



ALEP+PC
Alianza Liderazgo en Positivo
y Poblaciones Clave



MLC
MONITOREO
LIDERADO POR LA
COMUNIDAD



ITPC

INTERNATIONAL TREATMENT
PREPAREDNESS COALITION

"Regional Office for Latin American and Caribbean Networks"

ITPC LATCA

INFORME DE RESULTADOS DEL PRIMER CICLO

MONITOREO LIDERADO POR LA COMUNIDAD (MLC)
COSTA RICA



Mayo, 2024



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	3
II. CONTEXTO	4
III. METODOLOGÍA	6
Diseño de la Encuesta	6
Población y muestra	6
Planteamiento Técnico del Estudio	7
Recolección de información	8
Indicadores del MLC y sus objetivos	9
Pilares de MLC para el monitoreo de la atención del VIH	9
IV. HALLAZGOS	12
Alcance de la recolección de la información	12
OE1. Analizar la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud para personas con VIH y poblaciones claves de cinco centros de atención en cuatro países	12
OE2. Identificar las barreras de acceso a los servicios de salud y tratamiento de las personas con VIH y poblaciones clave, generando recomendaciones para los centros y servicios destinados para VIH en cinco centros de atención por país	20
OE3. Establecer la calidad de la prestación de servicios para mejorar la disponibilidad, atención y tratamiento para personas con VIH y poblaciones clave en cinco centros de atención por país ...	23
V. CONCLUSIONES	29
VI. RECOMENDACIONES	32
VII. ANEXOS	35
Anexo A:	35
Indicadores priorizados	35
Anexo B:	35
Indicadores por Objetivo Específico y su resultado en la implementación por país	36
Anexo C:	45
Cumplimiento en el levantado de la información: Encuestas a usuarios	45
Anexo D:	46
Cumplimiento en el levantado de la información: Entrevista Grupales	46
Anexo E:	46
Cumplimiento en el levantado de la información: Encuestas por Centro de Salud	46



I. INTRODUCCIÓN

El Monitoreo Liderado por la Comunidad (MLC), es un proceso en el que las comunidades lideran y realizan actividades de monitoreo del conjunto de servicios específicos que proporciona un Centro de Salud vinculantes al VIH, en las áreas de prevención, atención, tratamiento y supresión viral; con la finalidad de obtener evidencia, desde la percepción de las personas usuarias y de la información disponible, estableciendo en todo momento una estrecha colaboración con las redes de personas con VIH y poblaciones clave, organizaciones locales y grupos de observatorio comunitario de tratamiento locales.

El MLC se ejecuta a través de la estrategia presentada en este documento, y su objetivo es la mejora de la calidad, el acceso y la disponibilidad de los servicios de atención de VIH por medio de la identificación de las barreras de acceso de las personas con VIH y de las poblaciones claves, en cinco Centros de Salud de Bolivia, Costa Rica, Ecuador y Paraguay.

La estrategia regional en su primer ciclo aplicó la metodología y herramientas específicas adaptadas del modelo MLC ITPC LATCA para la recolección de datos, análisis y creación de soluciones basadas en la evidencia. Estas acciones buscan abordar los problemas identificados con la intervención y orientar las acciones de incidencia.

La implementación del MLC incluyó la fase de diseño, la fase de recolección de datos del 1er. ciclo, realizado en los meses de noviembre y diciembre del 2023, fase de análisis de datos y la fase de acciones de incidencia que se presentan en este documento

El MLC busca fomentar la colaboración, el diálogo con diversas partes interesadas, incluyendo a la comunidad, expertos en salud, tomadores de decisiones y organizaciones de la sociedad civil. Los temas emergentes, los datos y la evidencia generada a través del MLC han permitido llenar algunos vacíos de información que fueron utilizados para crear propuestas y soluciones conjuntas.

Los resultados presentados incluyen los datos recopilados, validados y analizados con cada uno de los países, y al reconocer que la calidad de los servicios y acceso al tratamiento en este ámbito no solo impacta negativamente en la salud y calidad de vida de las personas con la condición salud, sino que también puede contribuir a nuevas infecciones por VIH y otras comorbilidades, se elabora este plan de mejora que propone abordar la problemática de manera integral y efectiva a través de diversas acciones presentadas en este documento.

Acciones que se espera sean utilizadas para impulsar un cambio significativo, que garantice que todas las personas, independientemente de su condición, reciban la atención médica y tratamiento de calidad que merecen.



La participación y liderazgo comunitario han sido fundamentales en este proceso, asegurando que las voces de las personas con VIH y poblaciones clave sean escuchadas en la toma de decisiones.

II. CONTEXTO

La población de América Latina y el Caribe representa hoy el 8.2% de la población mundial, con un total de 662 millones de personas, y se proyecta que la región alcanzará su población máxima en 2056, con un total de 752 millones de personas.

La región se caracteriza por una rápida transición demográfica que hizo que pasara de altos niveles de mortalidad y fecundidad en los años cincuenta a bajos niveles en ambas variables en la actualidad (CEPAL, 2022)

Para América Latina y el Caribe, la epidemia de VIH y SIDA mantiene un crecimiento sostenido en la región. El número de personas viviendo con VIH aumentó en los últimos 10 años en 120,000 casos nuevos y alrededor del 64% fueron diagnósticos en población clave. De estos 120,000, aproximadamente el 32% fue un diagnóstico tardío, lo que nos indica que persisten factores de estigma y discriminación asociados al VIH (OPS, 2022).

En Costa Rica, según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, en el 2022, el país tenía 17 mil pacientes, 82% hombres y 18% mujeres. Para el 2023, el Ministerio de Salud indicó que se registraron 816 casos nuevos de VIH en el país, 84% en hombres, comprendidos principalmente entre los 25 y 29 años de edad. Según el Ministerio de Salud a través de Semanario Universidad (Cordero, 2024), la tendencia es una disminución, sin embargo, durante el período 2019-2022 se registraron alrededor de 3,350 casos nuevos de VIH.

En Costa Rica, desde los años noventa las autoridades han avanzado en la adopción de leyes, reglamentos y política pública en general para el abordaje del VIH/Sida, el cual está respaldado principalmente como ente rector el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Estas entidades trabajan en colaboración para desarrollar políticas públicas, ciertos programas de prevención, acceso a tratamiento y atención médica para las personas con VIH.

Sin embargo, aún persisten brechas significativas en el diagnóstico temprano y la atención oportuna para personas con VIH en Costa Rica. Algunos de los desafíos incluyen la falta de acceso a pruebas de detección, estigma social asociado al VIH/Sida, y barreras en el acceso a la atención médica integral.



Esto implica que es imperante contar con datos sobre la atención, el acceso y disponibilidad del TARV, pruebas de laboratorio y otros servicios, que se brindan a la población.

Existen oportunidades para mejorar el panorama del VIH, sin embargo, persisten deficiencias que han sido documentadas, como la falta de personal capacitado en la atención específica del VIH, la insuficiente disponibilidad de medicamentos antirretrovirales, y la necesidad de fortalecer la coordinación entre diferentes niveles de atención médica para garantizar una atención integral y continua para las personas con VIH.

Asimismo, en materia de atención hacia el VIH y las personas usuarias, continúan existiendo brechas importantes en cuanto a la protección en términos de igualdad y no discriminación en los diferentes espacios.

La inequidad de género sigue siendo un tema central con respecto al VIH en la región; las mujeres cisgénero, bisexuales, lesbianas y personas no binarias siguen sin ser consideradas dentro de la respuesta hacia el VIH, existe una evidente condición de inequidad de género, lo cual presenta riesgos al VIH, teniendo hasta tres veces más probabilidad de contraer el VIH que sus homólogos masculinos.

Se requieren esfuerzos para integrar la perspectiva de género en los servicios y atención en el VIH, con un enfoque sobre los derechos sexuales y reproductivos, así como la potencial violencia que enfrentan las mujeres con VIH.

El futuro del abordaje del VIH requiere un enfoque integral que aborde no solo los aspectos médicos, sino también sociales, económicos y culturales que contribuyen a la propagación del VIH. Es necesario continuar trabajando en la reducción del estigma y la discriminación, promover la equidad en el acceso a la atención médica, y fortalecer la colaboración entre el gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional para alcanzar los objetivos de prevención y control del VIH, con una perspectiva integral, interseccional y con un enfoque en género.



III. METODOLOGÍA

El Monitoreo Liderado por la Comunidad es un proceso en el que las comunidades toman la iniciativa de realizar un seguimiento continuo de un problema que les preocupa a partir de las percepciones de las personas usuarias de los servicios, y de la información disponible en los Centros de Salud. Dichas percepciones son recopiladas a través de la implementación del MLC. No es una impresión única de los servicios de salud, ofrece un proceso reiterativo, con pasos específicos que recoge los datos, los analiza, crea soluciones e implementa acciones de incidencia basada en la evidencia.

Para el alcance de los objetivos de la estrategia, se realizó la construcción de 25 indicadores, los cuales fueron abordados a través de una metodología mixta, que han servido de evidencia para la propuesta de soluciones que apuntan a la mejora del acceso y calidad de los servicios de salud para personas y poblaciones clave con VIH. La implementación del MLC incluyó las siguientes fases:

Diseño de la Encuesta

En el contexto del proyecto Modelo de MLC, se diseñó una encuesta para evaluar dimensiones críticas como la calidad, accesibilidad, aceptabilidad y la disponibilidad de los servicios de atención al VIH en Bolivia, Costa Rica, Ecuador y Paraguay.

Las preguntas fueron cuidadosamente elaboradas para abarcar diversas dimensiones de las experiencias de las personas durante su tratamiento y atención del VIH. De esta manera, se asegura que las respuestas obtenidas proporcionen una visión integral de las necesidades y desafíos que enfrentan las personas con VIH y las comunidades clave.

Este enfoque metodológico se estableció con el objetivo de capturar de manera clara y profunda las percepciones de las personas usuarias de los servicios de salud, reflejando sus vivencias y realidades con precisión.

Población y muestra

El estudio se llevó a cabo en cinco Centros de Salud priorizados, los cuales fueron: Hospital México; H. San Juan de Dios; H. Calderón Guardia; H. San Rafael de Alajuela y, H. Monseñor Sanabria Martínez.

El estudio se centró en personas y en grupos de poblaciones clave con VIH por arriba de los 18 años, que utilizan los servicios de cinco Centros de Salud seleccionados en cada uno de los países participantes. La elección de estos centros se realizó siguiendo criterios definidos por las comunidades, los cuales se basaron en sus experiencias previas con los servicios de salud.

Para determinar la muestra, se llevó a cabo un cálculo basado en el número total de consultas registradas en cada centro durante un mes específico. La muestra se estableció mediante un método de muestreo aleatorio simple, sin estratificación poblacional, aspecto crucial para garantizar que los datos recogidos reflejaran de manera fidedigna las experiencias y perspectivas de la población objetivo.

Planteamiento Técnico del Estudio

El estudio se diseñó para realizarse de forma presencial en los Centros de Salud seleccionados de los cuatro países, garantizando así una interacción directa y significativa durante el proceso de recolección de datos. Esta metodología se orientó a facilitar la obtención de información detallada y relevante sobre las experiencias de las personas usuarios de los servicios de atención al VIH.

Para este primer ciclo, cada país contó con un equipo nacional, apoyado por organizaciones locales, incluyendo dos redes regionales, que facilitaron la coordinación de las actividades en cada país a través de la coordinación nacional del MLC.

El MLC implementó tres técnicas para el levantamiento de la información, detalladas a continuación:

Técnicas cuantitativas

- **Consulta documental y bases de datos de los Centros de Salud:** Esta técnica se aplicó en los Centros de Salud priorizados por país, donde el equipo responsable recopiló información de los años 2022 y 2023 para obtener estadísticas relevantes.
- **Encuesta:** Se realizó una encuesta de aproximadamente 20 minutos de duración a personas usuarias de los servicios de salud, incluyendo a personas con VIH, hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, personas trans, trabajadoras y trabajadores sexuales, y personas que usan drogas.

Técnicas cualitativas

- **Entrevistas grupos focales:** Esta técnica se destinó a personas con VIH y poblaciones clave que utilizan los servicios de salud, en concordancia con el perfil mencionado anteriormente.



Recolección de información

El proceso de recolección de datos, establecido en el Protocolo MLC ITPC ALEP Costa Rica, se organizó en tres etapas distintas pero complementarias, para lo cual se contó con una Coordinadora Nacional y 05 recolectores que fueron capacitados para la captura de la información de los indicadores cuantitativos y la conducción de entrevistas grupales cualitativas.

1era. Etapa: consistió en encuestas con usuarios de servicios de salud priorizados. Durante esta fase, lamentablemente en Costa Rica no se consiguieron los permisos requeridos, esto obligó a ajustar la estrategia de recolección de información, respetando en todo momento las condiciones específicas para las poblaciones clave.

En Costa Rica, se identificó a usuarios pertenecientes a los servicios de atención del VIH priorizados a través de organizaciones que trabajan y brindan apoyo a las poblaciones clave en varios Centros de Salud. Estas organizaciones colaboraron en difundir información sobre el proceso y facilitaron la conexión de los interesados con los recolectores de MLC, proporcionando espacios seguros para las encuestas. El proceso de encuestas comenzó con la explicación del objetivo y la obtención del consentimiento informado, asegurando que los participantes comprendieran el propósito del estudio, el uso de la información recabada, así como su derecho a la confidencialidad y al anonimato.

Durante estas encuestas, se recopiló información sobre las experiencias personales de las personas usuarias con los servicios de atención del VIH, incluyendo aspectos de calidad, accesibilidad y disponibilidad. Esto permitió identificar tanto las fortalezas como las áreas de mejora en la prestación de servicios, orientando el desarrollo de intervenciones basadas en evidencia que respondan a las necesidades específicas expresadas por las personas usuarias. La información fue capturada a través del llenado de las encuestas en tabletas electrónicas, lo que permitió el registro en tiempo real, y la revisión y centralización de la información de forma inmediata.

2da. Etapa: incluyó entrevistas grupales con personas identificadas como población clave. Estas discusiones profundizaron en temas previamente identificados y facilitaron el diálogo entre las personas usuarias, quienes compartieron sus experiencias y percepciones sobre los servicios de atención del VIH en espacios seleccionados para garantizar su privacidad y comodidad.

3era. Etapa: consistió en el levantamiento de información en los Centros de Salud a través de una encuesta dirigida al personal de los servicios de atención médica. Sin embargo, en Costa Rica no se obtuvo el permiso necesario para realizar las encuestas, por lo que no se pudo contar con esta información.



Al combinar encuestas individuales con discusiones grupales, el protocolo pretende capturar una visión integral de las experiencias de las personas usuarias con los servicios de atención del VIH, desde perspectivas personales hasta colectivas. La metodología empleada aseguró que los datos recogidos fueran ricos, contextualmente relevantes y centrados en el usuario, facilitando la identificación de barreras específicas y oportunidades de mejora en la atención del VIH, destacando la importancia del consentimiento informado y la protección de datos sensibles.

Indicadores del MLC y sus objetivos

Partiendo del objetivo general del MLC, el cual es *"Mejorar la calidad, el acceso y la disponibilidad de los servicios de atención de VIH por medio de la identificación de las barreras de acceso de las personas con VIH y de las poblaciones claves en cinco Centros de Salud de cuatro países de la Subvención ALEP+PC: Bolivia, Costa Rica, Ecuador y Paraguay"*, se considera el cumplimiento de los siguientes objetivos específicos:

OE1. *Analizar la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud para personas con VIH y poblaciones claves de cinco centros de atención en cuatro países.*

OE2. *Identificar las barreras de acceso a los servicios de salud y tratamiento de las personas con VIH y poblaciones clave, generando recomendaciones para los centros y servicios destinados para VIH en cinco centros de atención por país.*

OE3. *Establecer la calidad de la prestación de servicios para mejorar la disponibilidad, atención y tratamiento para personas con VIH y poblaciones clave en cinco centros de atención por país.*

Para alcanzar los objetivos propuestos, el MLC contó con 25 indicadores (Anexo A), desagregados en función del objetivo específico al que responden, con el fin de lograr un proceso de complementariedad y/o triangulación de los resultados obtenidos en este ciclo.

Pilares de MLC para el monitoreo de la atención del VIH

En el marco del Modelo de MLC para la atención del VIH, se establecen cuatro pilares fundamentales que garantizan el acceso a través de la eficacia y eficiencia de los servicios ofrecidos a las personas afectadas por el VIH. Estos pilares son accesibilidad, aceptabilidad, calidad y disponibilidad, y juntos forman la base sobre la cual se construyen todos los servicios de atención.

Accesibilidad: se refiere a la facilidad con la que las personas con VIH acceden a los servicios necesarios. Incluye la proximidad geográfica de los servicios, la disponibilidad de transporte adecuado, y la eliminación de barreras físicas y sociales. También abarca la

adaptación de los servicios para personas con discapacidades, asegurando que todos tengan acceso sin impedimentos.

Aceptabilidad: se enfoca en cómo las personas usuarias perciben los servicios y si se sienten cómodos con ellos. Para que los servicios sean aceptables, deben ser respetuosos y libres de estigma y discriminación. Es esencial que se consideren las experiencias individuales, las preocupaciones sobre las violaciones de los derechos humanos, así como las normas de género y la aceptación social de los proveedores de atención de salud.

Calidad: se mide por la prontitud y eficiencia en la entrega de resultados de pruebas, la capacidad de derivar a los pacientes a servicios especializados cuando sea necesario, y la competencia del personal de salud. Además, incluye el apego a los protocolos clínicos, el mantenimiento de altos estándares de higiene y la eliminación de cualquier trato discriminatorio hacia los pacientes.

Disponibilidad: se refiere a la presencia de servicios y recursos suficientes para satisfacer las necesidades de las personas con VIH en una determinada área. Implica contar con instalaciones médicas adecuadas, disponibilidad de medicamentos antirretrovirales y otros tratamientos necesarios, así como personal capacitado y especializado en el manejo del VIH.

Estos pilares son esenciales para garantizar que los servicios de atención del VIH sean accesibles, aceptables, de alta calidad y ampliamente disponibles, lo que facilita una mejor atención y apoyo para las personas afectadas por esta condición.

Análisis de resultados

Como parte del análisis, se examinaron los datos recopilados a través de las encuestas realizadas en Costa Rica. Para este propósito, se consideraron características proporcionadas por las personas usuarias que permitieron clasificar la información en diferentes categorías: datos demográficos, accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad del servicio.

El análisis se enriqueció al incorporar variables como sexo, género, orientación sexual, ubicación geográfica, zona de residencia, nivel educativo, pertenencia a poblaciones clave, país y centro médico, entre otros.

Los resultados de las entrevistas grupales fueron integrados con los datos obtenidos de las encuestas individuales con las personas usuarias de los Centros de Salud para proporcionar una visión más amplia y detallada. Estos revelaron la importancia de considerar el contexto socioeconómico y cultural en el que las personas acceden a los servicios de salud. Al proporcionar un espacio para el diálogo colectivo y la reflexión compartida, las entrevistas

grupales permitieron profundizar en la comprensión de las experiencias de las personas usuarias con los servicios de atención del VIH. Se resaltaron aspectos como la interacción social, el apoyo comunitario y la estigmatización, los cuales juegan roles cruciales en el acceso y la calidad de la atención recibida. El resultado que responde a cada uno de los indicadores utilizados se integra en el Anexo B.

Con respecto al levantamiento de información de los Centros Médicos a través de una encuesta para personal de los servicios de atención médica, como se menciona anteriormente, en Costa Rica, no se logró obtener la información requerida.

IV. HALLAZGOS

Alcance de la recolección de la información

El levantado de información del primer ciclo del MLC obtuvo una recolección para Costa Rica de alrededor de 250 resultados, esto a través de encuestas a personas usuarias y entrevistas grupales.

Tabla 1: Alcance en la implementación del MLC 1er. Ciclo

Costa Rica	
Provincias/Región	3
Centros de Salud	5
Personas viviendo con VIH	894
PVIH y PCVIH (encuestas individuales y entrevistas grupales)	259
Encuestas a Centros de Salud	0

Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

El detalle específico de los sitios por país y alcance individual se puede observar en los Anexos C (Encuestas a personas usuarias), D (Entrevistas grupales) y E (Encuestas Centros de Salud).

Los hallazgos encontrados a partir de los resultados, se irán presentando con base en los tres objetivos específicos mencionados anteriormente. Partiendo de un análisis que permitirá verificar si con los resultados obtenidos podemos evaluar efectivamente ***¿Cuál es la calidad, el acceso y la disponibilidad de los servicios de salud para la atención de las personas con VIH y de las poblaciones claves en cinco Centros de Salud de cuatro países de la subvención ALEP+PC: Bolivia, Costa Rica, Ecuador y Paraguay?***

Para responder a esta pregunta, el proceso de MLC se ha enfocado en tres objetivos específicos enfocados en la cascada de atención, y se presentarán los hallazgos de acuerdo con ellos.

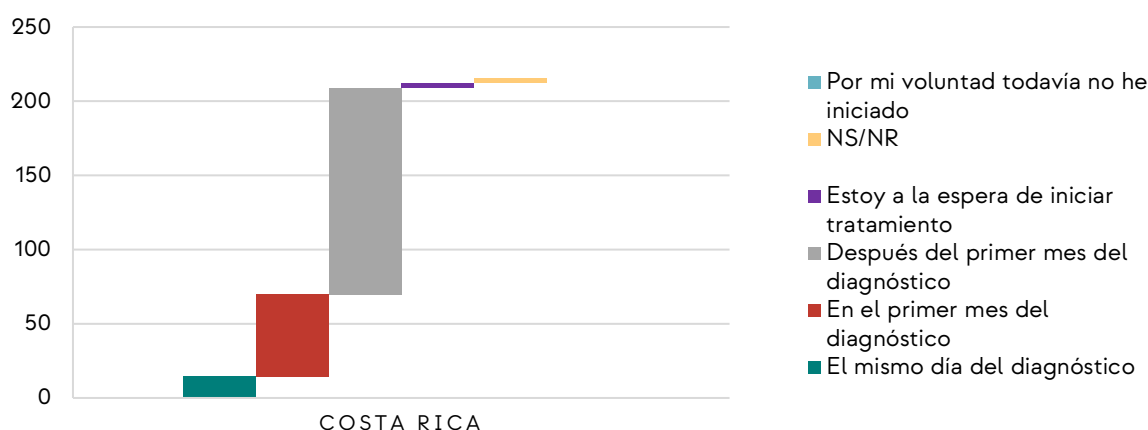
OE1. Analizar la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud para personas con VIH y poblaciones claves de cinco centros de atención en cuatro países.

Lamentablemente para algunos indicadores, responsables de dar respuesta a este objetivo, no se obtuvo información, dadas las circunstancias en Costa Rica, sin embargo, revisaremos la información relativa a la disponibilidad y acceso al tratamiento antirretroviral y las pruebas de carga viral, indispensables para el cumplimiento de los objetivos 95-95-95.

Monitoreo del inicio y entrega de TAR

En relación con disponibilidad y entrega de TAR posterior al diagnóstico, las personas encuestadas indicaron haber recibido el tratamiento, sin embargo, no en todas las ocasiones, este fue brindado dentro de los primeros 7 días posterior al diagnóstico, o como mínimo durante el primer mes. Solamente, el 6.5% del total de encuestados indicó haber recibido el TAR el mismo día del diagnóstico. El 26% indica que se entregó en el transcurso del 1er. mes, quedando una brecha del 67.44% de personas usuarias, que indicaron que la entrega fue posterior al 1er. mes o que aún están a la espera del mismo. Lo cual se puede observar en el gráfico 1.

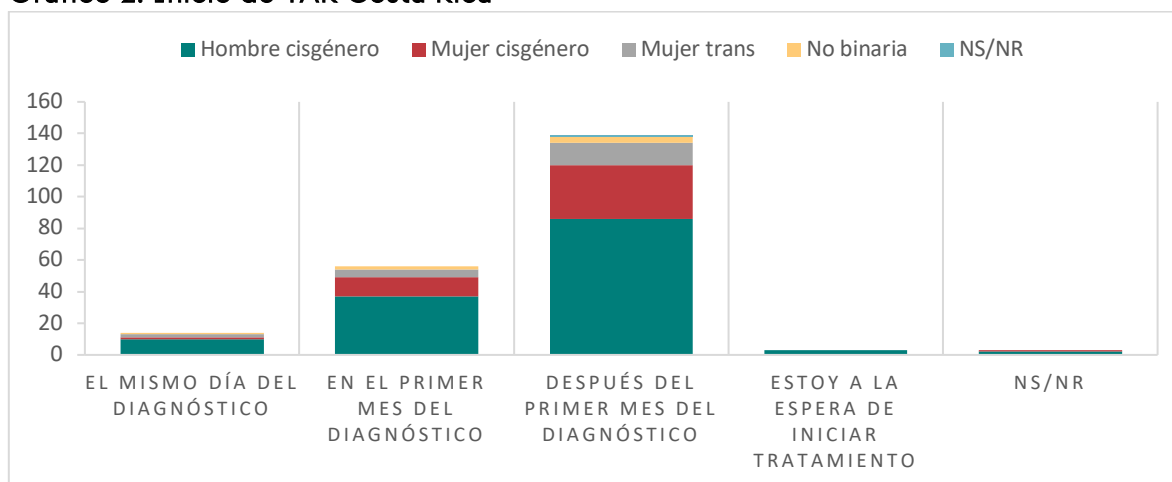
Gráfico 1: Inicio de TAR Costa Rica



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Con relación a la entrega de acuerdo con la identidad de género, se observa que la mayoría de los que inician el mismo día o el primer mes en Costa Rica son hombres y mujeres cisgénero, con un 27.9%. Predominando la entrega en hombres.

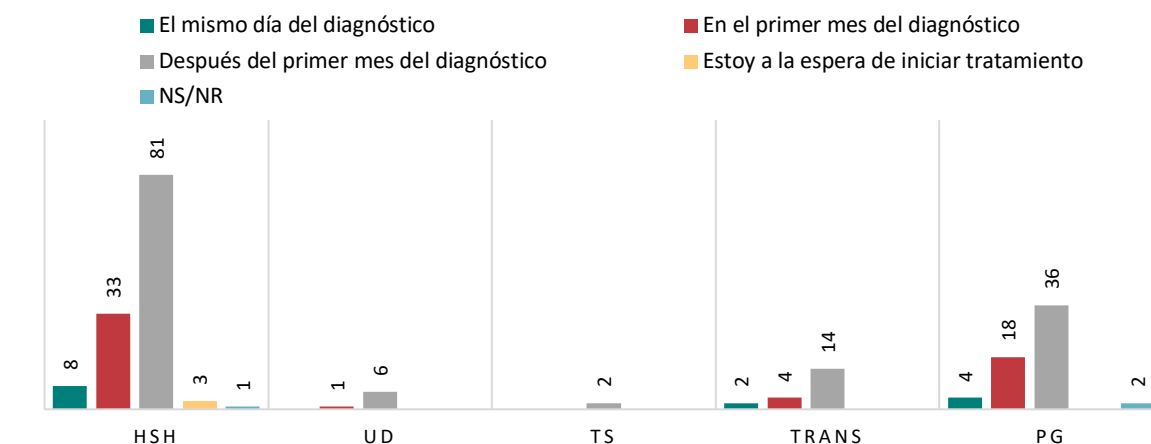
Gráfico 2: Inicio de TAR Costa Rica



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Al desagregar esta información por población clave, observamos que en Costa Rica se está iniciando en su mayoría posterior al 1er. mes del diagnóstico.

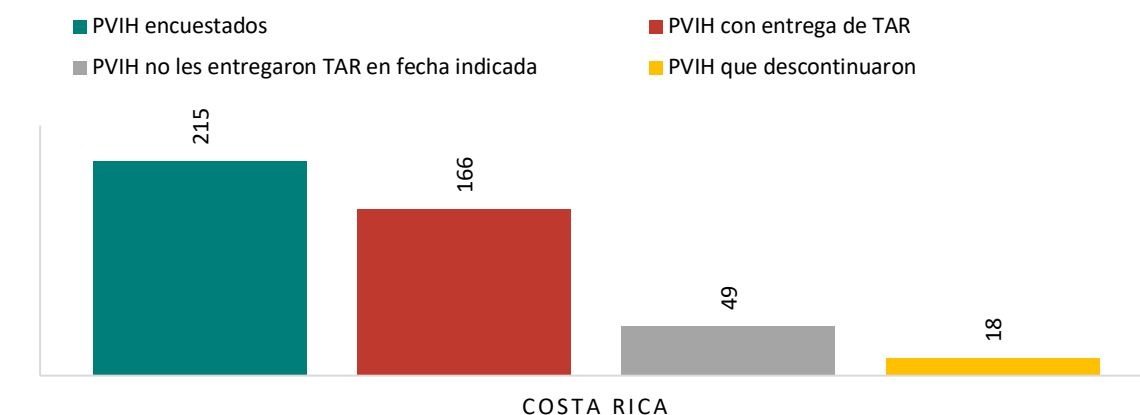
Gráfico 3: Inicio de TAR por población - Costa Rica¹



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

En el contexto de la **disponibilidad** de atención de la salud para personas con VIH en Costa Rica, los datos disponibles revelan varios desafíos en cuanto a la **accesibilidad** y continuidad del tratamiento y el monitoreo. El 22.7% de las personas usuarias ha experimentado situaciones donde se fueron sin recibir los medicamentos necesarios. Las razones incluyen la falta de disponibilidad de personal en la bodega, retrasos en la compra y retrasos en el traslado de medicamentos. Esto refleja problemas serios en la logística y en la gestión de inventario que pueden comprometer la continuidad del tratamiento para los pacientes.

Gráfico 4: Entrega de TAR en Costa Rica



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

¹ HSH (Hombres que tienen sexo con Hombres); UD (Usuarios de Drogas); TS (Trabajadores del Sexo); Trans (Personas Trans); PG (Población General)

Del indicador número y porcentajes de personas con VIH que descontinuaron su tratamiento de ARV en el 2022, se identificó que en Costa Rica 18/215 de los participantes (8%) manifestaron haber dejado de tomar medicamento, derivado de la no entrega del mismo.

En Costa Rica el 23% de las personas usuarias ha experimentado situaciones donde se fueron sin recibir los medicamentos necesarios. Las razones incluyen la falta de disponibilidad de personal en la bodega, retrasos en la compra y retrasos en el traslado de medicamentos. Esto refleja problemas serios en la logística y en la gestión de inventario que pueden comprometer la continuidad del tratamiento para los pacientes.

En los GF se registró que usualmente han recibido su tratamiento en bolsas de papel, pero últimamente hay servicios donde utilizan bolsas plásticas y transparentes, lo cual crea incomodidad al usuario pues considera que no hay confidencialidad en la recepción de su tratamiento.

Al igual que sucede en Bolivia, para las personas usuarias el cambio constante de las casas medicas representa riesgos para la adherencia al tratamiento, pues parte de las personas usuarias se guía por el color de las pastillas para sus tomas diarias. En el caso del Hospital de México, hace entregas parciales del medicamento y la otra parte las personas usuarias deben de ir al Hospital San Carlos para poder completar sus dosis. Lo representa dificultades de acceso debido a la falta de transporte en las zonas rurales.

*"...el servicio es eficiente, si hay desabastecimiento solo me dicen que está agotado el medicamento y a partir de ese momento y depende duran muchos días para entregarlos de nuevo"*²

En el GF se indicó que ha existido fraccionamiento, donde las personas usuarias ha recibido solo una parte de sus dosis y han tenido que regresar en algunas ocasiones más de una vez para completar las dosis, lo que representa más gastos de transporte y comida, además de esto, en muchos casos enfrentan problemas laborales por solicitar repetidas veces permiso para ir al servicio de salud, lo que a su vez pone en riesgo la confidencialidad de su diagnóstico en la empresa donde laboran.

"...y que los Centros de Salud como las farmacias nos brindan medicamentos fraccionados, o solo para unos días y luego hay que volver por el resto, esto nos perjudica en cuanto a lo económico ya que uno de pagar transporte y para ir al Centro de Salud, y si no se tiene una reserva dejamos de tomar el medicamento por esos días o meses, mientras se soluciona el desabasto la caja no es consciente que eso nos perjudica de una u otra forma a nuestro organismo"

² Recuperado de la entrevista grupal día 28/11/2023. Hospital México, Costa Rica.

Tabla 2: Personas usuarias que descontinuaron TARV

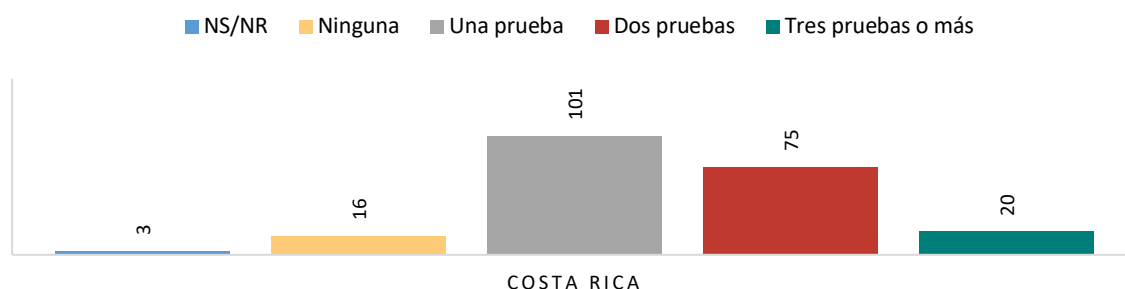
No.	País	%	Personas	Total
2	Costa Rica	8%	18	215

Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Monitoreo de Carga Viral (CV)

Con relación al monitoreo de la realización de la prueba de carga viral, se determinó que 16/215 personas usuarias a nivel nacional, equivalente al 5.5% de la muestra, no se ha realizado ninguna prueba de CV en el último año. Como se observa en la gráfica 11.

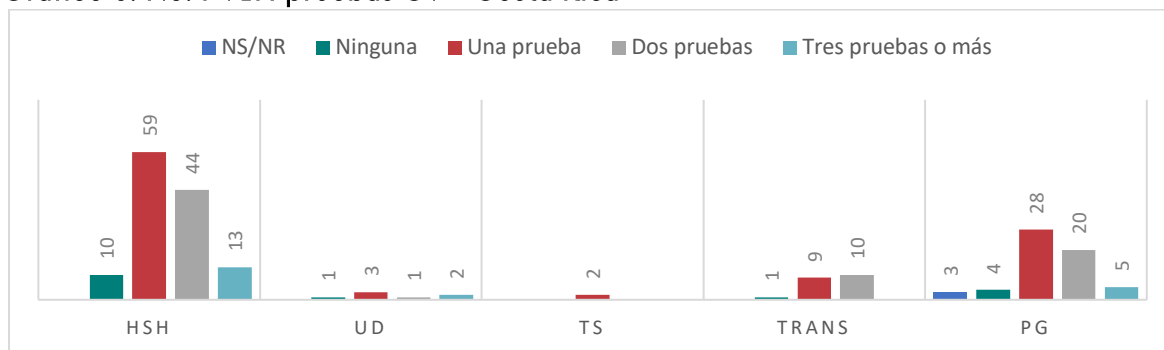
Gráfico 5: Número de personas que se han realizado pruebas de CV en Costa Rica



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

El 44.2% de las personas usuarias se realizó dos o más pruebas de CV en el último año, con un 26.5% perteneciente a la población HSH, 11.6% PG y 4.6% Trans, lo cual es relativamente alto y positivo, en comparación con los otros países. Sin embargo, esto significa una brecha del 55.8%, lo que puede impactar el seguimiento adecuado de su estado de salud.

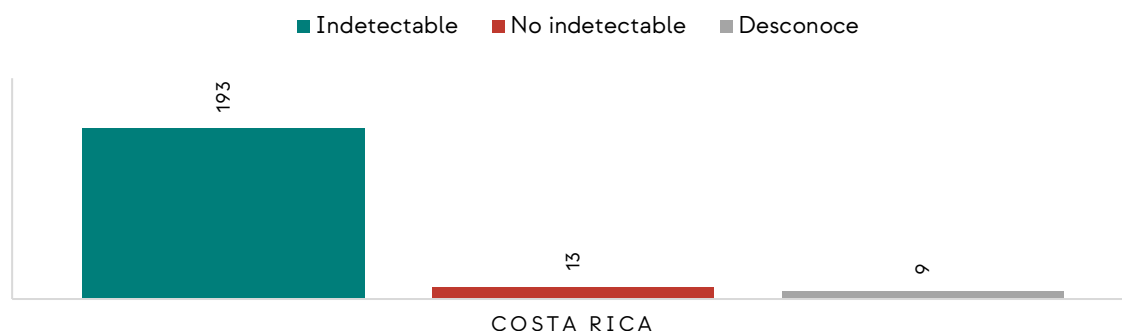
Gráfico 6: No. PVIH pruebas CV - Costa Rica



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Para Costa Rica (Gráfico 7) únicamente el 44% de las personas usuarias se ha realizado las dos pruebas de CV recomendadas en el último año³, concentradas en población general y HSH principalmente, lo que indica una brecha considerable en el seguimiento y manejo del tratamiento del VIH. Además, solo el 8% de los que son indetectables se sometieron a dos o más pruebas de CV en el último año, lo que sugiere que incluso entre aquellos con una gestión aparentemente exitosa, el seguimiento podría ser insuficiente.

Gráfico 7: Resultado de prueba CV

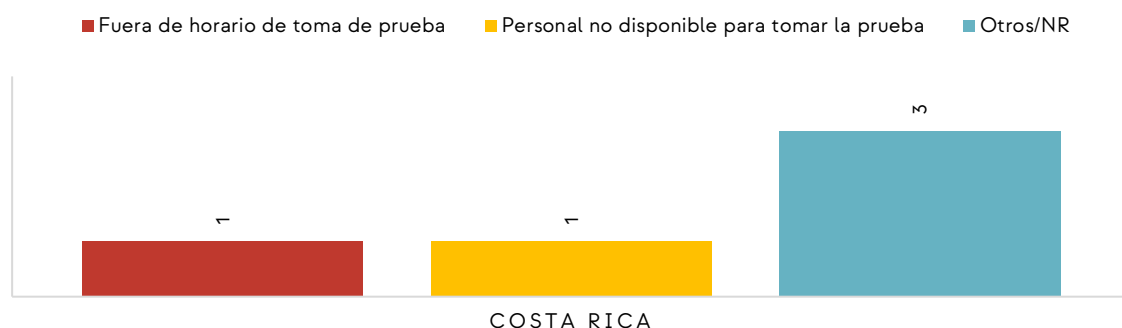


Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

En Costa Rica un 90% de las personas usuarias indicó ser indetectable en su último resultado de CV. Esto es indicativo de una efectividad general en el tratamiento antirretroviral y es un indicador positivo de la calidad del manejo clínico del VIH en Costa Rica.

El 8% de las personas usuarias se retiró del Centro de Salud sin realizar la prueba de CV, con el principal motivo siendo la falta de horarios convenientes. Esto sugiere la necesidad de horarios más flexibles o extendidos para acomodar las necesidades de todos los pacientes.

Gráfico 8: Motivos indicados del por qué no se les realizó la prueba de CV en el día agendado



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

³ De acuerdo con la Normativa Nacional, se indica una prueba al año.

De las personas usuarias que indicaron que sí se les realizó la prueba de CV, al momento de consultarles el periodo en días para que les entregaran el resultado de la prueba, la respuesta varía desde 07 días o menos, hasta un año o más, como se puede observar en el Gráfico 9. Se observa que el promedio de entrega se encuentra entre los 15 días y un mes, sin embargo, el 13.4% ha esperado desde un 1 mes o más, incluyendo a dos personas usuarias que indicaron que se tardaron un año en entregarles el resultado de la prueba.

Para Costa Rica se observa que el promedio de entrega se encuentra entre los 15 días y un mes, sin embargo, el 14.8% ha esperado 3 meses o más, incluyendo a dos personas usuarias que indicaron que se tardaron un año en entregarles el resultado de la prueba.

En los GF se documentó que buena parte de las personas usuarias dijeron no tener problema con el acceso a CV ni CD4, pues son exámenes de rutina y siempre se los realizan, pero otro grupo de personas usuarias refiere que no siempre es así, hay casos donde han abandonado tratamiento y que al momento de reintegrarse a sus controles no se les facilita las pruebas de CV, se enfrenta a burocracias que dificultan las cosas.

"...hay momentos que por burocracia hay que andar rogando al personal de salud para poder tomar control otra vez"⁴

"...por casualidad encontré al médico en pasillo y no fue atento me dijo es que voy de vacaciones y hasta que yo regrese te podría atender de nuevo y tuve que insistir y bueno de mala gana logre que me indicara de nuevo el control de exámenes CD4 y Carga Viral"⁵

hay casos de personas que no se les realiza pruebas de CV debido a que tienen problemas con su seguro, por ejemplo, hubo un caso donde el usuario tenía vencido el pago de una cuota de su seguro, la cual cancelo y aun así le reprogramaron la cita.

Para el tema de CV y CD4 las personas usuarias no tienen claridad de los flujos de atención o de los procesos propios de las clínicas de atención, lo que provoca que no asistan a la toma de muestras por lo mismo, porque desconocen cómo deben hacerlo y al final, la persona se retira sin sus exámenes y debe hacerlo en otra ocasión. Lo anterior implica que la persona tendrá que realizar más gastos para asistir a una reprogramación para laboratorios y esto a su vez retrasar el inicio de TAR.

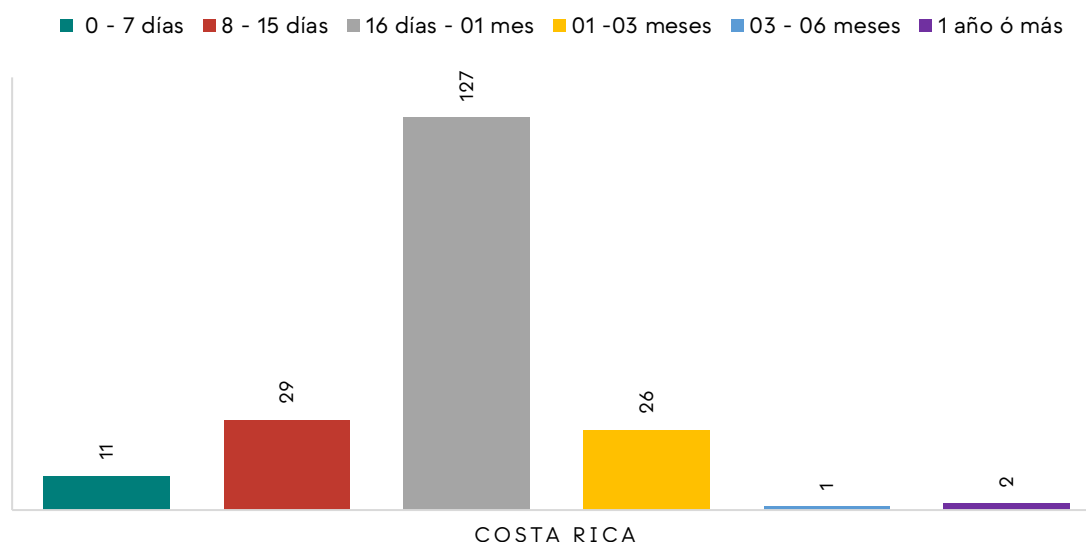
"...creo que ellos adujeron que yo conocía el proceso, pero no, entonces tenía que regresar al hospital para los exámenes ya hecho el día de mi cita, pero yo no había hecho los exámenes porque no me lo explicaron"⁶

⁴ Recuperado de la entrevista grupal día 17/11/2023. Hospital Monseñor Sanabria, Costa Rica.

⁵ Recuperado de la entrevista grupal día 30/11/2023. Hospital San Juan de Dios, Costa Rica.

⁶ Recuperado de la entrevista grupal día 11/11/2023. Hospital Calderón Guardia, Costa Rica.

Gráfico 9: Días de espera entre la toma y la entrega de resultados de CV Costa Rica



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Como reflejan los resultados orientados al cumplimiento del OE1, permanecen brechas en el contexto de la **disponibilidad** y **accesibilidad** a la atención, continuidad al tratamiento y pruebas de CV, necesarias para garantizar la salud de las personas con VIH para los cuatro países priorizados. Asegurar esta disponibilidad y accesibilidad de forma oportuna e ininterrumpida es imperante para el logro del cumplimiento de las metas 95-95-95.

Para el caso de Costa Rica, en los GF se identificó que una buena parte de las personas usuarias recibe sus resultados de CV y CD4 de forma inmediata, pero consideran que hay un leve retraso debido a que el sistema de información donde se registra estos resultados tarda hasta dos días en actualizarse.

Hay casos en que las personas usuarias reciben muy tarde sus resultados de CV debido a pérdida o tras papeleo de sus resultados en el área de laboratorio.

*"...prefiere ir hasta el hospital México a realizarse los exámenes ya que se los hacía en el hospital San Carlos pero que una vez a su cita médica con el infectólogo y que este le dijo que no estaban los resultados de sus exámenes porque del hospital San Carlos habían extraviado las muestras y que debía volver a repetir los exámenes entonces indica que desde entonces prefiere ir hasta el hospital México"*⁷

⁷ Recuperado de la entrevista grupal día 25/11/2023. Hospital de Alajuela, Costa Rica.

OE2. Identificar las barreras de acceso a los servicios de salud y tratamiento de las personas con VIH y poblaciones clave, generando recomendaciones para los centros y servicios destinados para VIH en cinco centros de atención por país.

Monitoreo del acceso a los servicios

La **accesibilidad** a los servicios de salud para personas con VIH en Costa Rica presenta varios desafíos significativos que impactan directamente en la capacidad de las personas usuarias para recibir atención adecuada y continua. Con relación a la información recolectada en las entrevistas grupales, algunos participantes manifestaron que los horarios de atención no se adaptan a las necesidades de las personas usuarias, asimismo, indicaron que, en ocasiones, si bien reciben la atención, la información que se les brinda no es clara, o en algunos momentos es incompleta. De acuerdo con los datos recopilados en las encuestas se encontró que:

Para el caso de Costa Rica los datos sobre la accesibilidad a los servicios de salud para personas con VIH reflejan varios desafíos significativos que pueden impedir que los pacientes reciban atención oportuna y efectiva: Un 25% (54/215) de las personas usuarias expresa que los horarios actuales de atención no son adecuados y sugieren que se deberían ampliar, incluyendo atención durante los fines de semana. Esto subraya la necesidad de mayor flexibilidad en los horarios de atención para adaptarse a las diversas necesidades y horarios de los pacientes.

El 1% (2/19) de las personas usuarias indica que no se ha realizado la prueba de carga viral (CV) debido a horarios inconvenientes, cualquier barrera que impida realizar estas pruebas y significativa, dado que la monitorización regular de la carga viral es crucial para el manejo efectivo del VIH.

En caso de Costa Rica, durante los GF las personas usuarias expresaron que en ocasiones hay falta de médicos para atender, algunos de ellos se van de vacaciones y entonces las personas usuarias desconocen este tipo de logística de personal que afecta los tiempos de espera y la cantidad de citas que atender. La infraestructura no es la más adecuada, pues las personas usuarias muestran molestias al hecho de tener que ir de un lado a otro para recibir los distintos servicios en el hospital al que asisten.

Por no contar con espacios específicos para las personas usuarias que son PV, se pierde la privacidad pues comparten este espacio con otras personas que no son PV.

"...las personas con VIH deberíamos tener un área porque muchas veces es ahí donde se dan los actos de discriminación y muchas es sin querer o por omisión porque el médico se adapta o se mal acostumbra a llamar a los pacientes y en algunos casos pues se refiere a



la condición de salud de la persona enfrente del resto de personas que ahí están esperando”⁸

Se identificó algunos casos de personas que tienen limitaciones físicas y deben de ir acompañados para poder trasladarse a los distintos servicios del hospital, lo cual es difícil pues los servicios están muy dispersos y no tienen espacios para personas con discapacidades.

“...si tienes discapacidad aun así puedo desplazarme a otros espacios y es difícil y tardo más, pero hay muchas personas que tienen que buscar acompañantes para poder ir”⁹

Es importante considerar, a la luz de estas observaciones por parte de las personas usuarias, que otro de los factores que incide en la dificultad para asistir a las citas programadas es la distancia que existe desde el lugar de vivienda de la persona usuaria y el Centro de Salud que le corresponde para su atención.

Tabla 3: Distancia en kilómetros aproximada que recorre la persona usuaria para asistir a su cita en el Centro de Salud

Km	Costa Rica
01 ó menos	6
02 a 05	66
06 a 10	15
10 a 25	70
25 a 100	36
más de 100	14

Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Si realizamos un análisis sobre el tiempo promedio que le toma a la persona usuaria trasladarse desde su domicilio hasta el Centro de Salud, podemos observar que, en algunos casos, ese supera las dos horas, tiempo considerable, dado que se duplica si tomamos en cuenta el retorno. A nivel nacional 18.1% invierte dos horas o más. La mayoría (53%) de las personas encuestadas indica que les toma de 15 a 60 minutos aproximadamente, y un 18.1% indica que le toma entre una a dos horas llegar al Centro de Salud.

⁸ Recuperado de la entrevista grupal día 17/11/2023. Hospital Monseñor Sanabria, Costa Rica.

⁹ Recuperado de la entrevista grupal día 25/11/2023. Hospital de Alajuela, Costa Rica.

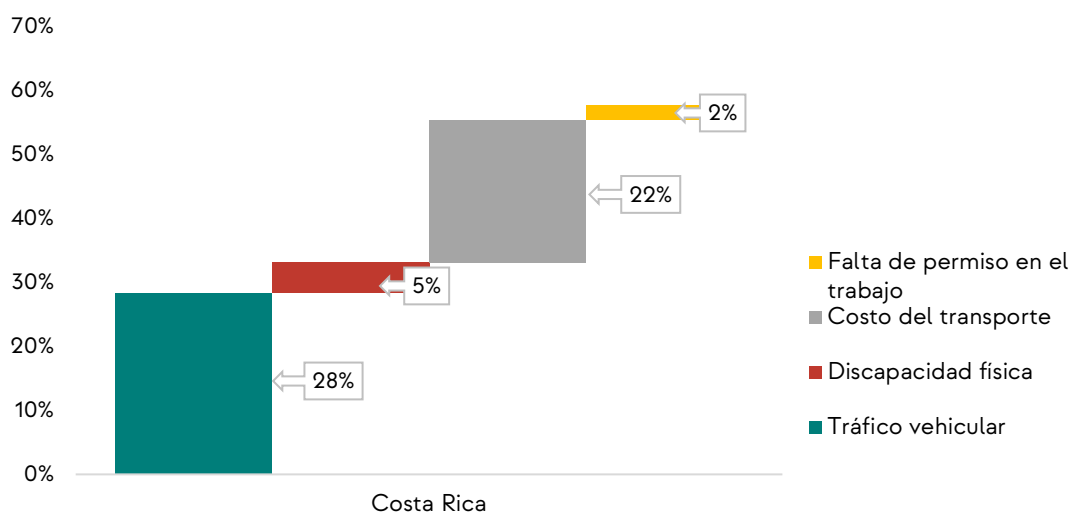
Tabla 4: Tiempo promedio para llegar al Centro de Salud

Tiempo promedio para llegar al Centro de Salud (minutos)	Costa Rica
01 a 05	1
06 a 15	22
15 a 60	114
61 a 120	39
121 en adelante	39

Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Asimismo, las personas usuarias refirieron dificultades adicionales a la distancia o el tiempo invertido para acercarse al Centro de Salud, en Costa Rica un considerable 60% (129/215) de las personas usuarias reporta tener alguna dificultad para llegar a sus citas. De estos, el 25% (32/129) menciona el costo del transporte como una barrera, el 3% menciona conflictos con el horario laboral, y el resto enfrenta dificultades debido a incapacidad u otros motivos. Esto indica que los factores logísticos, económicos y físicos están limitando el acceso a la atención necesaria.

Gráfico 10: Porcentaje de personas usuaria que refirieron dificultades para el acceso al CS



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

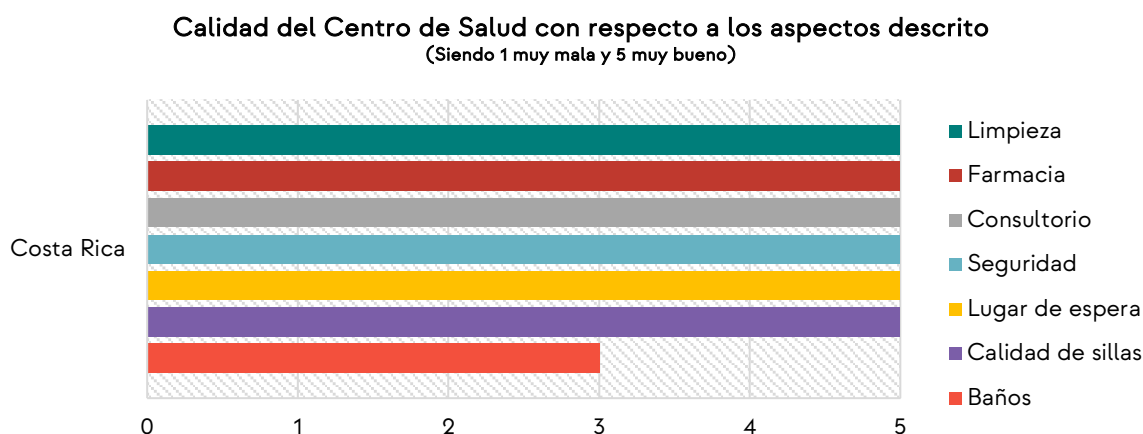
Como se observa, con los resultados presentados para el cumplimiento del OE2, es necesario considerar acciones que permitan el acercar o descentralizar los servicios para las personas usuarias, adaptarlos a sus necesidades, tomando en cuenta la implementación de horarios ampliados, facilitando de esta manera la frecuencia a las citas médicas, la asistencia a la toma de muestra de CV y CD4, y por ende la adherencia al tratamiento.

OE3. Establecer la calidad de la prestación de servicios para mejorar la disponibilidad, atención y tratamiento para personas con VIH y poblaciones clave en cinco centros de atención por país

En términos de calidad de los servicios, desagregados por área, y ciertos aspectos, podemos observar, que en su mayoría se obtuvieron puntajes satisfactorios, siendo buena o muy buena la calificación. Exceptuándose en los baños, en donde se obtuvo calificaciones de malo a regular dependiendo del país en donde se realizó la encuesta.

Sin embargo, dentro de los factores no tan positivos que fueron mencionado al momento de la realización de las entrevistas grupales encontramos que las personas usuarias indican que los servicios en algunos espacios carecen de privacidad y que en ocasiones la infraestructura del Centro de Salud no es adecuada para la atención o es desorganizada. Y que si bien, se da una puntuación elevada en las encuestas para la calidad de los Centros de Salud, en las entrevistas grupales indicaron que la calidad de la atención es baja, que en ocasiones se observa sobrecarga de pacientes y largos tiempos de espera, lo que disminuye la atención con calidad de manera individual.

Gráfico 11: Calidad del Centro de Salud con respecto a los aspectos descritos



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

En Costa Rica los datos sobre la **calidad** de los servicios de salud para personas con VIH en Costa Rica revelan aspectos tanto positivos como áreas que requieren mejoras significativas para optimizar la experiencia y los resultados de salud de los pacientes:

- **El tiempo de espera** reportado por las personas usuarias es de aproximadamente una hora. Aunque esto podría ser aceptable dependiendo del contexto específico y del tipo de servicios proporcionados, optimizar estos tiempos puede mejorar significativamente la experiencia del paciente y reducir posibles inconvenientes o estrés asociado con largas esperas.

- **Percepción del servicio:** La percepción promedio del servicio en términos de limpieza, calidad de las sillas, lugar de espera, consultorio y baños fue de regular a buena. Sin embargo, los baños fueron específicamente mencionados como solo regulares y necesitados de mejoras. Mejorar estas áreas puede contribuir a una percepción más positiva del entorno clínico y a la comodidad general de los pacientes durante las visitas.

En los GF se evidenció por parte de las personas usuarias, que hay servicios que carecen de una infraestructura adecuada, donde se respeta la confidencialidad y hasta la salud, pues en algunos casos hay hacinamiento de personas usuarias, donde hay personas de la tercera edad con otras enfermedades, y no les obligan a usar mascarilla. La limpieza de baños es mala, no cuenta con lo necesario para que las personas usuarias hagan uso de ellos. Están deteriorados y muchos de ellos fuera de servicio por falta de mantenimiento. Todo esto representa serias incomodidades para las personas usuarias pues deben aguantarse hasta encontrar el tiempo y el lugar adecuado para hacer sus necesidades fisiológicas

"...creo que la limpieza está mal realmente porque muchas veces también los baños no cuentan ni con papel higiénico y menos jabón para lavarse las mano"¹⁰

No hay mobiliarios suficiente y adecuado, el número de sillas es escaso y estas son plásticas, no son adecuadas para personas o adultos mayores. La mayoría de las personas usuarias esperan su consulta de pie y hay algunos de ellos que tienen limitaciones físicas o problemas de salud.

- **Privacidad:** El 11% de las personas usuarias indicó que no hubo privacidad adecuada al momento de recibir atención. La privacidad es crucial en el contexto del tratamiento del VIH, no solo por la sensibilidad de la información manejada sino también para asegurar la dignidad y el confort del paciente.

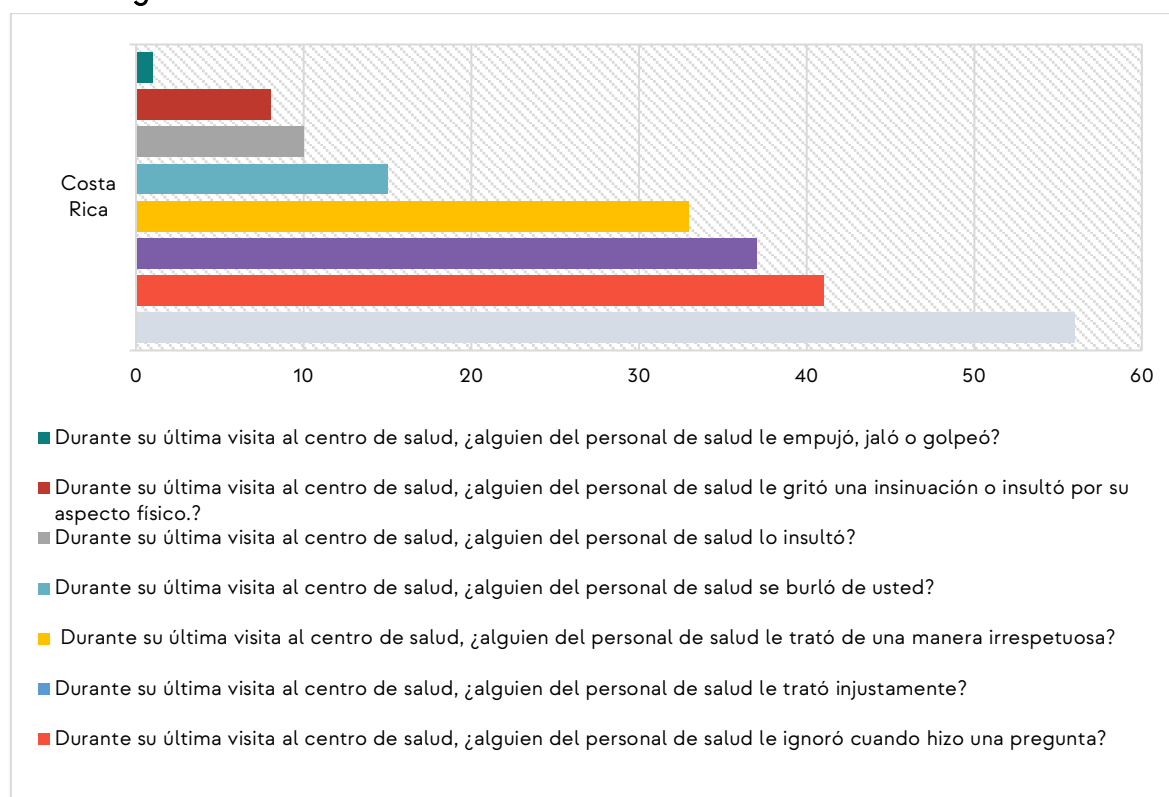
En términos de estigma y/o discriminación, como se observa en el gráfico 12, las personas usuarias de Costa Rica, han referido situaciones en las cuales se han sentido agredidos o tratados con falta de respeto. El mismo panorama se observó en las entrevistas grupales, en donde algunas de las personas participantes reportaron haber recibido un trato injusto en el que se vieron violentados sus Derechos Humanos fundamentales, en Costa Rica indicaron que existe estigma y discriminación hacia las personas usuarias por parte de los oficiales de seguridad de los Centros de Salud. Indicaron que existe poca sensibilización en temas de DDHH por parte de los profesionales de la salud, falta de privacidad y confidencialidad del diagnóstico, así como prejuicios en torno a la orientación sexual, identidad y expresión de género.

¹⁰ Recuperado de la entrevista grupal día 30/11/2023. Hospital San Juan de Dios, Costa Rica.

En los GF se identificó que hay un grupo de personas usuarias que refieren que en sus consultas tienen privacidad y otro grupo refiere que no la hay, pues hay casos en que el médico antes de atender al usuario le hace la pregunta si es una persona con VIH y esto porque se mezclan en un mismo espacio físico con personas de población general. *"...no hay privacidad, no tienen un espacio específico para su atención comparten instalaciones con otras áreas del hospital"*¹¹

No hay personal sensibilizado en otros servicios del hospital. No saben cómo tratar, recibir y dar información. Como en el caso de las recepciones o ventanillas para el ingreso al hospital, donde no hay cuidado de mantener la confidencialidad sobre la razón de la consulta. *"...muchas veces hasta el mismo personal ya sea de la ventanilla comenta el diagnóstico con el resto de los compañeros o grita a voz fuerte en algunos casos usan parlantes y no lo tienen apagado y se escucha cuando por alguna cosa deben referirse a mi como persona con VIH, pues no hay privacidad o ellos preguntan porque viene y como no escuchan lo que uno dice de este lado de la ventanilla hay que gritarles por VIH y si hay fila el de atrás se dio cuenta porque estoy consultando"*¹²

Gráfico 12: Si durante su última visita al Centro de Salud, alguien del personal de salud realizó alguna de las acciones descritas



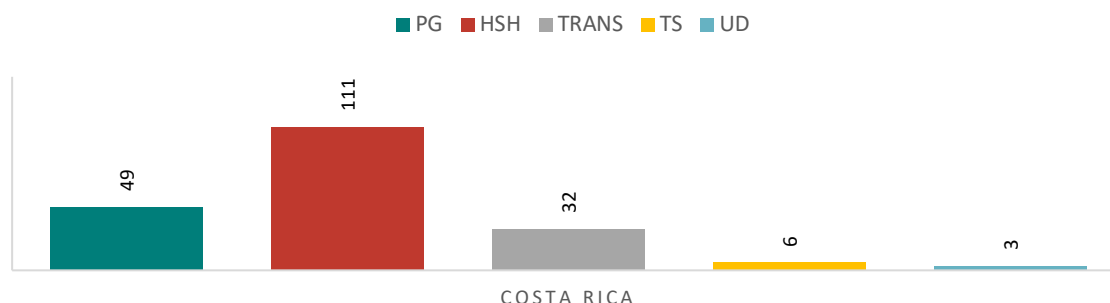
Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

¹¹ Recuperado de la entrevista grupal día 28/11/2023. Hospital México, Costa Rica.

¹² Recuperado de la entrevista grupal día 30/11/2023. Hospital San Juan de Dios, Costa Rica.

Observamos manifestaciones de estigma y discriminación que deben ser erradicados para la adecuada atención a la persona usuaria.

Gráfico 13: Personas usuarias de los CS que indicaron haber recibido al menos una acción de estigma y/o discriminación, desagregado por población



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Este gráfico nos muestra que el trato que se está brindando a las personas usuarias por parte del personal de salud no es aceptable, y que deben crearse medidas que garanticen la adecuada atención, con respeto y responsabilidad.

En Costa Rica los datos sobre la **aceptabilidad** de los servicios de salud para personas con VIH en Costa Rica revelan preocupaciones significativas respecto al trato que reciben los pacientes en los Centros de Salud. Estos aspectos negativos pueden impactar profundamente en la disposición de los pacientes a buscar y continuar con el tratamiento necesario, así como afectar su bienestar emocional y psicológico:

- **Trato injusto:** Un 26% de las personas usuarias reportó haber recibido un trato injusto que les hizo sentirse mal durante su visita al Centro de Salud. Este alto porcentaje indica una necesidad urgente de abordar las actitudes y comportamientos del personal de salud hacia los pacientes con VIH.

En los GF se identificó un grupo de personas usuarias que dicen haber recibido muy buena atención sin importar que la personas sea gay o transgénero, el trato es igual y sin ningún tipo de discriminación por su orientación sexual o de género, sin embargo, hay otro grupo como en el caso de mujeres cisgénero quienes aducen no recibir condones pues estos son únicamente para trabajadoras sexuales y lo mismo sucede en el caso de un hombre gay a quien nunca le han ofrecido condones. *"...no nos ofrecen condones y si los pedimos tenemos que decir que somos trabajadoras sexuales porque no nos ofrecen los condones, ni siquiera nos preguntan quiere condones"*

"...yo soy hombre gay, a mí nunca me han ofrecido condones"¹³

¹³ Recuperado de la entrevista grupal día 30/11/2023. Hospital San Juan de Dios, Costa Rica.

Por parte de las personas médico y demás áreas, hay un mal trato a las personas usuarias pues se mantienen de mal humor y en las ocasiones en que el usuario quiere expresarse o hacer valer sus derechos, reciben un trato como un "paciente rebelde".

*"...muchas veces las jefaturas médicas no hacen caso a nuestras denuncias y no nos dan respuesta, ya que muchos de los funcionarios como que gozan de inmunidad en su trabajo o por parte de la caja y no les hacen nada y siguen haciendo sus cosas entonces muchas veces uno se cansa de hacer denuncias"*¹⁴

- **Discriminación:** El 7% de las personas usuarias experimentó discriminación en el Centro de Salud. La discriminación en un entorno médico puede ser particularmente dañina, ya que disuade a los pacientes de buscar atención médica y seguir sus tratamientos.

En los GF se identificó que hay actitudes discriminatorias por parte del personal que da la atención a las personas usuarias reciben discriminación por parte de otro personal del hospital, por ejemplo, de los guardias de seguridad, cuando son personas transgénero no les facilitan el ingreso de forma expedita.

*"...yo soy una persona discapacitada y me sentía mal y pedí a mi mama que me acompañara al Centro de Salud y me trataron mal, no la dejaron entrar conmigo como tratan los guardias no es forma, no respetan"*¹⁵

Aún persiste la discriminación hacia los grupos de poblaciones LBGTIQ+, y no solo por el personal que le da la atención por ser PV, también han sufrido situaciones de estigma y discriminación en otros servicios por ejemplo en el ortopedista, con el optometrista.

- **Trato irrespetuoso:** Un 16% de las personas usuarias informó haber recibido un trato irrespetuoso en su última visita. Este tipo de experiencias puede erosionar la confianza entre los pacientes y el personal de salud, fundamental para una gestión efectiva del VIH.
- **Incidente de violencia física:** El reporte de un usuario que fue empujado, jalado o golpeado por alguien del personal de salud es extremadamente grave y señala un problema crítico de conducta inapropiada y abuso dentro del entorno de atención de salud. Este tipo de comportamiento es inaceptable y requiere una respuesta inmediata y rigurosa.

¹⁴ Recuperado de la entrevista grupal día 25/11/2023. Hospital de Alajuela, Costa Rica.

¹⁵ Recuperado de la entrevista grupal día 25/11/2023. Hospital Calderón Guardia, Costa Rica.

Estos problemas de aceptabilidad no solo afectan la dignidad y el bienestar emocional de los individuos, sino que también tienen implicaciones directas en la efectividad de la respuesta al VIH. Es crucial que los servicios de salud sean inclusivos, equitativos y libres de cualquier forma de discriminación o trato injusto.

Los datos muestran que el trato que se está brindado a las personas usuarias por parte del personal de salud no es aceptable, y que deben crearse medidas que garanticen la adecuada atención, con respeto y responsabilidad.

V. CONCLUSIONES

OE1 Analizar la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud para personas con VIH y poblaciones clave de cinco centros de atención en cuatro países.

A la luz de los resultados y hallazgos presentados podemos concluir que los países priorizados para la implementación del 1er. ciclo del MLC se encuentran realizando una fuerte labor en pro de cumplir con el acceso a la atención en salud para las personas usuarias de los servicios. Sin embargo, aún persisten brechas, tales como las descritas en los hallazgos, que no permiten el avance hacia el cumplimiento de las metas 95-95-95.

Persiste la dificultad para el inicio rápido del tratamiento ARV, el 67.4% de las personas usuarias del país indican que iniciaron tratamiento 30 días o más después del diagnóstico. Esto se correlaciona al analizar la disponibilidad de medicamentos y pruebas antirretrovirales (ARV), en donde el 22.7% (49/215) de las personas encuestadas, indicó que en alguna ocasión no le entregaron el medicamento en la fecha indicada en el último año, lo que llevó a 18/49 (36%) personas a discontinuar el tratamiento hasta que les fue entregado nuevamente, factor que incide en la resistencia al medicamento, necesidad de cambio de esquema y otros, así como a no alcanzar la supresión viral, tercer pilar de la cascada del continuo de la atención, pudiendo observar que, con base en los resultados obtenidos, ninguno de los países presenta esta meta cumplida. La información sobre la falta de recolección de medicamentos, es atribuible en mayor medida al desabastecimiento, lo cual sugiere áreas de mejora, en pro de garantizar la disponibilidad del mismo basado en la necesidad de brindar una cobertura total en tratamiento para las personas usuarias de los servicios de salud.

Asimismo, observamos el dato del resultado de carga viral en el país la cual es del 89.7% de los encuestados indicó ser indetectable, presentando una brecha del 10.3% que aún no logra la supresión viral. Es importante mencionar que del total de personas encuestadas solamente el 8.3% suspendió su tratamiento por no recibir sus medicamentos por lo que es necesario obtener más información que permita determinar las causas de la brecha y establecer acciones para reducirla y lograr que más personas alcancen la supresión viral.

OE2. Identificar las barreras de acceso a los servicios de salud y tratamiento de las personas con VIH y poblaciones clave, generando recomendaciones para los centros y servicios destinados para VIH en cinco centros de atención por país.

Se observa las personas usuarias indican que han logrado acceder a sus citas, a pruebas de VIH y a la recolección de medicamentos en el último año, sin embargo, no sin presentar dificultades. Un 60% de las personas usuarias manifestó tener en ocasiones dificultad para asistir a sus citas, las complicaciones más reportadas incluyen el tráfico, el costo y la disponibilidad del transporte, además de restricciones laborales, que limitan el acceso continuo al tratamiento y resaltan la importancia de establecer políticas de apoyo más

flexibles y holísticas que consideren las realidades de vida de los pacientes. Por lo que se considera importante tomar medidas que mejoren la accesibilidad de la persona usuaria a los servicios de salud, tales como subsidios para el transporte, acercamiento de los servicios, desconcentración de la atención, entre otros.

La percepción sobre la atención recibida en los Centros de Salud es mayoritariamente positiva respecto a los días y horarios de servicio; sin embargo, existe una clara demanda por que exista flexibilidad en los horarios de atención y en la implementación de horarios ampliados, entre otros. Esto es de gran importancia, porque permite la asistencia continua a citas y recepción de medicamentos, garantizando la adherencia al tratamiento y por ende una supresión viral.

Con relación a la calidad de las instalaciones, la evaluación de la infraestructura de los Centros de Salud presenta variabilidad dado que, aunque las calificaciones individuales por parte de las personas encuestadas fueron buenas o muy buenas para la mayoría de espacios, en las entrevistas grupales indicaron que la organización de la infraestructura en ocasiones no es adecuada y no posee espacios privados que permitan garantizar la confidencialidad del estatus serológico. Asimismo, manifestaron que la atención del personal de salud no siempre se percibe de forma respetuosa y en ocasiones se da con prejuicios en torno a la orientación sexual, identidad y expresión de género.

OE3. Establecer la calidad de la prestación de servicios para mejorar la disponibilidad, atención y tratamiento para personas con VIH y poblaciones clave en cinco centros de atención por país

Las encuestas reportaron experiencias de discriminación, falta de respeto y trato insensible hacia ciertas poblaciones clave, como las personas que usan drogas y los trabajadores sexuales, por lo que es imperante la sensibilización de todo el personal de salud que labora en estos espacios, garantizando una atención en salud segura, respetuosa, pertinente, sin estigma ni discriminación.

En conclusión, se observa un panorama que permite acciones de mejora en todos los pilares del acceso (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, asequibilidad y calidad) del continuo de la atención para personas con VIH y poblaciones clave con VIH, resaltando tanto avances como áreas críticas que requieren atención, tales como la implementación de estrategias más inclusivas y sensibles a las necesidades de todas las poblaciones, especialmente las más vulnerables y estigmatizadas, puede marcar una diferencia significativa en el éxito de las políticas de salud pública dirigidas a la mejora en la atención en salud.

Es significativo considerar la importancia del proceso de implementación del Modelo Liderado por la Comunidad, que en su 1er. ciclo ha permitido identificar fortalezas y debilidades, que nos llevan a la creación de propuestas de mejora y cierre de brechas con el apoyo del monitoreo continuo desde las comunidades. Lastimosamente, como se ha mencionado a lo largo del documento, el no contar con los permisos en Costa Rica y Paraguay redujo el alcance de la información a ser recolectada, por lo que no se cuenta con datos de los Centros de Salud que alimentan este informe. Asimismo, la experiencia de este 1er. ciclo deja recomendaciones en la recolección de información, que dejó vacíos de información en algunos datos, por lo que en anexos se suscribe el listado de indicadores que no fue posible recolectar, y la propuesta que se tiene para garantizar la recolección de la información correspondiente en el siguiente ciclo.

VI. RECOMENDACIONES

Los datos a nivel regional subrayan la importancia de una mejora en diferentes aspectos, lo que nos lleva a proponer una serie de recomendaciones en un intento de abordar a corto y mediano plazo la problemática y con base en los objetivos estratégicos del MLC.

OE1. Analizar la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud para personas con VIH y poblaciones clave de cinco centros de atención en cuatro países

Los resultados obtenidos muestran la existencia de una brecha en la disponibilidad del tratamiento para garantizar el inicio rápido, lo que impacta en la continuidad del tratamiento. Se recomienda a nivel de los Ministerios de Salud y de los Programas de VIH, implementar sistemas más robustos para la gestión de medicamentos que incluyan mejor coordinación en la compra, traslado y disponibilidad de estos.

De igual forma se observa que ha habido desabastecimiento de las pruebas de carga viral, por lo que se hace necesario fortalecer los sistemas de adquisición para garantizar que todos los pacientes se realicen la prueba de carga viral de acuerdo con lo establecido para de garantizar el monitoreo de su estado de salud de forma oportuna.

Asimismo, una barrera para la accesibilidad a la atención y tratamiento de acuerdo con lo manifestado tanto en las encuestas como en las entrevistas grupales, es el tiempo y distancia que deben recorrer para asistir a las citas y por ende el costo del transporte, por lo que es esencial realizar las gestiones dentro del Ministerio de Salud o contrapartes para lograr un apoyo a las personas usuarias que no cuentan con la capacidad económica de sufragar estos gastos. Se recomienda también asegurar la atención de forma descentralizada acercando los servicios a las personas a través de visitas domiciliarias, entrega de medicamento descentralizado entre otros.

Específicas

- Que los medicamentos (TAR) puedan ser recibidos por medio de envío o encomienda en los lugares más lejanos donde viven los usuarios.
- Que la atención médica sea más integral, que atienda otras morbilidades como la diabetes, hipertensión y demás.
- Tener más acceso a condones.
- Ampliar los programas de prevención con PrEP y PEP y atención de las ITS.
- Que la CV y CD4 sean cada seis meses y no cada año.
- Que se reduzcan los tiempos en las citas para la toma de muestras de CV y CD4.
- Que haya más facilidad de tener consultas médicas además de las citas de control.
- Que el inicio de TAR sea inmediato y no al mes y medio o dos meses como se está haciendo.
- Buscar más alternativas en la entrega de medicamentos para que sea más rápido.
- Hacer una descentralización de los servicios para evitar abandonos

OE2. *Identificar las barreras de acceso a los servicios de salud y tratamiento de las personas con VIH y poblaciones clave, generando recomendaciones para los centros y servicios destinados para VIH en cinco centros de atención por país.*

Otro factor en el que se puede incidir para incrementar la asistencia a las citas médicas o para los servicios de toma de muestra para carga viral o CD4, es brindar horarios ampliados que permitan a las personas usuarias acercarse a los Centros de Salud fuera del horario laboral. También se recomienda considerar utilizar softwares de gestión de citas que permitan a los pacientes seleccionar horarios que les sean más convenientes, posiblemente a través de plataformas en línea o servicios telefónicos.

Con relación a la calidad de la infraestructura, a pesar de que fue bien calificada, si se solicitó que la misma brinde garantías en cuanto a la privacidad, dado que manifestaron que en ocasiones se vulnera. Para esto se recomienda evaluar la infraestructura disponible y reorganizar los espacios a manera de garantizar esta privacidad y respeto a la persona usuaria.

Específicas

- Que la atención medica sea más integral, que atienda otras morbilidades como la diabetes, hipertensión y demás
- Implementar horarios extendidos
- Dar una atención más diferenciada
- Facilitar e acompañamiento de pares, principalmente para las personas que inician la atención
- Que el manejo clínico sea más amplio, dando seguimiento también a otras enfermedades
- Que haya más facilidad de tener consultas médicas además de las citas de control
- Mejora la infraestructura de la clínicas y áreas de espera
- Que el área de infectología tenga todos los servicios en un mismo lugar y no dispersos por todo el hospital
- Tener más personal, como médicos, enfermeras y en farmacia
- Tener horarios de atención los fines de semana

OE3. *Establecer la calidad de la prestación de servicios para mejorar la disponibilidad, atención y tratamiento para personas con VIH y poblaciones clave en cinco centros de atención por país*

En lo relativo a la calidad de atención, se manifestó la necesidad de recibir un trato libre de estigma y discriminación, por lo que se recomienda crear a lo interno de cada Centro de Salud estrategias de sensibilización y formación del personal de salud, garantizando la atención a las personas usuarias libre de estigma y discriminación. Es crucial abordar las barreras sistémicas presentadas en los hallazgos que impiden el acceso a la atención,

reducir los incidentes de negativa de atención, las acciones de estigma y/o discriminación para asegurar una respuesta integral y justa frente al VIH en la Costa Rica.

Asimismo, es importante que los Centros de Salud establezcan mecanismos de reporte claros y accesibles para que las personas usuarias notifiquen incidentes de estigma, discriminación, maltrato o atención deficiente, asegurando el seguimiento de cada una de las quejas presentadas.

Estas recomendaciones se dan en función de brindar un servicio de atención en salud de calidad y calidez, con acceso equitativo a los servicios de salud, contribuyendo a mejorar la adherencia al tratamiento y por ende a lograr la supresión viral. Permitirán fomentar un ambiente de confianza y seguridad para los pacientes, esencial para una gestión efectiva del VIH.

Específicas

- Mejorar el trato a los usuarios de las clínicas de atención por parte del personal de salud, principalmente al trato con las personas con alguna discapacidad o embarazadas
- Dar una atención más diferenciada
- Sensibilizar al resto de personal del servicio, como secretarias, seguridad, recepción, etc.
- Capacitar al personal de salud sobre el marco legal de los derechos de las PVIH
- Facilitar el acompañamiento de pares, principalmente para las personas que inician la atención

VII. ANEXOS

Anexo A:

Indicadores priorizados

Indicadores	
1.	Número y porcentaje de personas que se hicieron la prueba del VIH y recibieron un diagnóstico VIH+ durante el año 2022, en cinco Centros de Salud por país
2.	Promedio de tiempo de espera para recibir una atención médica, resultados de CD4, Carga Viral y entrega medicamentos
3.	Promedio de horario de atención en los Centros de Salud por país
4.	Número y porcentaje de Centros de Salud que proporcionan atención combinada a personas con VIH/TB
5.	Número y porcentaje de personas con VIH que iniciaron tratamiento ARV el mismo día del diagnóstico positivo en el último año, en cinco Centros de Salud por país
6.	Número y porcentajes de personas con VIH que descontinuaron su tratamiento de ARV en el 2022, en cinco Centros de Salud por país
7.	Número y porcentaje de personas con VIH con tratamiento ARV que han realizado una prueba de carga viral en el 2022, en cinco Centros de Salud por país
8.	Número y porcentaje de personas con VIH que recibieron el resultado de la prueba de carga viral en el plazo establecido en la guía de tratamiento de ARV en cinco Centros de Salud por país durante el año 2022
9.	Porcentaje de personas que ha recibido asesoramiento sobre adherencia a los ARV
10.	Porcentaje de personas que afirman comprender la información sobre ARV, CD4 y Carga Viral proporcionada por el personal de atención médica del centro en su última visita al centro en el último año
11.	Número y porcentaje de personas que lograron supresión viral durante el año 2022
12.	Frecuencia de desabastecimiento de ARV, Carga Viral y CD4 para la atención y tratamiento del VIH en los cinco Centros de Salud por país
13.	Frecuencia de indisponibilidad de los servicios para la atención y tratamiento del VIH en los cinco Centros de Salud por país
14.	Cantidad de pruebas de carga viral, detección del VIH, CD4 y ARV asignado en 5 Centros de Salud, durante el 2022
15.	Promedio de km de traslado de las personas usuarias de los servicios al Centro de Salud donde reciben atención en VIH
16.	Promedio de horas de traslado de las personas usuarias al Centro de Salud donde reciben atención en VIH
17.	Promedio de puntuaciones que asignan les usuaries con VIH ante la calidad de las instalaciones de los cinco Centros de Salud por país
18.	Frecuencia de capacitaciones al talento humano en la prestación de servicios de salud con enfoque diferencial, atención a poblaciones clave
19.	Percepción de la disponibilidad de los servicios e insumos en los cinco Centros de Salud por país
20.	Presupuesto asignado al Centro de Salud para funcionamiento, personal, horario de atención, equipamiento y misceláneos durante 2022
21.	Percepción del personal en salud sobre las asignaciones de recursos para toma de pruebas de VIH, carga viral, CD4 y entrega de ARV y presupuestos durante el año 2023, en cinco Centros de Salud por país
22.	Percepción de las personas con VIH sobre entrega y cambios de ARV durante el último año, en cinco Centros de Salud por país
23.	Percepción de las personas ante la toma de muestras y entrega de resultados de carga viral durante el año 2023
24.	Número de personas con VIH que reportan experiencias de estigma y discriminación en cinco Centros de Salud por país en 2023
25.	Número de personas con VIH que consideran el trato ético y confidencial por parte del personal de salud en los cinco Centros de Salud por país en el 2023

Anexo B:

Indicadores por Objetivo Específico y su resultado en la implementación por país

Consideraciones para el análisis de los indicadores:

Un indicador es una expresión cualitativa o cuantitativa observable que permite describir características, comportamientos o fenómenos de la realidad a través de la evolución de una variable o el establecimiento de una relación entre variables, la que comparada con períodos anteriores o bien frente a una meta o compromiso, permite evaluar el desempeño y su evolución en el tiempo.¹⁶

Los indicadores son expresiones que pueden ubicarse en dimensiones geográficas o espaciales, así como temporales, a través de un complemento en su redacción. Por lo que para el análisis se asumirá la ubicación geográfica o espacial como “**los Centros de Salud participantes en la encuesta**” y en la dimensión temporal podrán considerarse periodos como “**el año actual**” o “**año anterior**”, a través de la vinculación preciso del año en su complemento.

Indicadores OE1. Analizar la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud para personas con VIH y poblaciones claves de cinco centros de atención en cuatro países.

Indicador 1. Número y porcentaje de personas que se hicieron la prueba del VIH y recibieron un diagnóstico VIH+ durante el año 2022, en cinco Centros de Salud por país.

La fuente de información establecida para este indicador es la **encuesta en Centros de Salud**.

País	Resultado	Observación
Costa Rica		No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

Indicador 2. Promedio de tiempo de espera para recibir una atención médica, resultados de CD4, Carga Viral y entrega medicamentos.

Las fuentes de información de donde se origina el dato son “**Encuesta a Centros de Salud y Encuesta a usuarios en Centros Médicos**”.

País	Resultado	Observación
Costa Rica		No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

¹⁶ [Departamento Administrativo Nacional de Estadística \(DANE\). Guía para diseño, construcción e interpretación de indicadores, p. 13.](#)

Indicador 3. Promedio de horario de atención en los Centros de Salud por país.

Las fuentes de información de donde se origina el dato son “**Encuesta a Centros de Salud y Encuesta a usuarios en Centros Médicos**”.

País	Resultado	Observación
Costa Rica		La información de la respuesta es imprecisa

Indicador 4. Número y porcentaje de Centros de Salud que proporcionan atención combinada a personas con VIH/TB

Las fuentes de información de donde se origina el dato es la “**Encuesta a Centros de Salud**”.

País	Resultado	Observación
Costa Rica		No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

Indicador 5. Número y porcentaje de personas con VIH que iniciaron tratamiento ARV el mismo día del diagnóstico positivo en el último año, en cinco Centros de Salud por país.

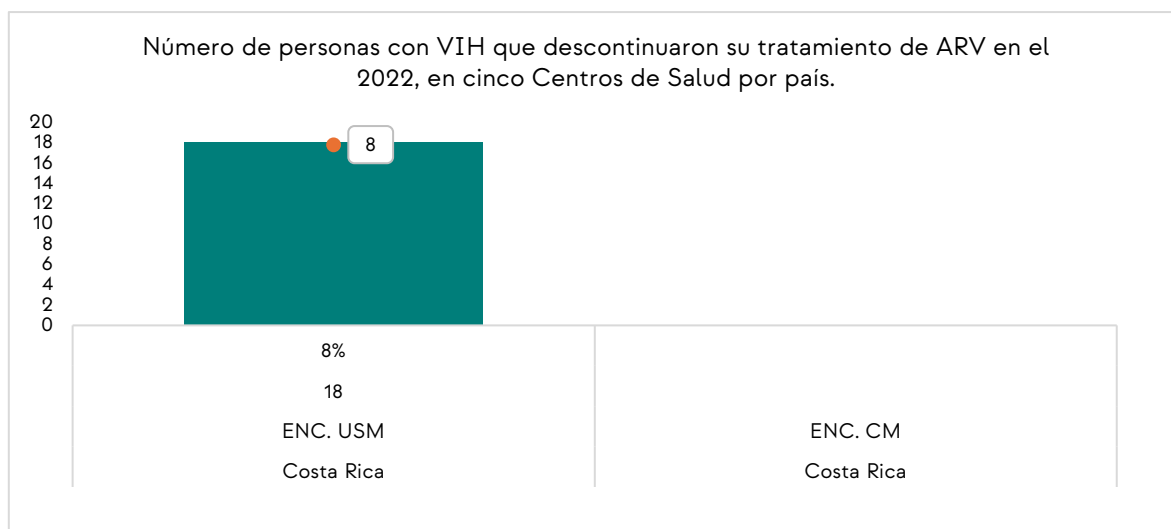
Las fuentes de información de donde se origina el dato es la “**Encuesta a Centros de Salud**”.

País	Resultado	Observación
Costa Rica		No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

Indicador 6. Número y porcentajes de personas con VIH que descontinuaron su tratamiento de ARV en el 2022, en cinco Centros de Salud por país.

Las fuentes de información de donde se origina el dato son “**Encuesta a Usuarios en Centros Médicos y encuesta en Centros de Salud**”.

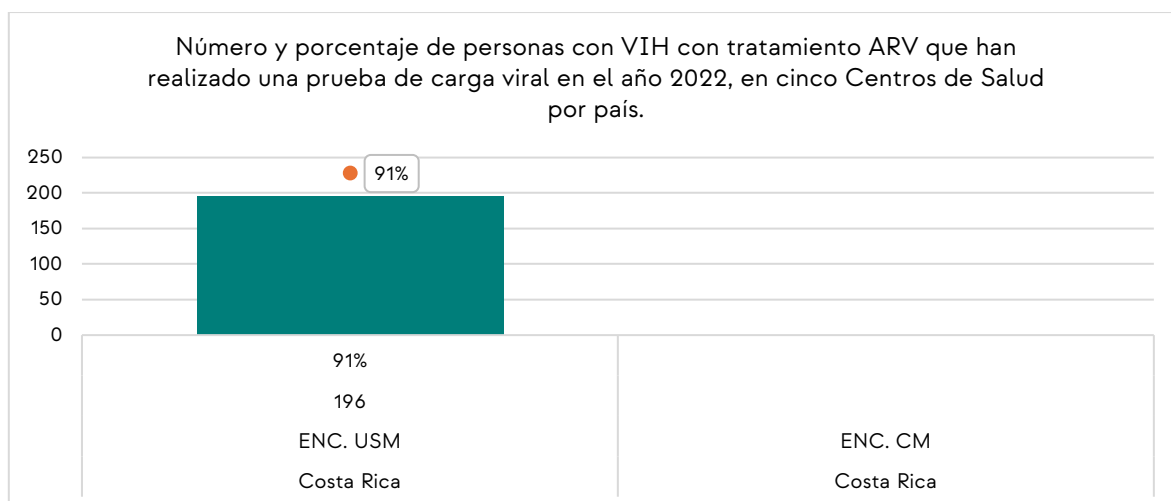
País	Resultado		Observación
Costa Rica	ENC. USM	8%	No se contó con información del centro médico. Para el caso de los usuarios se consideró que se hubieran retirado del Centro de Salud sin que se les dieran sus medicamentos
	ENC. CM	SR	
	ENC. CM	SR	



Indicador 7. Número y porcentaje de personas con VIH con tratamiento ARV que han realizado una prueba de carga viral en el año 2022, en cinco Centros de Salud por país.

La fuente de información establecida para este indicador es “Encuesta a Usuarios en Centros Médicos y encuesta en Centros de Salud”.

País	Resultado		Observación
Costa Rica	ENC. USM	91%	No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.
	ENC. CM	SR	
	ENC. CM	92%	



Indicador 8. Número y porcentaje de personas con VIH que recibieron el resultado de la prueba de carga viral en el plazo establecido en la guía de tratamiento de ARV, en cinco Centros de Salud por país, durante el año 2022.

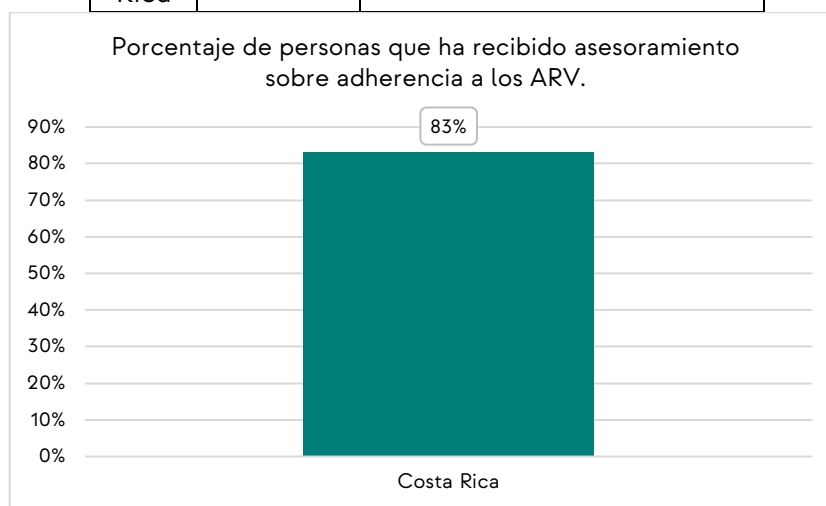
La fuente de información establecida para este indicador es “Encuesta a Usuarios en Centros Médicos y encuesta en Centros de Salud”.

País	Resultado	Observación
Costa Rica		No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.

Indicador 9. Porcentaje de personas que ha recibido asesoramiento sobre adherencia a los ARV.

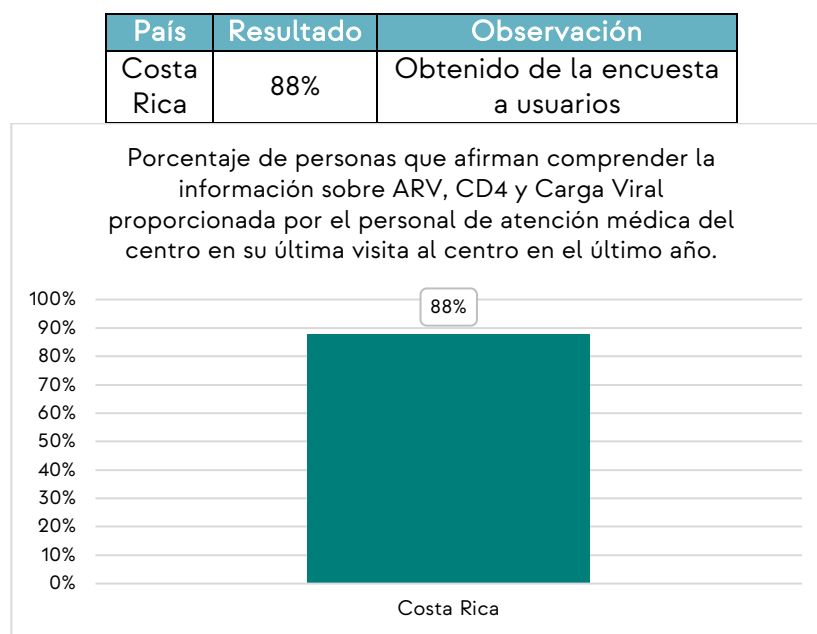
La fuente de información establecida para este indicador es la “Encuesta con usuario en Centros de Salud”.

País	Resultado	Observación
Costa Rica	83%	Ninguna



Indicador 10. Porcentaje de personas que afirman comprender la información sobre ARV, CD4 y Carga Viral proporcionada por el personal de atención médica del centro en su última visita al centro en el último año.

La fuente de información establecida para este indicador es la “**Encuesta con usuario en Centros de Salud**”.



Indicador 11. Número y porcentaje de personas que lograron supresión viral durante el año 2022.

La fuente de información establecida para este indicador es la “**Encuesta en Centros de Salud**”.

País	Resultado	Observación
Costa Rica	SR	No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.

Indicador 12. Frecuencia de desabastecimiento de ARV, Carga Viral y CD4 para la atención y tratamiento del VIH en los cinco Centros de Salud por país.

La fuente de información establecida para este indicador son la **encuesta en Centros de Salud** y la **encuesta con usuario en Centros de Salud**.

País	Resultado	Observación
Costa Rica	SR	No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.

Indicador 13. Frecuencia de indisponibilidad de los servicios para la atención y tratamiento del VIH.

La fuente de información establecida para este indicador es la “Encuesta en Centros de Salud y la encuesta con usuario en Centros de Salud”.

País	Resultado	Observación
Costa Rica		No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.

Indicador 14. Cantidad de pruebas de carga viral, detección del VIH, CD4 y ARV asignado en 5 Centros de Salud, durante el 2022.

La fuente de información establecida para este dato es la “Encuesta en Centros de Salud.”

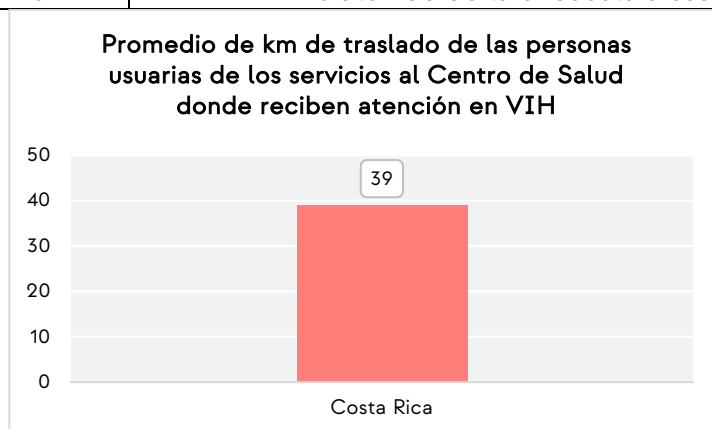
País	Resultado	Observación
Costa Rica		No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.

Indicadores OE2. Identificar las barreras de acceso a los servicios de salud y tratamiento de las personas con VIH y poblaciones clave, generando recomendaciones para los centros y servicios destinados para VIH en cinco centros de atención por país.

Indicador 15. Promedio de km de traslado de las personas usuarias de los servicios al Centro de Salud donde reciben atención en VIH.

La fuente de información establecida para este indicador son la encuesta con usuario en Centros de Salud.

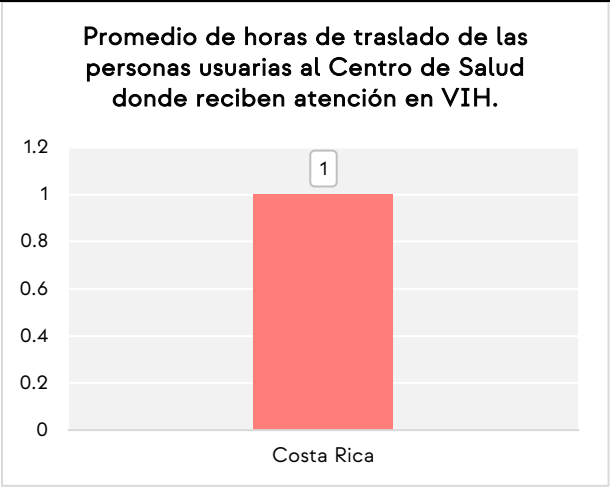
País	Resultado	Observación
Costa Rica	39	Obtenido de la encuesta a usuarios



Indicador 16. Promedio de horas de traslado de las personas usuarias al Centro de Salud donde reciben atención en VIH.

La fuente de información establecida para este indicador son la **encuesta con usuario en Centros de Salud.**

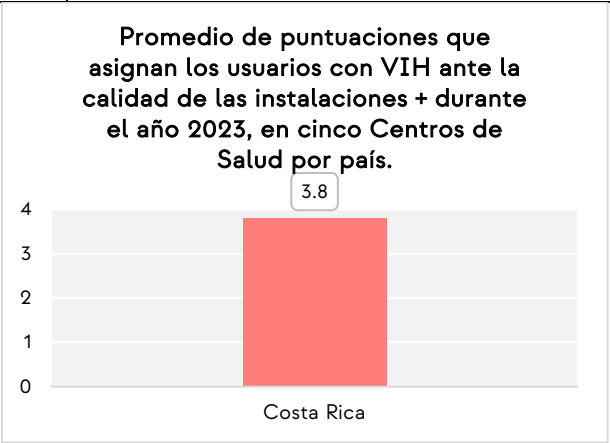
País	Resultado	Observación
Costa Rica	1	Obtenido de la encuesta a usuarios



Indicador 17. Promedio de puntuaciones que asignan los usuarios con VIH ante la calidad de las instalaciones + durante el año 2023, en cinco Centros de Salud por país.

La fuente de información establecida para este indicador son la **encuesta con usuario en centros**

País	Resultado	Observación
Costa Rica	3.8	Obtenido de la encuesta a usuarios



Indicador 18. Frecuencia de capacitaciones al talento humano en la prestación de servicios de salud con enfoque diferencial, atención a poblaciones clave.

La fuente de información establecida para este indicador son la encuesta en **Centros de Salud**.

País	Resultado	Observación
Costa Rica	SR	No se obtuvo información sobre la frecuencia

EO3. Establecer la calidad de la prestación de servicios para mejorar la disponibilidad, atención y tratamiento para personas con VIH y poblaciones clave en cinco centros de atención por país.

Indicador 19. Percepción de la disponibilidad de los servicios e insumos en los cinco Centros de Salud por país.

La fuente de información establecida para este indicador es la **encuesta en Centros de Salud**.

País	Resultado	Observación
Costa Rica	SR	No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.

Indicador 20. Presupuesto asignado al Centro de Salud para funcionamiento, personal, horario de atención, equipamiento y misceláneos durante 2022.

La fuente de información establecida para este indicador es la **encuesta en Centros de Salud**.

País	Resultado	Observación
Costa Rica	SR	No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.

Indicador 21. Percepción del personal en salud sobre las asignaciones de recursos para toma de pruebas de VIH, carga viral, CD4 y entrega de ARV y presupuestos durante el año 2023, en cinco Centros de Salud por país.

La fuente de información establecida para este indicador es la **encuesta en Centros de Salud**.

País	Resultado	Observación
Costa Rica	SR	No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.

Indicador 22. Percepción de las personas con VIH sobre entrega y cambios de ARV durante el último año, en cinco Centros de Salud por país.

La fuente de información establecida para este indicador es la **encuesta con usuario en Centros de Salud**.

País	Resultado	Observación
Costa Rica	SR	No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.

Indicador 23. Percepción de las personas ante la toma de muestras y entrega de resultados de carga viral durante el año 2023.

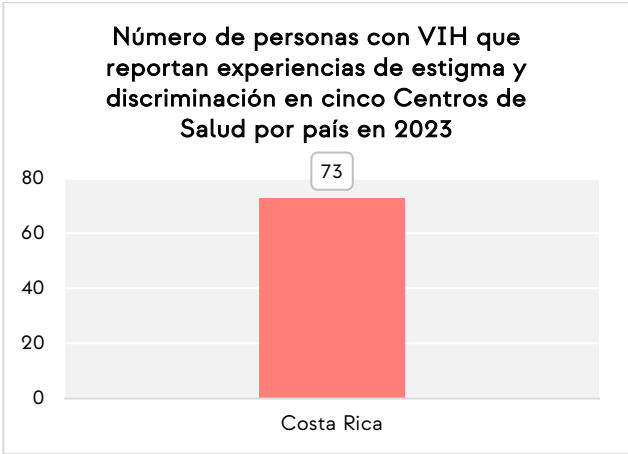
La fuente de información establecida para este indicador son la **encuesta en Centros de Salud** y la **encuesta con usuario en Centros de Salud**.

País	Resultado	Observación
Costa Rica	SR	No se recogió información en la encuesta

Indicador 24. Número de personas con VIH que reportan experiencias de estigma y discriminación en cinco Centros de Salud por país en 2023.

La fuente de información establecida para este indicador son la **encuesta en Centros de Salud** y la **encuesta con usuario en Centros de Salud**.

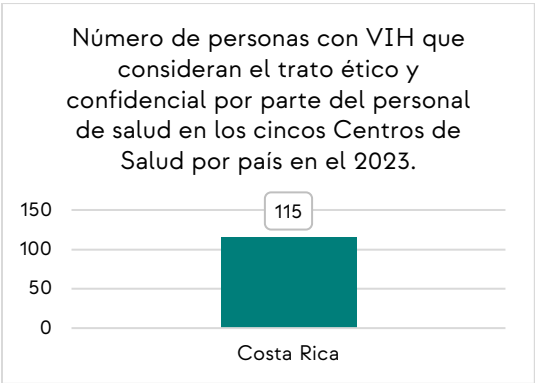
País	Resultado	Observación
Costa Rica	73	Obtenido de la encuesta a usuarios



Indicador 25. Número de personas con VIH que consideran el trato ético y confidencial por parte del personal de salud en los cinco Centros de Salud por país en el 2023.

La fuente de información establecida para este indicador es la encuesta con **usuario en Centros de Salud**.

País	Resultado	Observación
Costa Rica	115	Obtenido de la encuesta a usuarios



Anexo C:

Cumplimiento en el levantado de la información: Encuestas a usuarios

INFORMACIÓN SOBRE LA PLANIFICACIÓN DE LAS ENCUESTAS PERSONAS USUARIAS PARA EL 1ER. CICLO					
PAÍS	PROVINCIA	CENTRO	PLANEADAS	REALIZADAS	ALCANCE
Costa Rica	San José	Hospital México	69	69	100%
Costa Rica	San José	Hospital San Juan de Dios	59	59	100%
Costa Rica	San José	Hospital Calderón Guardia	57	57	100%
Costa Rica	Alajuela	Hospital San Rafael de Alajuela	17	17	100%
Costa Rica	Puntarenas	Hospital Monseñor Sanabria Martínez	13	13	100%
TOTAL			967	967	100%

Anexo D:

Cumplimiento en el levantado de la información: Entrevista Grupales

INFORMACIÓN SOBRE LA PLANIFICACIÓN DE LAS ENTREVISTAS GRUPALES PARA EL 1ER. CICLO					
PAÍS	PROVINCIA	CENTRO	PLANEADAS	REALIZADAS	ALCANCE
Costa Rica	San José	Hospital México	1	1	100%
Costa Rica	San José	Hospital San Juan de Dios	1	1	100%
Costa Rica	San José	Hospital Calderón Guardia	1	1	100%
Costa Rica	Alajuela	Hospital San Rafael de Alajuela	1	1	100%
Costa Rica	Puntarenas	Hospital Monseñor Sanabria Martínez	1	1	100%
TOTAL			25	25	100%

Anexo E:

Cumplimiento en el levantado de la información: Encuestas por Centro de Salud

INFORMACIÓN SOBRE LA PLANIFICACIÓN DE LAS ENCUESTAS POR CENTRO DE SALUD					
PAÍS	PROVINCIA	CENTRO	PLANEADAS	REALIZADAS	ALCANCE
Costa Rica	San José	Hospital México	1	0	0%
Costa Rica	San José	Hospital San Juan de Dios	1	0	0%
Costa Rica	San José	Hospital Calderón Guardia	1	0	0%
Costa Rica	Alajuela	Hospital San Rafael de Alajuela	1	0	0%
Costa Rica	Puntarenas	Hospital Monseñor Sanabria Martínez	1	0	0%
TOTAL			25	25	28%



ALEP+PC
Alianza Liderazgo en Positivo
y Poblaciones Clave



MLC
MONITOREO
LIDERADO POR LA
COMUNIDAD



ITPC
INTERNATIONAL TREATMENT
PREPAREDNESS COALITION
"Regional Office for Latin American and Caribbean Networks"
ITPC LATCA

MLC 2024

