscó construir las cascadas de prevención desagregadas por población clave y la cascada del continuo de atención al VIH.

Metodología: Se buscó la revisión y consolidación de la información en las clínicas VICITS (cascada de prevención) y clínicas de atención al VIH. Se obtuvieron las bases de datos de las fichas VICITS, y las del Expediente Digital Único en Salud (EDUS). La ficha VICITS no cuenta con las preguntas esenciales/ para la clasificación de la población clave o su riesgo de adquirir VIH (según recomendado por la OPS/OMS), sin embargo, se seleccionaron variables proxis para triangular y clasificar a la población clave. Como en las clínicas de atención integral para VIH, la información no está sistematizada y por tanto no se logró descargar los datos de la cohorte de los pacientes con VIH en atención, sus pruebas de carga viral y de retiro de farmacia. Por ello se tomaron solamente los datos de los informes consolidados proporcionados por los gerentes de las clínicas, así como la información de carga viral de laboratorio, que se trianguló con la información disponible en EDUS.

Resultados: Se logró construir la cascada de prevención del VIH para población clave (PC) de 2019. Esta cascada se basó en la información oficial de la ficha de VICITS y en la información obtenida de las visitas a los servicios donde se logró rescatar un 23% de información adicional. El total de casos contabilizados fue de 1408 casos de los cuales, el 23% (322 personas) fueron casos positivos ya conocidos, el 68% (960) tenían una prueba no reactiva y a un 9% (126 personas) no se les realizó la prueba o esta no fue consignada. De los 960 casos con prueba negativa, se habían vinculado a los servicios el 98% (938). A la PC se les ofrece un paquete ampliado de pruebas de ITS, priorizando el VIH, sífilis, hepatitis B y C, herpes y otras pruebas según las necesidades de cada persona. La principal barrera encontrada en los servicios es el seguimiento. Solo un 29% (269 personas) de PC con tuvieron una segunda prueba de VIH en su seguimiento de 12 meses, de estas el 97% (260) permanecieron negativas para el VIH, mientras que, el 3%, (9 personas) se habían infectado con el VIH entre su primera y su segunda prueba. Del total de personas infectadas, el 95% correspondieron a HSH y el 5% a MT.

No se pudo elaborar la cascada de atención de la población clave a partir de la base de datos del EDUS. Como no se disponía de la cohorte de personas con VIH en atención no se logró verificar si los 322 casos positivos encontrados en las VICITS estaban en la base de las Clínicas de atención integral. Sin embargo, se pudo construir una aproximación a esta cascada a partir de los datos agregados reportados por los gerentes de las clínicas de atención al VIH.

Esta cascada preliminar de atención al VIH para 2019, tuvo en su primer pilar, 14.244 personas con VIH, de estas el 91% (13.000) tenían su diagnóstico y conocían sus resultados. Se estimó que existía una subnotificación de casos antes del 2002 y esta se consideró para construir el segundo pilar. Del total de casos, el 75% (10.690) estaban vinculados a los servicios, el 63% (9.019) estaban en TAR y

el 39% tenían la CV suprimida, este último dato pudiera ser más alto, pero no se pudo comprobar el dato con la información en los servicios, solo a través de triangulación de la base de EDUS y los datos del sistema ROCHE de laboratorio.

Hallazgos principales: En las clínicas VICITS se observó, a) falta de sistematización de la información en el sistema de VICITS, principalmente la información de laboratorio b) el adecuado llenado de la hoja VICITS, c) la falta de cumplimiento de la normativa nacional de realización de pruebas a la PC (cada 6 meses), d) la falta de capacitación de los RRHH de los servicios, para reducir las oportunidades perdidas, mejorar el acceso de las pruebas y la falta de seguimiento de los casos que no regresaron y d) poca integración de las acciones realizadas por la sociedad civil y los servicios, perdiendo una buena oportunidad de ampliación de coberturas En las clínicas de atención para VIH se encontraron: a) falta de sistematización de la información de laboratorio y de farmacia, b) los datos introducidos al EDUS no se habían evaluado, c) no había una cohorte sistematizada de los casos, y cada hospital lleva su propia base local, d) no se podía construir una cascada de atención completa con todos sus pilares.

Recomendaciones: Para las clínicas VICITS: a) Elaborar un plan de mejoras para fortalecer las acciones de prevención, vinculación y seguimiento de la población clave en los servicios de ITS, integrando a los profesionales de las clínicas y estableciendo las estrategias pertinentes en cada uno de los lugares; b) Introducir las variables recomendadas por OPS/OMS relativas a la categorización de población clave y la valoración de riesgo en los formularios de VICITS y cuando corresponda en el módulo de énfasis de VIH/ITS en el EDUS; c) Elaborar plan de capacitación a la red de servicios de ITS, en el monitoreo y construcción de las cascadas de prevención y atención de PC, así como, el fortalecimiento de las normativas nacionales e internacionales de OPS/OMS; d) Reducir las brechas de sistema de información y equipo en la red de clínicas VICITS, a través de un plan de necesidades locales y del nivel central para reducir la subnotificación y mejoras del dato oficial; e) Monitorear y evaluar la transición del paso del sistema de información de VICITS a EDUS, asegurando cuadros de salida que permitan análisis rutinarios de la información; f) Realizar análisis mensuales de las clínicas VICITS para poder tomar decisiones programáticas adecuadas que mejoren la calidad y cobertura de las mismas.
Para los centros de atención integral al VIH: a) Desarrollar cuadros de salida de la base de datos de EDUS, integrando las variables de la cascada, las de alerta temprana coordinando con los datos disponibles en las clínicas de atención, determinar la subnotificación e integrar datos de CV, farmacia y CD4; b)Realizar estudios operativos para clasificar a la población clave en la base de datos de las clínicas de atención triangulando las bases de datos con la de VICITS y encuesta rápida); c) Capacitar los equipos de atención integral (hospitalarios) en la construcción de las cascadas de atención para las diferentes poblaciones, edad y sexo.
Para el equipo nacional: a) Integrar en las comisiones de CONASIDA el seguimiento del cumplimiento de los indicadores nacionales de la cascada de prevención y atención de población clave, la cascada de atención general por sexo y edad; b) Establecer procesos de construcción y evaluación de indicadores de la respuesta nacional y apoyar los planes de mejoras; c) Implementar un plan de promoción con la sociedad civil para promover los servicios de prevención y atención en VIH e ITS; d) Implementar estudios operativos de brechas en el acceso a los servicios para población clave e implementar estrategias innovadoras con el objetivo de aumentar coberturas, servicios oportunos y efectivos, así como, satisfacción del usuario; e)Dirigir las futuras subvenciones a abordar las brechas presentadas en los servicios de prevención y atención de la población clave.

II. Introducción

Costa Rica tiene una epidemia de VIH concentrada en los grupos de población clave, en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), mujeres trans y trabajadoras sexuales. En la "*Encuesta de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS y estimación del tamaño de poblaciones clave: mujeres trans, HSH y mujeres trabajadoras sexuales de la Gran Área Metropolitana*" realizada en el 2017, la prevalencia de VIH fue de 15,4% (IC 95% 6.8%-23.9%) en HSH, 24,6% (IC 95% 19.3-29.9) en mujeres trans; y 1,3% (IC 95% 0.0%-2.5%) en mujeres trabajadoras sexuales.

La cantidad de casos reportados entre 2002 y 2019 fue de 12.521 casos, con una tendencia al aumento. En el 2019 hubo el mayor número de casos reportados por año con 1.218. La incidencia de casos está muy marcada en el sexo masculino con una relación de H:M de 6:1. La tasa de mortalidad por 100.000 habitantes para el 2019 fue de 3,7, la de hombres de 6,3 y en mujeres 1,0. Las cinco provincias con las mayores tasas de mortalidad de VIH por 100.000 habitantes en el 2019 fueron Cartago con 6,1; San José con 4,4; Limón con 3,7; Guanacaste con 3,3 y Heredia con 3,1.

La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), intensificó los servicios de atención a las personas de población clave fortaleciendo seis clínicas VICITS mediante la implementación de un modelo de prevención combinada vinculado a las organizaciones de la sociedad civil que trabajan con esta población y apoyadas con la subvención del proyecto del Fondo Mundial. La CCSS ha ampliado servicios de ITS en otras 21 Clínicas para el diagnóstico de VIH e ITS, implementadas con fondos propios. Además, se cuenta con siete clínicas de atención integral para la atención a las personas con VIH.

Costa Rica, cuenta con un sistema de información de Expediente Digital Único en Salud (EDUS), que está en su proceso de implementación, y se está coordinando la incorporación de variables que faciliten el monitoreo de la cobertura y calidad de los servicios ofrecidos a personas de la población clave, identificando a la población VIH-positiva y también a la VIH-negativa. Se busca además desagregar la información según los niveles de riesgo de infección por VIH y poder así construir los indicadores de las cascadas de prevención y de atención. Al momento, el país cuenta con un sistema de información para las clínicas VICITS. Se proyecta incorporar en EDUS, algunas preguntas claves con énfasis de VIH/ITS y formar cubos de salida en EDUS. En este momento las salidas del sistema de información de las VICITS no están automatizadas por lo que se requiere realizar una consolidación de bases de datos que apoyen la identificación de las variables y los análisis de las cascadas.

Costa Rica participa en el proyecto *"Información estratégica para consolidar y guiar servicios integrales de VIH para grupos de población clave en América Latina y el Caribe*". En visitas del equipo técnico regional de OPS/WDC, se identificó la necesidad de contar con información estratégica para monitorear la cobertura, calidad y efectividad de los servicios de VIH e ITS ofrecidos a los grupos de población clave. Por ello se recomendó al Ministerio de Salud y a la CCSS la construcción de las cascadas de prevención y atención de acuerdo con el marco de monitoreo de la OPS.

La consultoría se desarrolló en un periodo en el que el país estaba respondiendo a la pandemia de la COVID-19. Por tanto, se condujo virtualmente, bajo la coordinación de un equipo nacional integrado por la CCSS, Ministerio de Salud, el Proyecto VIH-CR-HIVOS/FM y OPS.

III. Objetivo General.

En apoyo a la gestión de los servicios de VIH/ITS se buscó construir las cascadas de prevención desagregadas por población clave y la del continuo de atención al VIH, mediante la revisión y consolidación de la información en las clínicas VICITS y de atención al VIH respectivamente.

IV. Dependencia y relaciones:

La coordinación se realizó con el equipo nacional conformado por profesionales del Ministerio de Salud (Mónica Gamboa), profesionales de la Caja Costarricense del Seguro Social (Gloria Terwes, Alexandra Acuña, Hubert Alberto García Gordon); por el Proyecto VIH-CR-HIVOS/FM, (Laura Sánchez). También se contó con profesionales de ambas instituciones para el cumplimiento de la meta y objetivos.

Se mantuvo una coordinación estrecha con el Dr. Wilmer Marquiño de OPS/OMS Costa Rica y la Dra. Mónica Alonso de la OPS Regional.

V. Productos esperados

- Plan de trabajo y metodología, incluyendo recursos y procesos de revisión y levantamiento de la información de las clínicas de atención integral y las de ITS. Este producto fue entregado junto con la propuesta técnica y metodológica de la Consultoría
- Bases de datos consolidada de la información de las Clínicas de VIH e ITS (condicionado al suministro de información por parte del prestador de servicios)
- Cascadas o proyección de cascadas
- Presentación y breve informe (5-10 páginas) con plan de seguimiento para la mejora de la calidad del dato y plan de asistencia técnica en sistema de datos e información estratégica.

VI. Resultados

a. Levantamiento de la información de las bases de datos de VICITS

Para obtener la información y desarrollar la cascada de prevención, se estableció con el equipo nacional una lista de variables mínimas necesarias, recomendadas en los documentos de OPS[1-2]. El nivel central tuvo que realizar numerosos esfuerzos para la extracción de la información que se entregó en 3 bases de datos sucesivas que iban incorporando casos paulatinamente. Finalmente se logró obtener la base de datos completa de 7 clínicas VICITS. Dos de estas siete clínicas analizadas estaban fuera del convenio de apoyo del Proyecto VIH-CR-HIVOS/FM/. Además de la información de las bases de datos, se consiguió la información de una octava clínica, la Clínica San José en Puntarenas, que no había podido introducir la información al sistema VICITS. La información de esta clínica se logró incorporar, gracias a la visita a la clínica de algunos de los colaboradores en el estudio. Además, en la clínica central se analizaron los datos provenientes del sistema EDUS con las de la base de datos VICITS y los obtenidos a partir de las visitas **(Tabla 1).**

Las actividades más relevantes en el proceso de generación de la base de datos VICITS, fueron:

a) Se buscó generar una base de datos con todas las variables de la ficha VICITS.
b) Se integraron ocho clínicas VICITS, dos más de las programadas y que estaban fuera del convenio de apoyo con el Proyecto VIH-CR-HIVOS/FM.
c) Con las visitas a los servicios para cotejar la información y recuperar datos locales que no estaban en la base VICITS entregada a la consultora, se aumentó el número de personas atendidas en un 29%.
d) Al final se cerró con 1408 personas de la población clave que recibieron atención en las clínicas VICITS.

e) Se considero un 3% (16) de repetidos, que no se pudieron eliminar por la limitante de triangulación de variables secundarias. Las bases no contaron con nombre de la persona, ni con número de cedula

Tabla1: Recuperación de datos a partir de las diferentes bases de datos recuperadas y de las visitas a las clínicas VICITS 2019, Costa Rica

CLINICAS VICITS	código	2da BASE VICITS entregada	3er BASE VICITS entregada	VISITAS A CLINICAS*
Clínica Central	2210	751	788	1046**
Clínica de Heredia-Cubujuqui	2214	14	21	20
Clínica Dr. Marcial Rodriguez	2216	29	39	57
Clínica Heredia-Virilla	2274	6	8	8
Clínica Moreno Cañas	2311	184	185	184
Clínica San Rafael	2511			44
Clínica de Desamparados	2315	28	36	36
Clínica Ricardo Jiménez Núñez	2211		13	13
Total Casos		1012	1090	1408
% de recuperación de notificación			7%	23%

Nota: * la información se completó con la revisión de expedientes y la base local de VICITS.
**la información se completó con la revisión de expedientes y la revisión del EDUS.
Fuente: Cuadro elaborado de la base de datos VICTIS y visitas de verificación a los centros, para la elaboración de la cascada, 2019. Costa Rica

De estos datos se concluye el bajo número de atenciones proporcionado por algunas de las clínicas VICITS lo que hace necesario revisar el funcionamiento de estas clínicas. También es destacable la dificultad que tuvo el nivel central para obtener las bases de datos de las clínicas VICITS.

b. Clasificación de población clave y clasificación de las personas según su nivel de riesgo de infección por el VIH

El documento de la OPS/OMS, Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe[1], establece preguntas sencillas que ayudan a operativizar las variables de población clave, según la definición establecida por ONUSIDA (ver **Tabla 2**) y a valorar si las personas que reciben servicios de prevención están en riesgo sustancial de infección por el VIH. Los sistemas de información podrían incorporar estas variables lo que ayudaría a disponer de la información relativa a la prestación de servicios por grupo de población clave y también por el nivel de riesgo de infección. La disponibilidad de esta información permitiría mejorar los servicios y la atención a las personas de la población clave de acuerdo con sus necesidades y aumentar con ello la cobertura de los mismos.

Tabla 2: Herramienta de operativización de variables para grupos de población clave.

1. ¿Cuál fue su sexo asignado al nacer: varón, mujer o intersexual?		
☐ Varón	☐ Intersexual	☐ No contesta
☐ Mujer	☐ Otro	
2. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido usted relaciones sexuales con...? Marque todas las opciones que corresponda.		
☐ Mujeres	☐ Mujeres trans*	☐ Otro
☐ Hombres	☐ Hombres trans*	☐ No contesta
3. En los últimos 12 meses, ¿ha intercambiado sexo por dinero?		
☐ Sí	☐ No	☐ No contesta
4. En los últimos 12 meses, ¿ha compartido agujas o jeringuillas?		
☐ Sí	☐ No	☐ No contesta
5. Entre estas opciones, ¿con cuál se identifica usted?		
☐ Hombre	☐ Mujer trans*	☐ Otro _____
☐ Mujer	☐ Hombre trans*	☐ No contesta

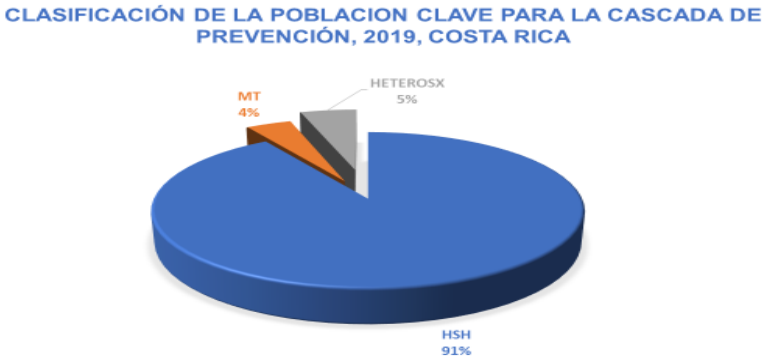
** Mujer trans (transgénero hombre a mujer): nació hombre, pero se identifica como mujer o mujer trans.*
Hombre trans (transgénero mujer a hombre): nació mujer, pero se identifica como hombre u hombre trans.

Fuente: OPS. Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe, 2019.

El formato de las fichas VICITS no cuenta con las preguntas de categorización de población clave señaladas anteriormente. Por ello, para completar este ejercicio y categorizar a la población clave y determinar el nivel de riesgo de infección por el VIH, se realizaron cruces de variables proxy según se indica a continuación:

1. **Población Clave**: para operativizar las variables de población clave se seleccionaron las siguientes variables en VICITS:
   a) Sexo biológico,
   b) Autodeterminación/Autoidentificación,
   c) Orientación sexual;
   Estas variables se cruzaron con la siguiente pregunta: *"En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con i) hombres, ii) mujeres, iii) Ambos"*. Como resultado, la población clave se clasificó en HSH y MT (ver **Gráfico 1**). Cabe destacar que un 5% de hombres quedaron clasificados como heterosexuales dado que fue difícil reclasificarlos mediante la triangulación. Sin embargo se puede asumir que la mayoría de estos hombres son o bien HSH o bien clientes de trabajo sexual.

Gráfico 1: Clasificación de la población clave para la cascada de prevención, 2019, Costa Rica



Fuente: Base de datos para la elaboración de la cascada, 2019. Costa Rica

Del total de personas de población clave se determinó que el 91% (1281) eran HSH, el 4% mujeres trans (56) y el 5% (71) heterosexuales.

2. Riesgo sustancial: las variables para la clasificación de riesgo de adquisición del VIH sugeridas por OPS/OMS se muestran en el siguiente cuadro:

Preguntas para la valoración individual del riesgo de infección por el VIH en los grupos de población clave

En los últimos seis meses:

- *¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales o anales sin condón con más de una pareja?*
- *¿Ha sido diagnosticado, tratado o ha tenido síntomas de alguna ITS?*
- *¿Ha solicitado la prescripción de profilaxis posterior a la exposición (PPE)?*
- *¿Ha compartido agujas o jeringuillas?*
- *¿Ha tenido una pareja sexual seropositiva* para el VIH o con más de uno de los factores de riesgo señalados anteriormente?*

Fuente: OPS. Adaptado de la Herramienta de la OMS para la implementación de la profilaxis previa a la exposición al VIH [11].

* Las parejas de personas seropositivas con carga viral indetectable no se han de considerar como de alto riesgo, ya que las personas seropositivas para el VIH con carga viral indetectable no transmiten el virus a sus parejas.

A partir del formulario VICITS se tomaron variables proxy para triangular la información y definir las personas que se encontraban en riesgo sustancial de infección por el VIH. Las variables incluyeron

a) personas con consulta relacionada con una ITS,

b) uso de drogas

c) personas con diagnóstico confirmado de ITS. Por ejemplo, prueba VDRL/treponémica.

Realizar con éxito esta clasificación presentó una serie de dificultades relacionadas con el llenado adecuado de algunos formularios y la falta de datos en los casos recuperados en las visitas a los servicios. Los resultados obtenidos se muestran en la **Tabla 3**.

Fuente: OPS. Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe, 2019.

Tabla 3: Clasificación de la población clave VIH negativa según su nivel de riesgo de adquisición del VIH.

Variables para identificar riesgo de adquisicion VIH	*Número de personas VIH-*	*%*
ITS	322	33.5%
USO DROGAS	125	13.0%
SIN RIESGO IDENTIFICADO O SIN DATO	320	33.3%
NO DATOS	193	20.1%
TOTAL	960	100.0%

Según los criterios definidos anteriormente, se consideró en riesgo sustancial de infección por el VIH a un 47% (447) de las personas VIH- que acudieron a las VICITS y el 58% entre las personas con datos sobre riesgo. El 34% (322) acudieron a los servicios por consultas relacionadas con alguna ITS y un 13 % (125) usaban drogas. Un 33% (320) no se clasificó como población de riesgo principalmente por falta de llenado de la hoja VICITS. Por último, los datos de las visitas de un 20% de las personas (193) no se pudieron recuperar.

PORCENTAJE DE POSITIVIDAD EN LAS PRUEBAS DE ITS REALIZADAS EN VICITS, 2019, COSTA RICA

ITS	# Personas positivas	# Personas con prueba de tamizaje	% de positividad
Sifilis	297	1150	25.83%
Hepatitis B	19	855	2.22%
Hepatitis C	3	546	0.55%

Fuente: Base de datos VICITS revisada para la elaboración de la cascada de prevención del VIH, 2019. Costa Rica

Entre las personas tamizadas en las VICITS, hubo un porcentaje de positividad a ITS de 25,8% para sífilis, un 2,2% a Hepatitis B y 0,55% a Hepatitis C.

Las VICITS ofrecen también la vacunación para Hepatitis B a toda la población clave que llega a los servicios.

El 87% de las personas de la población clave que acudieron a las consultas están entre las edades de 20-44 años, un 8% entre 45 a 59 años, 2% entre los de 60 años y más, y solo un 1% son menores de 20 años, se encontró un 2% sin información de la edad.

c. Construcción de la cascada de prevención

Se construyó una base de datos con la cohorte de población clave del año 2019 proveniente de las 8 Clínicas VICITS analizadas. El periodo de análisis seleccionado comprendió los últimos tres meses del 2018 (octubre-diciembre), todo el año 2019. Además, con el objetivo de verificar el cumplimiento del seguimiento de la población clave con prueba de VIH negativa se incluyeron en el periodo de análisis 6 meses del 2020 (enero a junio)..

Se establecieron en la base de datos, los pilares de cascada: a) PC testeada para VIH y otras ITS, b) PC con prueba VIH NEGATIVA, c) PC VINCULADA al servicio, d) PC en seguimiento a los 12 meses, e) PC NEGATIVA a los 12meses (al menos con dos pruebas), y f) PC POSITIVA a los 12 meses.

*Las **tablas 4 y 5** muestran que, de las 1408 personas que visitaron las clínicas VICITS en el periodo estudiado, 960 eran VIH-negativas. A las clínicas VICTIS asistieron 322 personas VIH-positivas, de las cuales 124 fueron diagnosticadas durante su visita a la VICITS en el 2019, y 198 personas ya habían sido diagnosticado antes del periodo de análisis. Por último, hubo un 126 personas que acudieron a las VICITS donde no hay registro de prueba de VIH, se desconoce si no se les realizó la prueba de VIH o no se les registró.*

De las personas positivas encontradas en la base (322) no se pudo realizar la triangulación con las bases de datos de las clínicas de atención por no contar con una base de las personas VIH+ en atención. Por ello, se desconoce si estas personas pudieron vincularse a las clínicas de atención.

Tabla 4: Personas atendidas en clínicas VICITS en 2019 por prueba de VIH, Costa Rica

Total personas atendidas	Personas con prueba de VIH registrada	Personas con prueba de VIH -	Personas con diagnóstico (previo o actual) de infección por el VIH	Personas con diagnostico nuevo de VIH en 2019	Personas sin ninguna prueba registra o no realizada
1408	1282	960	322	124	126

Fuente: Cuadro elaborado de la base de datos VICITS revisada para la elaboración de la cascada de prevención del VIH, 2019. Costa Rica

Tabla 5: Personas VIH-Positivas atendidas en VICITS, 2019, Costa Rica

Consultas en el 2019 donde la persona aparece registrado con infección por el VIH		
Diagnóstico de infección por el VIH	*Número de personas*	*%*
Anterior a esa consulta 2019	25	8%
En esa primera consulta del 2019	124	39%
Sin fecha consignada	172	53%
Diagnóstico en el 2020	1	0%
Total	**322**	**100%**

Fuente: Cuadro Elaborado de la base de datos VICITS revisada para la elaboración de la cascada de prevención del VIH, 2019. Costa Rica

Los datos de positividad de las pruebas de VIH realizadas en las clínicas VICITS (ver **tabla 6**) fueron altos. Se necesita un mayor análisis de esta información para determinar el porqué de estos porcentajes tan altos de resultados positivos.

Tabla 6: Registro de pruebas de VIH y resultado por clínica VICITS, 2019, Costa Rica

CLÍNICAS VICITS	Total testeados	VIH negativos	VIH positivos en 2019	% de positividad en 2019	Dx VIH antes del 2019	DX VIH+ sin fecha
Clínica Central	968	700	83	8.6%	22	163*
Clínica de Heredia-Cubujuqui	12	12	0		0	0
Clínica Dr. Marcial Rodriguez	45	40	5	11.1%	0	0
Clínica Heredia-Virilla	8	0	7	87.5%	0	1
Clínica Moreno Cañas	181	153	21	11.6%	0	7
Clínica San Rafael	36	35	1	2.8%	0	0
Clínica de Desamparados	21	17	3	14.3%	1	0
Clínica Ricardo Jiménez Núñez	11	3	4	36.4%	2	2
Total Casos	1282	960	124	9.7%	25	173
					Total de positivos	322

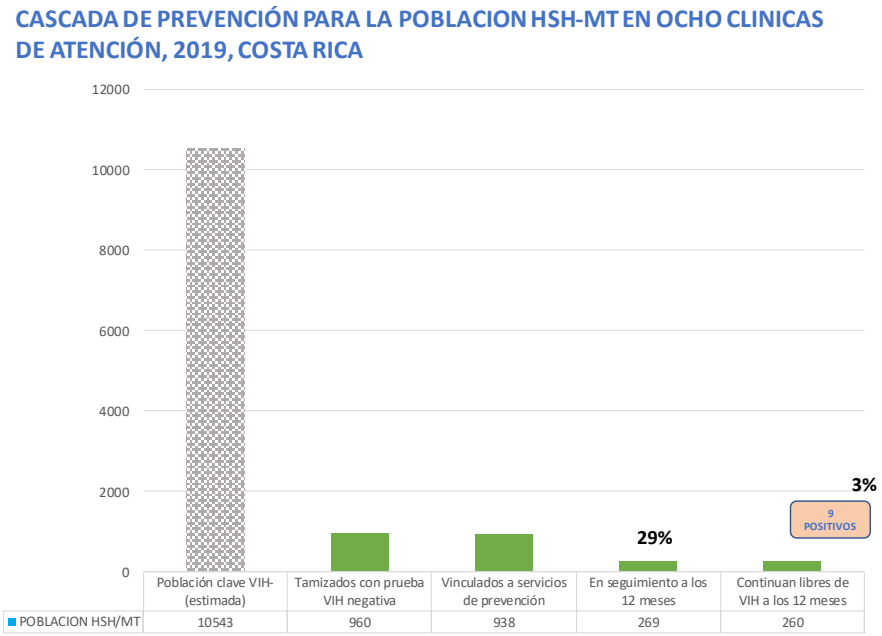
Las clínicas brindan un paquete amplio de pruebas de ITS a la población clave, y la vinculación de las personas que llegan al servicio es alta (98%). El problema surge a la hora de dar seguimiento de las personas con un resultado negativo en la prueba de VIH inicial. Según la norma nacional, la realización de la prueba de VIH se debería de realizar cada 6 meses, sin embargo, de acuerdo con los datos aquí mostrados, esta norma no se cumple. Entre las personas que se mantuvieron en seguimiento a los 12 meses el 3% tuvieron una segunda prueba positiva. Esta tasa de positivización es similar a la observada en otros países de América Latina donde se está implementando el monitoreo de la cascada de prevención y no se han implementado servicios de PrEP, (Bolivia, Paraguay y Honduras).

La sociedad civil ofrece paquetes de prevención combinada a la población clave, que integran: a) educación e información, b) entrega de condones y lubricantes, c) abordaje cara a cara y d) referencia a los servicios para el tamizaje de VIH e ITS. Dado que las bases de datos utilizadas por sociedad civil no tenían variables comunes para la triangulación, se perdió la oportunidad de evaluar las acciones comunitarias relativas a la cascada de prevención.

Tabla 7: Cascada de prevención de población clave por clínica VICITS, 2019, Costa Rica

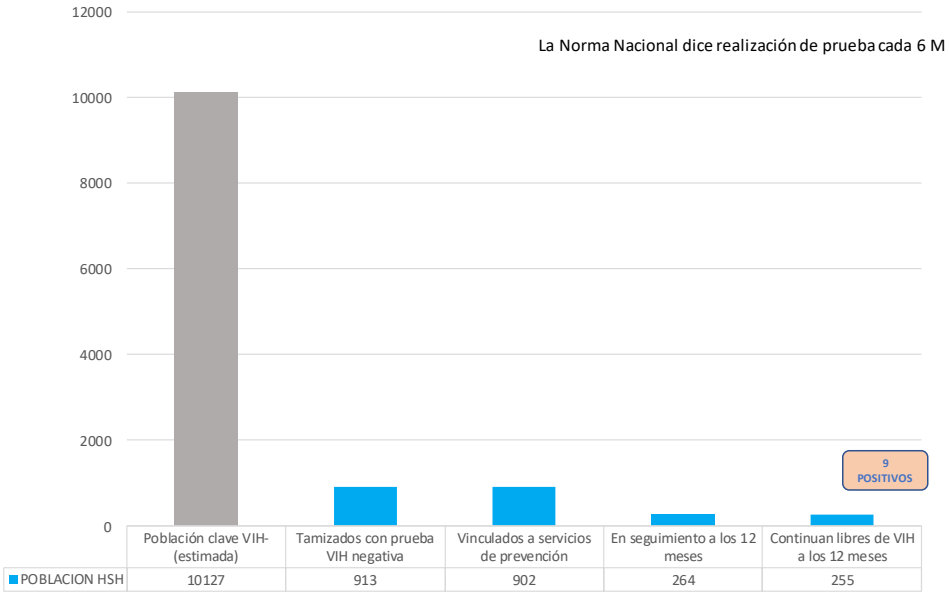
CLINICAS VICITS	Total de casos	PC CON VIH (-)	VINCULADOS	SEGUIMIENTO (2 pruebas)	DX A LOS 12 M NEGATIVO	DX A LOS 12 M POSITIVO
Clínica Central	1046	700	689	237	230	7
Clínica de Heredia-Cubujuqui	20	12	12	0	0	0
Clínica Dr. Marcial Rodriguez	57	40	38	11	10	1
Clínica Heredia-Virilla	8	0	0	0	0	0
Clínica Moreno Cañas	184	153	151	19	18	1
Clínica San Rafael	44	35	30	1	1	0
Clínica de Desamparados	36	17	16	0	0	0
Clínica Ricardo Jiménez Núñez	13	3	2	1	1	0
Total, Casos	**1408**	**960**	**938**	**269**	**260**	**9**
			98%	**29%**	**97%**	**3%**

A continuación, se muestran las cascadas de prevención de población clave agregada de HSH y mujeres trans) y la desagregada para cada uno de estos grupos de población



Fuente: Elaboración de cascada de prevención 2019, con base de datos de VICITIS

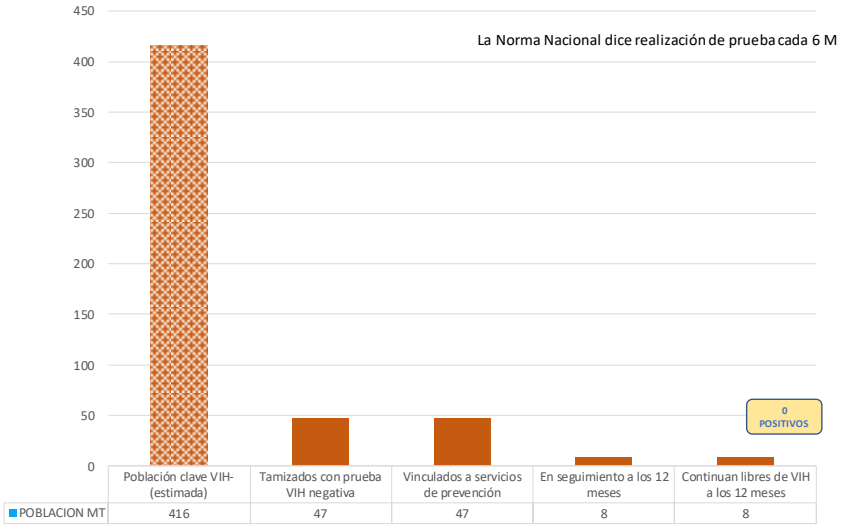
CASCADA DE PREVENCIÓN PARA LA POBLACION HSH EN OCHO CLINICAS DE ATENCIÓN, 2019, COSTA RICA



Fuente: Elaboración de cascada de prevención 2019, con base de datos de VICITIS

251 HSH SIN 2DA PRUEBA (7-11MESES)

CASCADA DE PREVENCIÓN PARA LA POBLACION MT, EN OCHO CLINICAS VICITS EN AÑO 2019, COSTA RICA



Fuente: Elaboración de cascada de prevención 2019, con base de datos de VICITIS

20 MT SIN 2DA PRUEBA (8-11MESES)

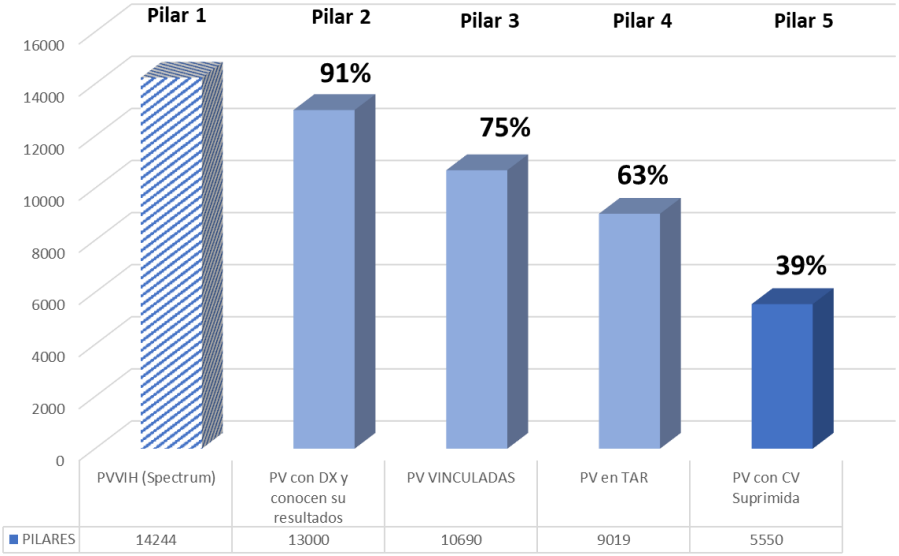
d. Construcción de la cascada de atención del VIH

La elaboración de la cascada de atención presentó varios retos, a) A pesar de que las siete clínicas de atención integral han introducido datos desde el 2018 en EDUS, se desconoce cuan completa es la información introducida; b) no se ha integrado el dato de carga viral (CV) de las personas con VIH al sistema; c) el sistema de información de farmacia no está integrado a otros sistemas y por tanto no se conoce el dato sobre retiros de ARV.

Las clínicas de atención cuentan con bases en Excel de elaboración propia con variables de interés y estas se consolidan cada año en un informe global de la atención (Anexo), en esta base no se incluyen, la CV, el contero de CD4 y la cantidad de retiro de medicamentos (ARV).

Debido a que no se puede obtener la información de los registros individualizados del EDUS, se elaboró la cascada de atención utilizando datos agregados reportados por otras fuentes. Dado que no se pudo cotejar la base de CV armonizada con las clínicas de atención, esta cascada representa un aproximado de la realidad, y hace falta comparar y establecer la ruta de salida de información para poder obtener todos los datos del EDUS (tras evaluar la calidad (completitud y validez) de los mismos.

CASCADA DE LA ATENCIÓN CONTINUADA AL VIH, 2019, COSTA RICA



Notas: Pilar 1: Estimacion Spectrum de personas con VIH; **Pilar 2** Se tomó en cuenta el subregistro de los años antes del 2002, **Pilar 3:** se tomó de la base de las clínicas (incluye a personas activas + aquellas que abandonaron). **Pilar 4:** según el agregado reportado por las clínicas en TAR, **Pilar 5:** datos proporcionados por estadística de información de ROCHE (CV).

VII. Resumen de los hallazgos

Sistemas de Información

- La implementación del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) en la red de servicios de salud, genera una duplicación de entrada de información a través del EDUS y del sistema de información utilizado en las VICITS. Esto genera sobrecarga del recurso humano encargado de introducir la información. Además, al no haber complementariedad, el dato introducido en las bases de VICITS se pierde con frecuencia. No se ha planteado un proceso de vinculación entre ambos sistemas. Aún no se han introducido en EDUS las variables con énfasis en las ITS recomendadas por el marco de monitoreo de población clave de OPS/OMS.

- Debido a que no hay triangulación de la información VICITS a SIES/EDUS, no se conoce el grado de subnotificación de las clínicas VICITS al sistema de información. Solo una de las clínicas realiza comparaciones para conocer la cobertura de atención real y armonizar los datos en ambos sistemas.
- La ficha VICTIS no recoge las variables recomendadas por la OPS/OMS para la valoración de las necesidades de salud y riesgo de adquisición del VIH.
- Existen brechas tecnológicas en algunos servicios de VICITS. Por ejemplo, uno de los servicios estudiados, no tenía el acceso adecuado del sistema.
- No hay revisión continua del llenado de la ficha VICITIS así como del llenado de EDUS.
- No se proporciona la retroalimentación de la información VICITS a los servicios. Este proceso motivaría al personal de las clínicas a completar la información de manera adecuada.
- El sistema de información de VICITS no reconoce la dualidad de atención de una persona que puede visitar varias clínicas a la vez.
- Los profesionales de las VICITS no están capacitados en la construcción de la cascada de prevención.
- No hay una lista de indicadores mínimos de evaluación de los servicios para detectar oportunamente los problemas en el sistema.

Servicio de prevención en VICITS

- En los servicios se observó una mayor tendencia al seguimiento de las personas VIH -positivas y con pruebas positivas para a otras ITS, que a las personas VIH negativas. No se cumple la norma de realizar las pruebas de VIH cada 6 meses y especialmente a valorar el nivel de riesgo de la persona para establecer el seguimiento más frecuente en personas en más alto riesgo.
- Al limpiar las bases de datos, se observó que es frecuente que personas que acuden al servicio para seguimiento de ITS u otras causas, no se realizaban la prueba de VIH o no regresaban a la cita de para hacérsela. Esto representa una oportunidad perdida y hace necesario una revisión de los procesos existentes en la toma de pruebas que pudieran estar obstaculizando estas oportunidades.
- No se evalúa la cobertura de referencia de las organizaciones de sociedad civil a los servicios de prevención y su efectividad, no hay una conexión en los servicios de promoción que brinda las organizaciones comunitarias y los servicios de atención, no se coordina la navegación, vinculación y seguimiento de la población clave en los servicios de atención.
- Muy pocos servicios realizan actividades extramuros coordinados con la sociedad civil para lograr una mayor cobertura de la PC.

Clínicas de atención integral para VIH

- Al carecer de la base de datos de las clínicas de atención no fue posible la triangulación de la información de los 322 positivos de las clínicas VICITS, para conocer si estaban vinculados a las clínicas de atención del VIH.
- Los equipos de los servicios de atención integral manejan sus propias bases de datos con algunas variables importantes, pero no tienen integrada la CV, el conteo de CD4, y los retiros de medicamentos (ARV), así como el historial de la persona, dificultando la realización de la cascada de atención.
- La cascada de atención integral de VIH se construyó con datos agregados de las clínicas de atención) y con datos de Vigilancia de la Salud, y con la triangulación de la información de casos en EDUS y la base de CV de ROCHE, donde se obtuvo un proxy de cobertura de pruebas de carga viral, sin embargo, se hace necesario una sistematización en los procesos para su construcción final.

VIII. Recomendaciones

VICITS: para realizar un plan de mejora en los servicios, es importante la conformación o fortalecimiento de la mesa de seguimiento para población clave, bajo un cuadro de mandos (indicadores) que oriente los procesos.

1. Elaborar un plan de mejora para fortalecer las acciones de prevención, vinculación y seguimiento de la población clave en los servicios de ITS, integrando a los profesionales de las clínicas y estableciendo las estrategias pertinentes en cada uno de los lugares.
2. Introducir las variables recomendadas por OPS/OMS relativas a la categorización de población clave y la valoración de riesgo en los formularios de VICITS y cuando corresponda en el módulo de énfasis de VIH/ITS en el EDUS.
3. Elaborar plan de capacitación a la red de servicios de ITS, en el monitoreo y construcción de las cascadas de prevención y atención de PC, así como, el fortalecimiento de las normativas nacionales e internacionales de OPS/OMS.
4. Reducir las brechas de sistema de información y equipo en la red de clínicas VICITS, a través de un plan de necesidades locales y del nivel central para reducir la subnotificación y mejoras del dato oficial.
5. Monitorear y evaluar la transición del paso del sistema de información de VICITS a EDUS, asegurando cuadros de salida que permitan análisis rutinarios de la información.
6. Realizar análisis mensuales de las clínicas VICITS para poder tomar decisiones programáticas adecuadas que mejoren la calidad y cobertura de las mismas.

Servicios de atención integral al VIH: Conformar o fortalecer la mesa de seguimiento de las clínicas, que apoyen el manejo de los indicadores de cascada y de alerta temprana bajo cuadro de mando.

1. Desarrollar cuadros de salida de la base de datos de EDUS, integrando las variables de la cascada, las de alerta temprana coordinando con los datos disponibles en las clínicas de atención, determinar la subnotificación e integrar datos de CV, farmacia y CD4.
2. Realizar control de calidad de los datos introducidos, mediante procesos estándar de control de calidad, y análisis sistemáticos a todos los niveles de la información del EDUS.
3. Realizar estudios operativos para clasificar a la población clave en la base de datos de las clínicas de atención triangulando las bases de datos con la de VICITS y encuesta rápida)
4. Capacitar los equipos de atención integral (hospitalarios) en la construcción de las cascadas de atención para las diferentes poblaciones, edad y sexo.

Equipo Nacional

1. Contar con apoyo en los más altos niveles políticos y gerenciales para maximizar la efectividad y eficiencia de los sistemas de información relativos al VIH.
2. Integrar en las comisiones de CONASIDA el seguimiento del cumplimiento de los indicadores nacionales de la cascada de prevención y atención de población clave, la cascada de atención general por sexo y edad.
3. Establecer en su cuadro de mandos procesos de evaluación y construcción de informes de la respuesta nacional y apoyar los planes de mejoras.
4. Implementar un plan de promoción con las fuerzas activas de sociedad civil para promover los servicios de atención de prevención y atención en VIH e ITS.
5. Implementar estudios operativos de brechas en el acceso a los servicios para población clave e implementar estrategias innovadoras con el objetivo de aumentar coberturas, servicios oportunos y efectivos, así como, satisfacción del usuario.
6. Dirigir las futuras subvenciones a abordar las brechas presentadas en los sistemas de información, servicios de prevención y atención de la población clave.

Se anexan al Informe

- Presentación en PowerPoint
- Base de datos VICITS

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud; Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe. Washington, DC:2019. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/51681

2. Organización Panamericana de la Salud. Marco de Monitoreo del Continuo de la Atención al VIH 2014. Anexo al informe de reunión: Consulta Regional en América Latina y el Caribe sobre información epidemiológica de la infección por el VIH. Washington, DC: OPS; 2014. Disponible en: https:// www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/2014-chacontinuo-atencion-vih.pdf.

3. Organización Panamericana de la Salud; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida para América Latina y el Caribe. Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS/ONUSIDA; 2017. Disponible en: https://www.paho.org/prevencion-vihla-lupa-2017.

4. Ministerio de Salud, de Costa Rica, Plan Estratégico Nacional (PEN) en VIH y sida 2016 – 2021. —San José, Costa Rica: Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud, 2016. Ministerio de Salud, 2016, Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/963-plan-estrategico-nacional-pen-vih-sida/file.

5. Caja Costarricense del Seguro Social, Área de Atención Integral a las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud - Gerencia División Médica, "Manual de Procedimientos para la Atención Integral en salud de los Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) y las Personas Trans Femeninas (Código M-GM-DDSS-AAIP.111217), San José Costa Rica, 2018.

6. Ministerio de Salud República de Costa Rica, Dirección de Garantía de Acceso a Servicios de Salud, Unidad Servicios de Salud de Atención Directa a las Personas, NORMA NACIONAL PARA LA ATENCIÓN EN SALUD LIBRE DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN A PERSONAS LESBIANAS, GAIS, BISEXUALES, TRANS, INTERSEX (LGBTI) Y OTROS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (HSH), Ministerio de Salud, 2016. Disponible en: http://www.conasida.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/126-norma-nacional-para-la-atencion-en-salud-libre-de-estigma-y-discriminacion-a-personas-lesbianas-gais-bisexuales-trans-intersex-lgbti-y-otros-hombres-que-tienen-sexo-con-hombres-hsh/file

7. Organización Panamericana de la Salud. La persona transgénero y la infección por el VIH. Sinopsis de política. Washington, DC: OPS; 2018. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49462/OPSCDE18034-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1.

8. Organización Panamericana de la Salud. Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave. Washington, DC: OPS; 2018. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49094/9789275320075_spa.pdf?sequence=1.

9. Organización Mundial de la Salud. WHO Implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection. Module 1: Clinical. Ginebra: OMS; 2017 (WHO/HIV/2017.17). Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream

10. Organización Mundial de la Salud. WHO, Resumen Técnico: ¿Qué es el "2+1+1"? Profilaxis preexposición oral a demanda para prevenir la infección por el VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: actualización de la recomendación de la OMS sobre la PrEP oral. WHO/CDS/HIV/19.8 World Health Organization 2019 Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/51795