



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)
PARAGUAY



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
Análisis de resultados	10
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.	18
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	21
V. CONCLUSIONES.....	25
VI. RECOMENDACIONES	28
VII. ANEXOS	31
Anexo A:	31
Indicadores priorizados	31
Anexo B:	32
Indicadores por Objetivo Específico y su resultado en la implementación por país	32
Anexo C:.....	40
Cumplimiento en el levantado de la información: Encuestas a usuarios.....	40
Anexo D:.....	40
Cumplimiento en el levantado de la información: Entrevista Grupales	40
Anexo E:	41
Cumplimiento en el levantado de la información: Encuestas por Centro de Salud	41



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 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.

Cada país contó con un coordinador nacional, equipo de recolectores de datos, un Grupo Consultivo Comunitario -GCC- y un Observatorio Comunitario de Tratamiento (OCT), siguiendo en todo momento los principios de los cuatro cuadrantes clave del MLC: educación, evidencia, participación y promoción (incidencia).

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 en el país, generando propuestas de solución a los problemas identificados ante la necesidad de mejorar el acceso y la calidad de los servicios y atención de tratamiento del VIH. La evidencia fue utilizada, para crear soluciones, acciones y recomendaciones incluidas dentro del plan de mejora presentado en este documento.

La participación y liderazgo comunitario han sido fundamentales para asegurar 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 aumenta en alrededor de 50,000 casos cada año, principalmente entre quienes están más expuestos al riesgo y son más vulnerables. Las acciones de prevención de la transmisión del VIH han sido poco desarrolladas en estos países, y las utilizadas no han sido ampliamente evaluadas.

Desde el inicio de la epidemia en Paraguay en el año 1985, hasta el año 2021 se registraron un total de 25,050 personas con VIH, de las cuales, un 27.8% fueron categorizadas como sida. En el año 2022 se registraron 1,519 nuevos diagnósticos de VIH, el 32.5% categorizados como sida (MSPyAS/PRONASIDA, 2022). Se presenta una tasa de nuevos diagnósticos de VIH de 22.44 por cada 100,000 habitantes, el 34.25% de las personas son diagnosticadas tardíamente y la tasa de mortalidad por sida es de 0.81 por cada 100,000 habitantes (MSPyBS/PRONASIDA, 2020).

La epidemia de VIH en Paraguay se concentra en grupos de mayor riesgo (Hombres que tienen sexo con otros hombres, población trans, trabajadoras sexuales) (MSPyBS, 2020), presentando una epidemia concentrada en determinados grupos poblacionales. En la población general, la prevalencia de infección por el VIH es del 0.5 %. En el 2017, se halló una prevalencia del 23.0% en las mujeres trans y del 1.4% en las mujeres trabajadoras sexuales. En la población HSH la prevalencia de infección por el VIH fue de alrededor del 12 al 20% (MSPyBS/PRONASIDA, 2020) .

Se han logrado avances en materia de adopción de leyes, reglamentos y política pública en general para el abordaje del VIH/sida, y se trabaja en colaboración, Sociedad Civil y autoridades de ciertos programas de prevención, acceso a tratamiento y atención médica para las personas con VIH en los diferentes países, sin embargo, observamos que, a pesar

de los esfuerzos aún persisten brechas significativas en el diagnóstico temprano y la atención oportuna para personas con VIH. Permanecen desafíos que 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 necesario 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, y con el apoyo del Monitoreo liderado por la comunidad (MLC) se identifican deficiencias que han sido documentadas para lograr 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, siguen existiendo brechas importantes en cuanto a la protección en términos de igualdad y no discriminación en los diferentes espacios. 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

El estudio se llevó a cabo en cinco Centros de Salud priorizados, los cuales fueron: Región V-Caaguazú; Región VII-Itapúa; Región X-Alto Paraná; Región XI-Central, y Región XVIII-Capital.

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 el país. 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.

Población y muestra

El estudio se llevó a cabo en cinco Centros de Salud priorizados, los cuales fueron: Región V-Caaguazú; Región VII-Itapúa; Región X-Alto Paraná; Región XI-Central, y Región XVIII-Capital.

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 el país. 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 del país, 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, el país contó con un equipo nacional, apoyado por organizaciones locales, incluyendo dos redes regionales, que facilitaron la coordinación de las actividades en el 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 del 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 Regional para la implementación de Observatorio Comunitario de Tratamiento con énfasis en atención, tratamiento y supresión viral del VIH en Bolivia, Costa Rica, Ecuador y Paraguay", se organizó en tres etapas distintas pero complementarias, para lo cual se contó con 4 Coordinadores Nacionales y 20 recolectores que fueron capacitados para la captura de la información de los indicadores cuantitativos y la conducción de entrevistas grupales cualitativas.

1era. Etapa: Durante esta fase, se realizaron visitas a Centros de Salud donde se obtuvieron los permisos necesarios de las autoridades médicas para la recolección de datos. Sin embargo, en Paraguay no se consiguieron los permisos requeridos, lo que obligó a ajustar la estrategia de recolección respetando las condiciones específicas para las poblaciones clave.

En Paraguay, la identificación de usuarios se realizó de dos maneras. Primero, mediante la promoción del proceso a través de redes sociales y afiches en áreas cercanas a centros médicos específicos, y segundo, con la ayuda de organizaciones que brindan apoyo a las poblaciones clave, quienes también difundieron la información y ayudaron a conectar a los interesados con el equipo de MLC.

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, discusiones que profundizaron 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 Paraguay no se obtuvo el permiso necesario para realizar las encuestas.



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 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 el país. 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 encuestas grupales fueron integrados con los datos obtenidos de las encuestas individuales en 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, 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 a nivel nacional para Paraguay de 278 resultados, esto a través de encuestas a personas usuarias y entrevistas grupales e de las personas usuarias de los diferentes centros priorizados.

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

	Paraguay
Provincias/Región	5
Centros de Salud	5
Personas viviendo con VIH	2,631
PVIH y PCVIH (encuestas individuales y entrevistas grupales)	278
Encuestas a Centros de Salud	0

Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

El detalle específico de los sitios del país y alcance individual se puede observar en los Anexos C (Encuestas), y D (Entrevistas grupales).

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.

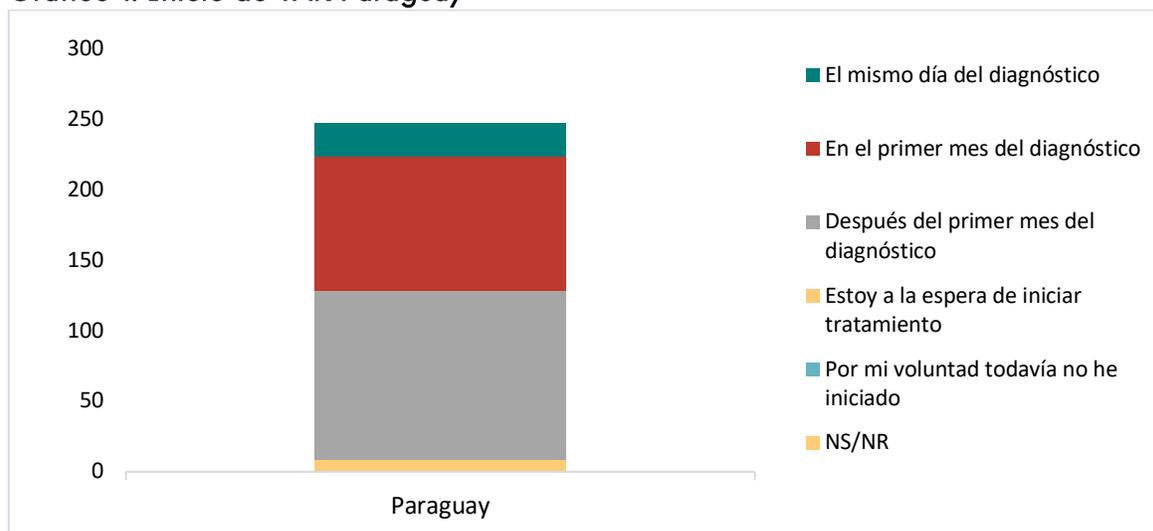
OE1. Analizar la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud para personas con VIH y poblaciones claves de cinco centros de atención en cuatro países.

Como se describe en el Anexo B, para algunos indicadores, responsables de dar respuesta a este objetivo, lamentablemente no se obtuvo información, 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 se dio inicio dentro de los primeros 7 días posterior al diagnóstico, o como mínimo durante el primer mes. Solamente, el 9.6% del total de encuestados indicó haber recibido el TAR el mismo día del diagnóstico, 38.3% indica que se entregó en el transcurso del 1er. mes, quedando una brecha del 52.1% de personas usuarias, que indicaron que la entrega fue posterior al 1er. mes o que aún están a la espera de este. Lo cual se puede observar en la gráfica 1.

Gráfico 1: Inicio de TAR Paraguay



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Con relación a la entrega de acuerdo con la identidad de género, se observa que la mayoría de las personas usuarias que iniciaron el mismo día o el primer mes son hombres y mujeres cisgénero, como se observa en el siguiente gráfico, en el cual porcentajes de inicio el mismo día y primer mes de inicio de TAR para hombres y mujeres cisgénero es del 43.1%.

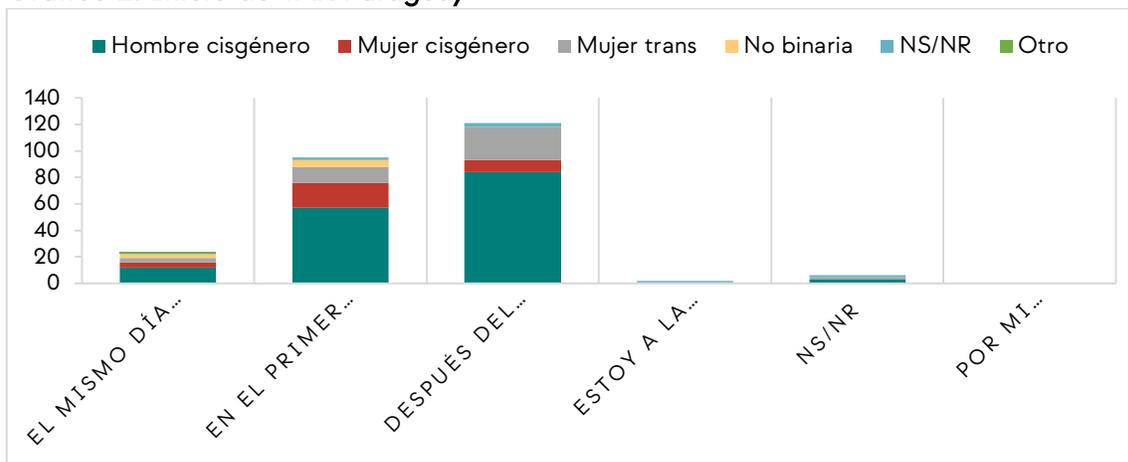
En Paraguay, un 6% de las personas usuarias indicó que se les ha negado la atención. Aunque este porcentaje es relativamente bajo, tiene impacto significativo en la salud y bienestar de los afectados. Un 3% de las personas usuarias reportó haberse ido del Centro de Salud sin recibir los medicamentos necesarios debido a retrasos en el traslado de estos. Esto subraya problemas logísticos que podrían interrumpir la continuidad del tratamiento.

En los GF realizados, se identificó que algunas de las personas usuarias se sienten incomodas con la forma en que reciben su TAR, el personal de farmacia lo hace de una manera "tosca", solo dan las cajas y no dan algún tipo de bolsa para llevarlos.

"...yo considero que es muy tosco la manera en que dan los medicamentos te dan varias cajas así sueltas sin bolsas y si te olvidas de llevar cartera o mochila vete vos"¹

"...entonces la persona me trato como que yo abandoné..., y después vamos a ver si te damos o no tu remedio, se me acerca una persona que me conoce y me dijo que le diga nomas que si a todo"²

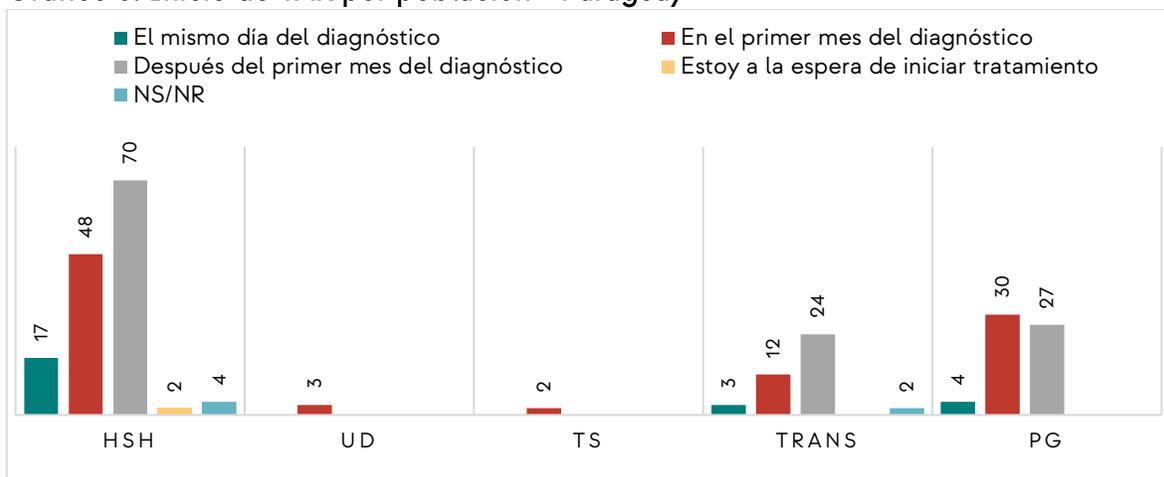
Gráfico 2: Inicio de TAR Paraguay



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Ahora bien, al hacer una revisión del dato desagregado por población clave, observamos un esfuerzo por realizar un inicio rápido de tratamiento, sin embargo, el 52% está iniciando tratamiento posterior al primer mes después del diagnóstico.

Gráfico 3: Inicio de TAR por población - Paraguay³



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

¹ Recuperado de la entrevista grupal noviembre 2023. Grupo focal coronel Oviedo/Caaguazú, Paraguay

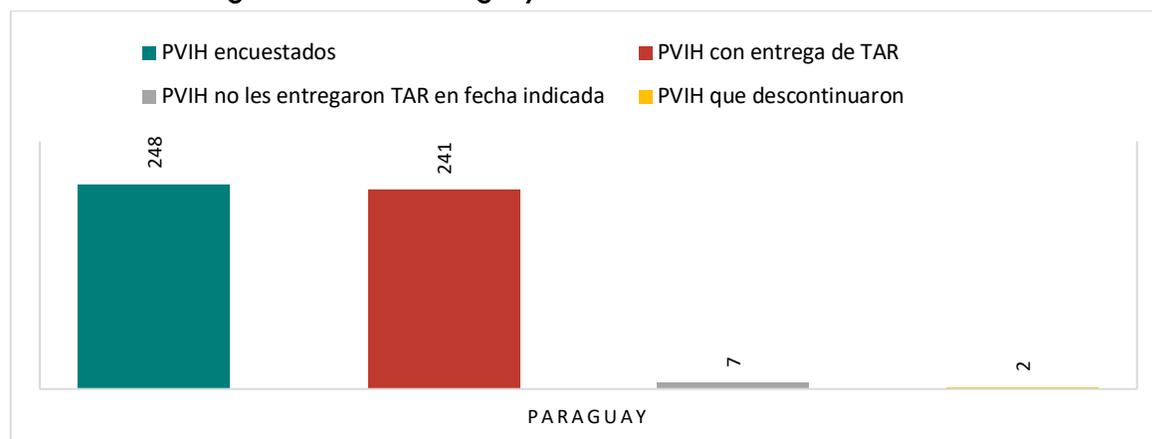
² Recuperado de la entrevista grupal 15/11/23. Grupo focal Ciudad de Encarnación, Paraguay.

³ HSH (Hombres que tienen sexo con Hombres); UD (Usuarios de Drogas); TS (Trabajadores del Sexo); Trans (Personas Trans); PG (Población General)

En el contexto de la **disponibilidad** de atención de la salud para personas con VIH, los datos disponibles revelan varios desafíos en cuanto a la **accesibilidad** y continuidad del tratamiento y el monitoreo. Un 6% de las personas usuarias indicó que se les ha negado la atención. Aunque este porcentaje es relativamente bajo, tiene impacto significativo en la salud y bienestar de los afectados. Estos datos que se ven respaldados con la información obtenida a partir de las entrevistas grupales, en las cuales las personas usuarias indicaron que han tenido desabastecimiento de TARV (Tratamiento Anti Retro Viral), lo que, en algunos casos, llevó a discontinuar el tratamiento en algún momento.

El 2.8% (7/248) indicó que no recibió el TARV prescrito debido a la falta de disponibilidad en bodega o retrasos en el traslado de estos, destacando problemas en la gestión y logística de suministros médicos esenciales; esto subraya problemas logísticos que podrían interrumpir la continuidad del tratamiento, como se observa en la gráfica 4.

Gráfico 4: Entrega de TAR en Paraguay



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Del indicador número y porcentajes de personas con VIH que discontinuaron su tratamiento de ARV en el 2022, el 28.7% de las personas que no recibieron el TARV indicaron haber discontinuado el tratamiento, siendo el 1% del total de personas encuestadas.

Tabla 2: Personas usuarias que discontinuaron TARV

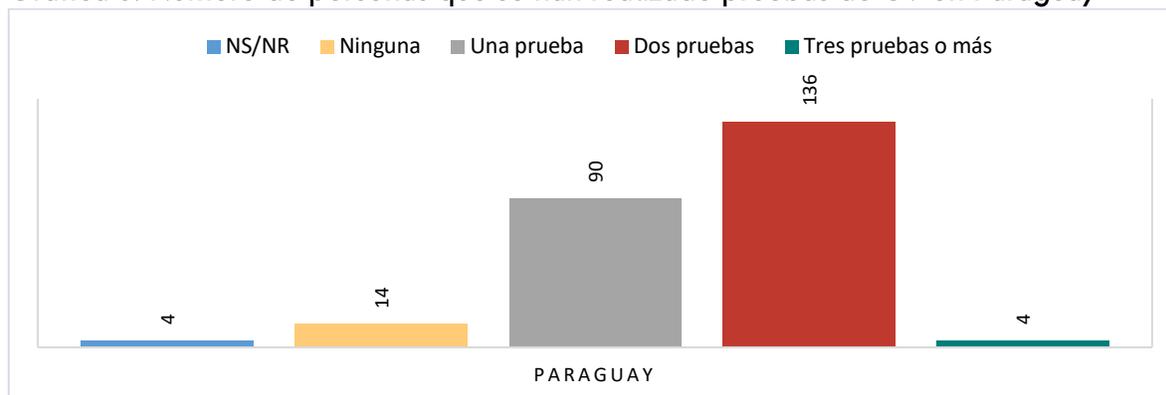
No.	País	%	Personas	Total
4	Paraguay	1%	2	248

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 18 personas usuarias en Paraguay, equivalente al 7.25% de la muestra, no se ha realizado ninguna prueba de CV en el último año. De igual forma, en las entrevistas grupales se manifestó que en algún momento no se ha tenido acceso a la prueba de CV.

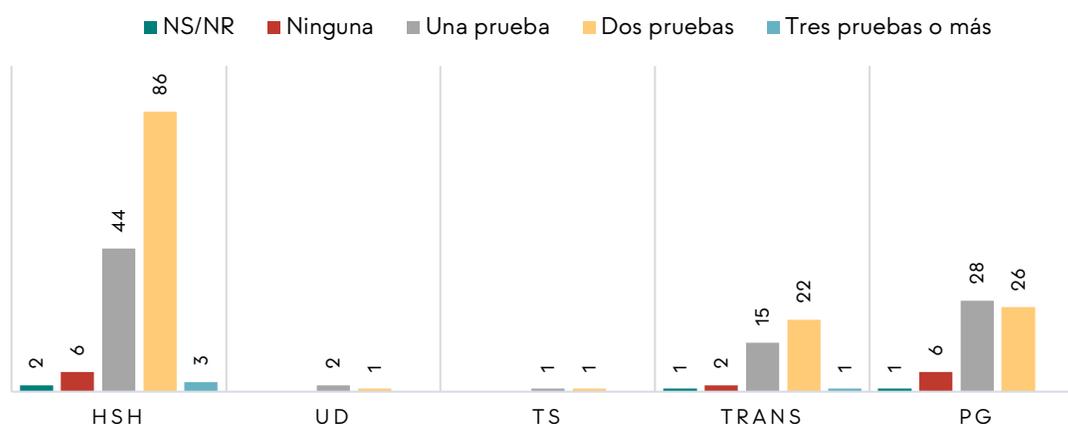
Gráfica 5: Número de personas que se han realizado pruebas de CV en Paraguay



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

El siguiente gráfico nos permite ver estos datos desagregados por población clave, observándose una brecha en la realización de las dos pruebas recomendadas de forma anual

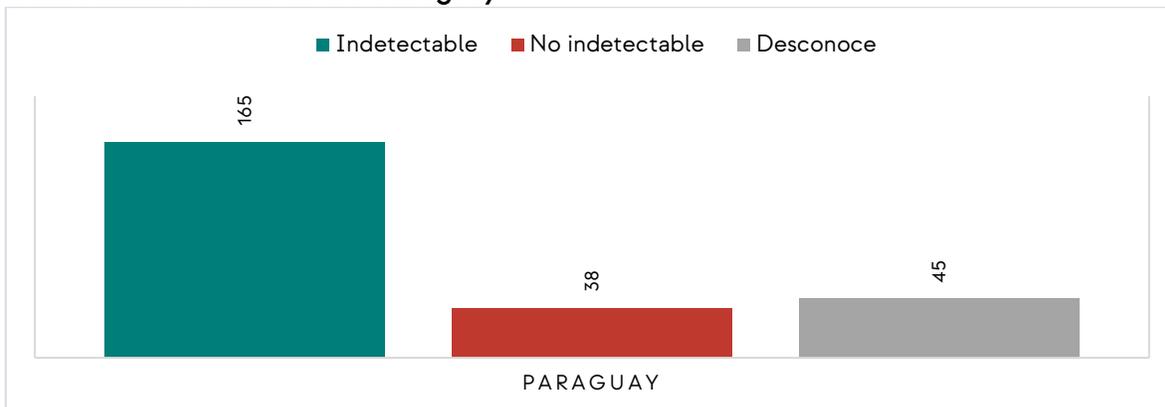
Gráfico 6: No. PVIH pruebas CV - Paraguay



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

En Paraguay solamente el 57% de las personas usuarias se realizó las dos pruebas de CV recomendadas en el último año, lo que sugiere que casi la mitad de los pacientes no está recibiendo el seguimiento adecuado para monitorear y gestionar su estado de salud de manera efectiva.

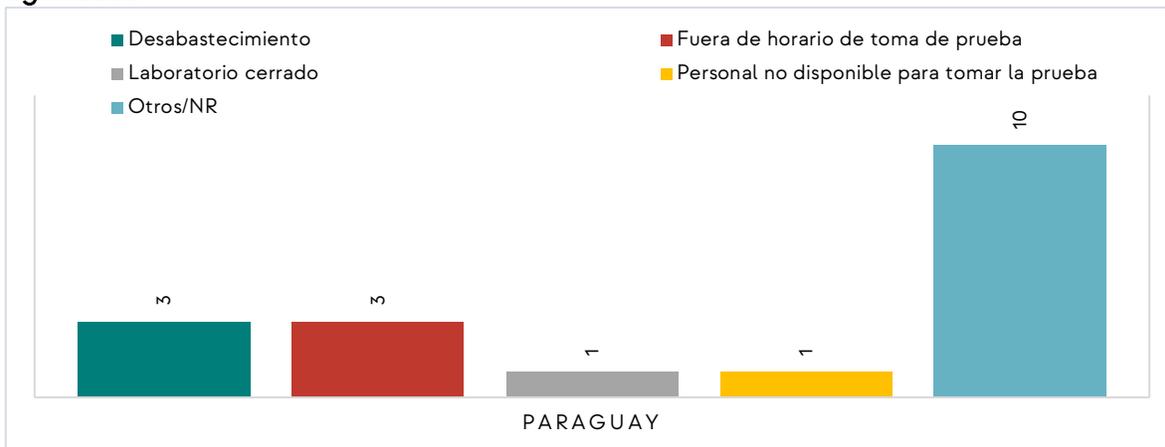
Gráfico7: Resultado de CV Paraguay



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

La indefectibilidad como resultado de la prueba de CV en Paraguay fue baja, solo el 67% de las personas usuarias reportó ser indetectable en su último resultado de carga viral (CV), lo cual está por debajo del objetivo de muchos programas de tratamiento del VIH que aspiran a un porcentaje de indefectibilidad que cumpla con las metas 95-95-95. Es preocupante, especialmente considerando que el 70% de las personas usuarias indetectables pertenece a poblaciones clave, lo que puede indicar desafíos específicos en el manejo efectivo del VIH dentro de estos grupos.

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



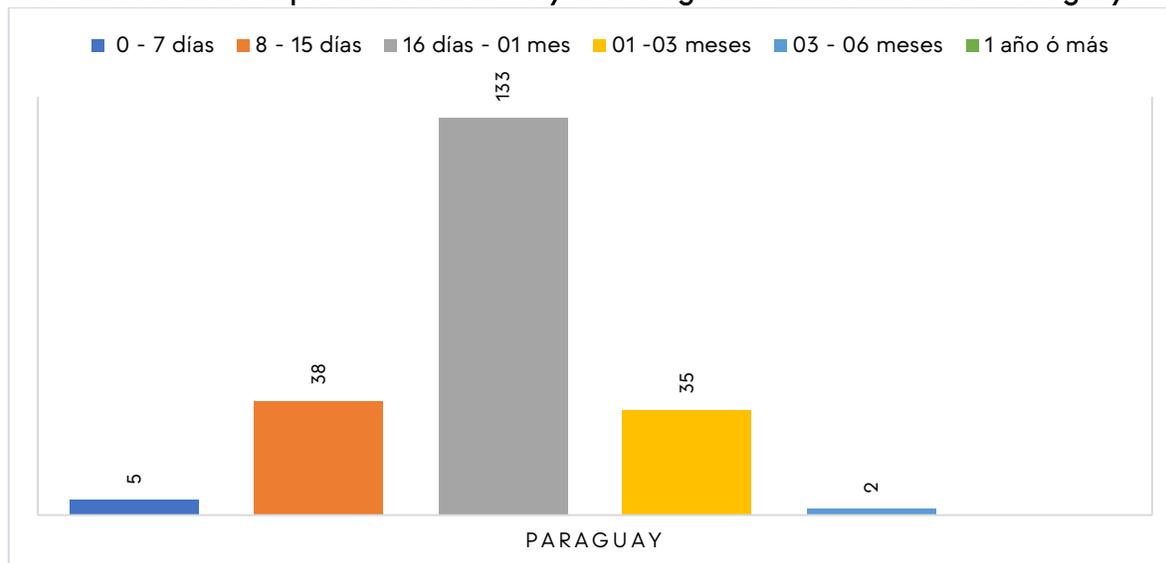
Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

De las personas usuarias que indicaron que sí se les realizó la prueba de CV, al momento de consultarles el periodo de tiempo que llevó en días que les brindaran el resultado de la prueba varía desde una semana hasta más un año, para el caso Paraguay, a mayoría de las personas participantes 70.9% indicó que reciben su resultado en un periodo menor de 1 mes, como se puede observar en el Gráfica 09.

Para el caso de Paraguay, en los GF indicaron las personas usuarias que hubo en ocasiones desabastecimiento de reactivos para CV.

"...la falta de reactivo fue el año pasado en noviembre y este año en febrero empezamos"⁴

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



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Para el caso de Paraguay, en los GF no se identificó que hubiera demora en los tiempos de entrega de los resultados de CV a las personas usuarias. La mayoría coincidía en un promedio de 3 días máximo, incluso un caso en que se le dio el resultado al usuario el mismo día.

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 Paraguay. Asegurar esta disponibilidad y accesibilidad de forma oportuna e ininterrumpida es imperante para el logro del cumplimiento de las metas 95-95-95.

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.*

⁴ Recuperado de la entrevista grupal noviembre 2023. Grupo focal coronel Oviedo/Caaguazú, Paraguay

Monitoreo del acceso a los servicios

La **accesibilidad** a los Centros de Salud (CS) para personas con VIH presenta varios desafíos significativos que impactan directamente en la capacidad de las personas usuarias para recibir atención adecuada y continua. Dentro de las principales barreras, se encuentra el acceso a la información, dado que es pertinente mencionar que en relación a los indicadores que brindan información de este pilar, tales como: Porcentaje de personas que se hicieron la prueba; promedio de espera; atención combinada VIH/TB; inicio de tratamiento de los Centros de Salud; frecuencia de los desabastecimientos; número de pruebas de CV y CD4, y frecuencia de capacitaciones, no se logró obtener información por parte de los Centros de Salud, a causa de no contarse con los permisos respectivos.

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:

Los datos sobre la accesibilidad de los servicios de salud para personas con VIH en Paraguay indican que hay varias barreras significativas que afectan la capacidad de los pacientes para recibir atención adecuada: Un 18% de las personas usuarias sugiere que se debería ofrecer atención durante los fines de semana. Esta medida podría facilitar el acceso a quienes tienen compromisos laborales o personales durante los días hábiles. El 10% de las personas usuarias indica la necesidad de ampliar los horarios de atención durante la noche. Esto también apunta a la necesidad de horarios más flexibles que se adapten mejor a las diversas rutinas y responsabilidades de los pacientes.

Y el 20% de las personas usuarias considera que los horarios actuales de atención son inadecuados, lo que podría estar limitando su capacidad para acceder a los servicios necesarios para un tratamiento efectivo.

En los GF realizados, se identificó que Paraguay no es la excepción en cuanto a las falencias en infraestructura, la cual, según las personas usuarias, tiene espacios muy reducidos en la atención médica, de espera y farmacia. Los espacios de atención en hospitales se mezclan, de tal manera que hay personas de población general y personas que tienen VIH, lo que representa para las personas usuarias incomodidad y riesgo en cuanto a la confidencialidad.

"...en cuanto a Caaguazú ese lugar no da para hacer consejería, entrega de diagnóstico, o arv debemos de hablar despacio para no hacer escuchar a gente, el lugar debe de ser confidencial no pedimos ser apartados de la gente si no que se dé un espacio más seguro"⁵

⁵ Recuperado de la entrevista grupal septiembre 30/11/2023. Grupo focal Asunción, Paraguay

Los espacios tienen poca o nada de iluminación, no hay espacio para tener afiches con información, las sillas son pocas y ya no están en buen estado para su uso. La limpieza de las instalaciones en algunos servicios de salud a veces es buena y otra mala, principalmente las de las áreas de espera y baños.

"...las sillas se caen, están desoldadas, te arrimas y cortas, una vez se me rompió el jean porque se tranco por la silla"⁶

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. Como se indica en la tabla siguiente:

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

Km	Paraguay
01 ó menos	7
02 a 05	49
06 a 10	6
10 a 25	102
25 a 100	48
más de 100	1

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 8.9% invierte dos horas o más. La mayoría (56.8%) de las personas encuestadas indica que les toma de 15 a 60 minutos aproximadamente, y un 7.6% indica que le toma entre una a dos horas llegar al Centro de Salud.

Tabla 4: Tiempo promedio para llegar al Centro de Salud

Tiempo promedio para llegar al Centro de Salud (minutos)	Paraguay
01 a 05	10
06 a 15	42
15 a 60	141
61 a 120	19
121 en adelante	3

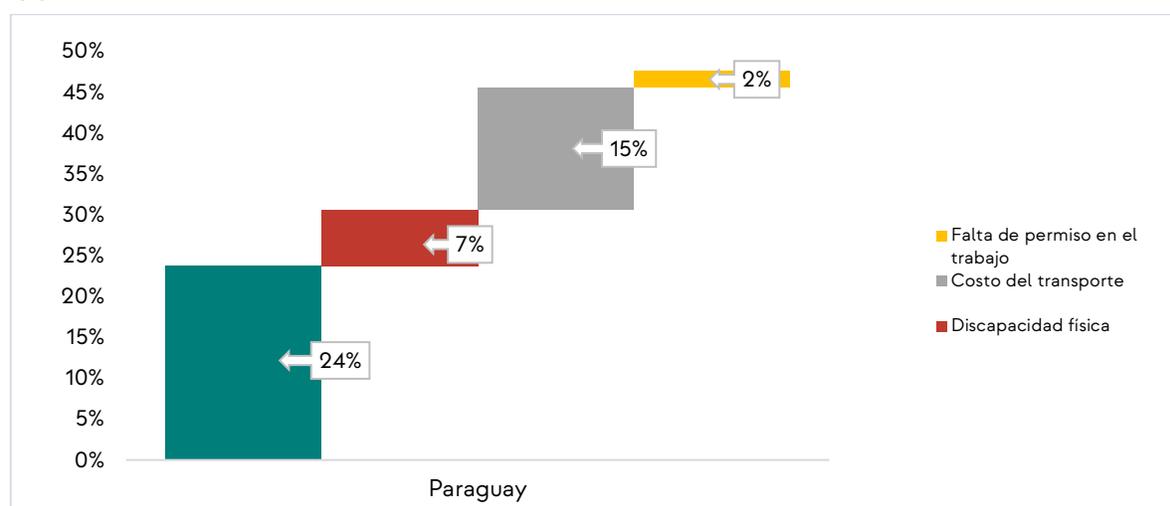
Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

⁶ Recuperado de la entrevista grupal septiembre noviembre 2023. Grupo focal coronel Oviedo/Caaguazú, Paraguay

Asimismo, reportaron tener otras dificultades adicionales a la distancia o el tiempo invertido para acercarse al Centro de Salud. Estos datos resaltan problemas significativos en la logística y accesibilidad física a los servicios médicos, lo que puede disuadir a los pacientes de mantener un seguimiento regular y efectivo de su tratamiento.

En Paraguay, existen también dificultades para llegar a las citas, más de la mitad de las personas usuarias (51%) reporta tener dificultades para llegar a sus citas, siendo el costo del transporte y los conflictos con horarios laborales algunas de las causas principales, además de la incapacidad y otros motivos no especificados. Esto resalta problemas significativos de accesibilidad física y económica a los servicios de salud.

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 acercamiento o descentralización de 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.

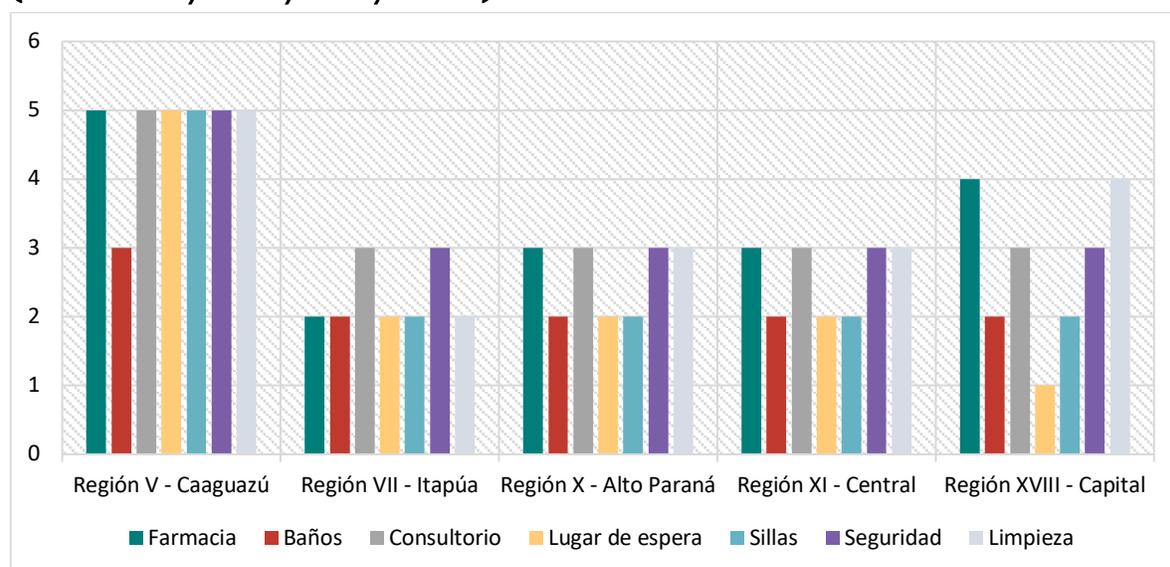
OE3. Establecer la calidad de la prestación de servicios para mejorar la disponibilidad, atención y tratamiento para personas con VIH y poblaciones clave en cinco centros de atención del país

En términos de calidad de los servicios, desagregados por área, y ciertos aspectos, podemos observar, que en su mayoría se obtuvieron puntajes intermedios, siendo "regular la calificación. Exceptuándose en los baños, en donde se obtuvo calificaciones de regular

a malo. 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. 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.

Las puntuaciones específicas brindadas por Centro de Salud y área se observan en el siguiente gráfico:

Gráfica 11: Calidad del Centro de Salud con respecto a los aspectos descritos (Siendo 1 muy mala y 5 muy bueno)



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

En Paraguay los datos sobre la **calidad** de los servicios de salud para personas con VIH muestran ciertos aspectos que requieren atención para mejorar la experiencia general y los resultados de salud de los pacientes:

Tiempo de espera: Un tiempo de espera promedio de 45 minutos para recibir atención puede ser percibido como razonable en muchos contextos de salud, aunque optimizar este tiempo podría mejorar la eficiencia del servicio y la satisfacción del paciente.

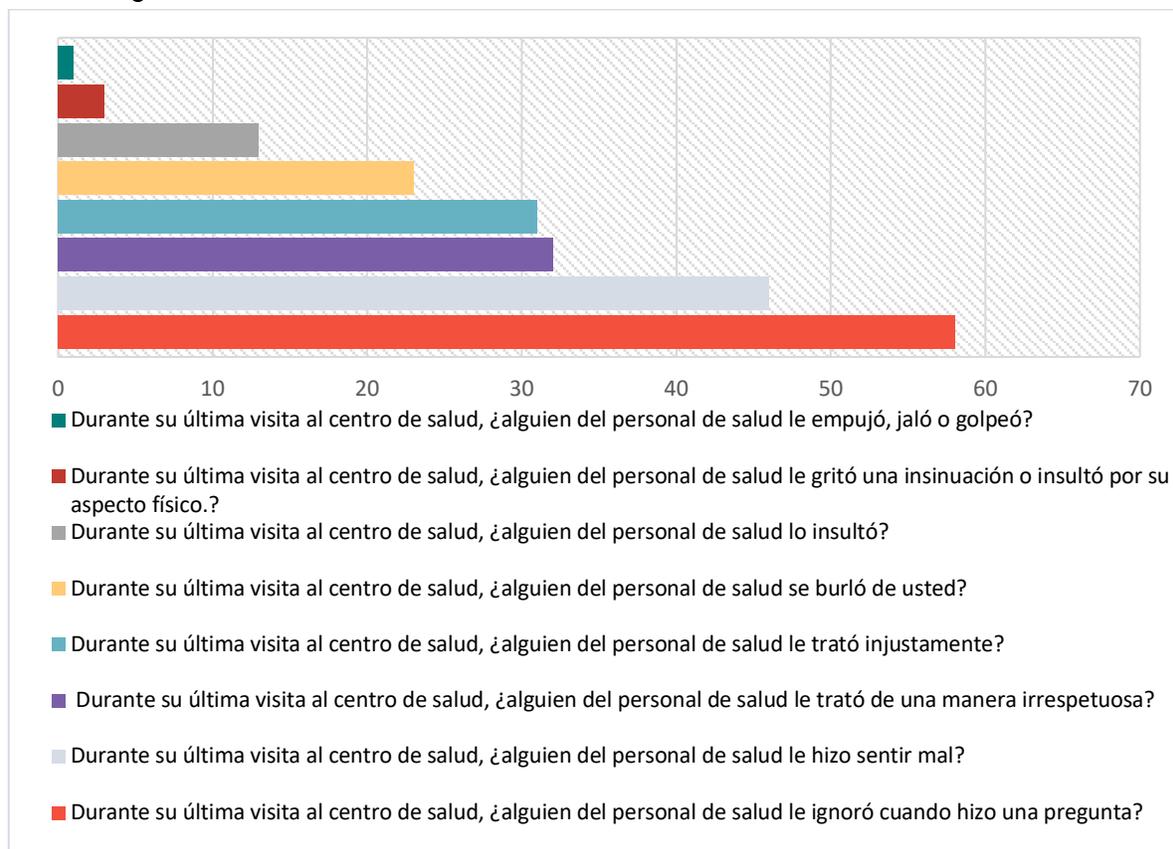
- **Percepción del servicio:** La percepción promedio del servicio en términos de limpieza, calidad de las sillas, lugar de espera, consultorio y baños fue evaluada como regular, y ningún espacio fue considerado en condiciones óptimas para la

atención. Esto indica la necesidad de mejoras en las instalaciones para crear un entorno más acogedor y confortable para los pacientes.

- **Privacidad:** El 12% de las personas usuarias reportó una falta de privacidad durante la atención, lo cual es una preocupación significativa en el contexto de una enfermedad que puede estar asociada con estigma y discriminación.

En términos de estigma y/o discriminación, como se observa en el gráfica 12, las personas usuarias de todos los países encuestados han referido situaciones en las cuales se han sentido agredidos o tratados con falta de respeto.

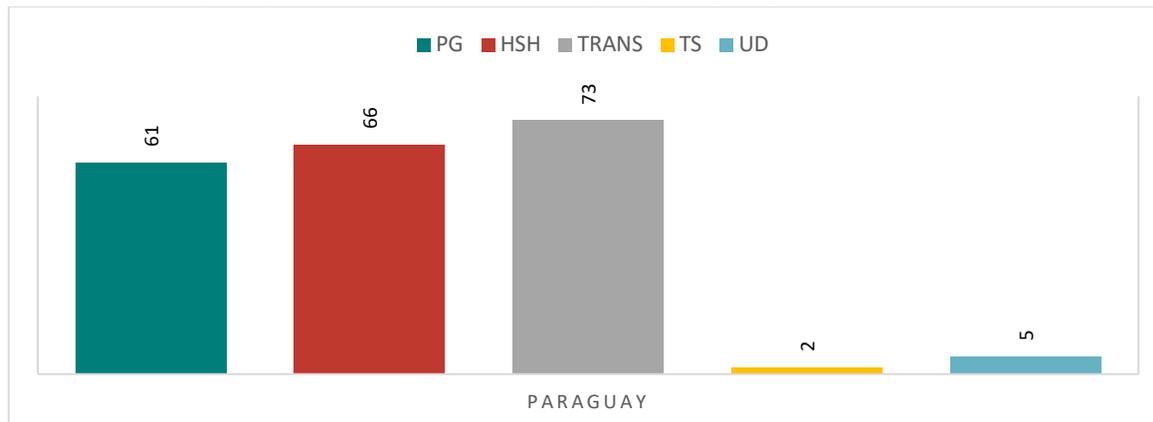
Gráfico 12: Si durante su última visita al Centro de Salud, alguien del personal de salud realizó alguna de las acciones descritas



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Observamos en el país 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 clave



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

En Paraguay los datos sobre la **aceptabilidad** de los servicios de salud para personas con VIH revelan preocupaciones significativas respecto al trato que reciben los pacientes en los Centros de Salud. Estos problemas pueden impactar negativamente la calidad del cuidado, así como la disposición de los pacientes a continuar con sus tratamientos y asistir a futuras citas médicas.

- **Trato injusto e irrespetuoso:** Un 13% de las personas usuarias reportó haber recibido un trato injusto, y un porcentaje igual mencionó haber recibido un trato irrespetuoso. Estas cifras son preocupantes y sugieren la existencia de problemas en la forma en que se manejan las interacciones con los pacientes.
- **Sensación de malestar:** El 20% de las personas usuarias indicó que les hicieron sentir mal durante su visita, lo que puede reflejar una falta de sensibilidad o entrenamiento adecuado del personal en el manejo de interacciones con pacientes en un contexto vulnerable.
- **Discriminación:** Un 11% de las personas usuarias reportó haber sufrido discriminación en el Centro de Salud, lo que es especialmente problemático en un entorno que debería ser seguro y acogedor para todos los pacientes, independientemente de su estado de salud o pertenencia a grupos de poblaciones clave.
- **Falta de mecanismos de quejas:** La ausencia de un sistema conocido para recoger quejas o comentarios dentro del Centro de Salud es un gran vacío, ya que impide que los pacientes expresen sus preocupaciones o reporten malos tratos de manera formal. Esto puede limitar la capacidad de la administración para abordar y resolver problemas relacionados con la calidad de la atención y el trato al paciente.

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 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 52.1% 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 2.8% (7/248) 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 2 (1%) 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 la región en la cual el 67% de los encuestados indicó ser indetectable, presentando una brecha del 33% que aún no logra la supresión viral. Es importante mencionar que del total de personas encuestadas solamente el 1% suspendió su tratamiento por no recibir sus medicamentos por lo que es necesario obtener más información que permita determinar las causas de la brecha (21.1%) 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 que en Paraguay 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 51% 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 del país 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 la entrega del TAR sea por el médico
- Contar con el servicio de odontología y psicología
- Contar con personal que de asesoría jurídica
- Contar con personal de trabajo social
- Descentralizar los servicios
- Que el personal cumpla con sus horarios para optimizar los tiempos de atención
- Mejorar los tiempos de atención, que sean más expeditos

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

- Contar con consultorios más amplios y más privados
- Que las áreas de consejería sean más amplias y privadas
- Mejorar la limpieza de todas las áreas y en especial los baños
- Que los baños cuenten con insumos para su adecuado uso
- Que el personal que da la atención sea diverso, que sean pares
- Contar con el servicio de odontología y psicología
- Contar con personal que de asesoría jurídica
- Contar con personal de trabajo social
- Tener servicios de salud brindados por la comunidad
- Que el personal cumpla con sus horarios para optimizar los tiempos de atención
- Mejorar los tiempos de atención, que sean más expeditos

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 Región.

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

- Que el personal que da la atención sea diverso, que sean pares
- Capacitar al personal para tener un trato sin estigma y discriminación

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.⁷

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
Paraguay	SR ⁸	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
Paraguay	SR	No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

⁷ Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Guía para diseño, construcción e interpretación de indicadores, p. 13.

⁸ Sin resultado

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
Paraguay		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
Paraguay	SR	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
Paraguay	SR	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
Paraguay	ENC. USM	1%	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	

Personas usuarias que descontinuaron TARV

No.	País	%	Personas	Total
4	Paraguay	1%	2	248

Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

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
Paraguay	ENC. USM	92%	No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.
	ENC. CM	SR	

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.

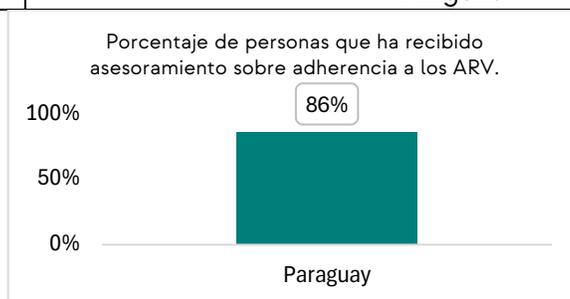
La fuente de información establecida para este indicador es “Encuesta a Usuarios en centros médicos y encuesta en Centros de Salud”.

País	Resultado	Observación
Paraguay	SR	No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

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”.

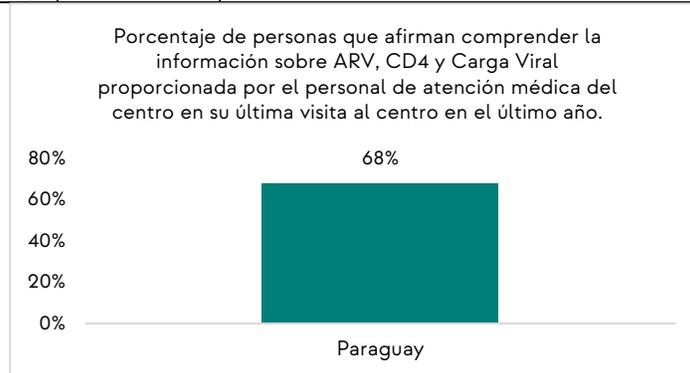
País	Resultado	Observación
Paraguay	86%	Ninguna



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”.

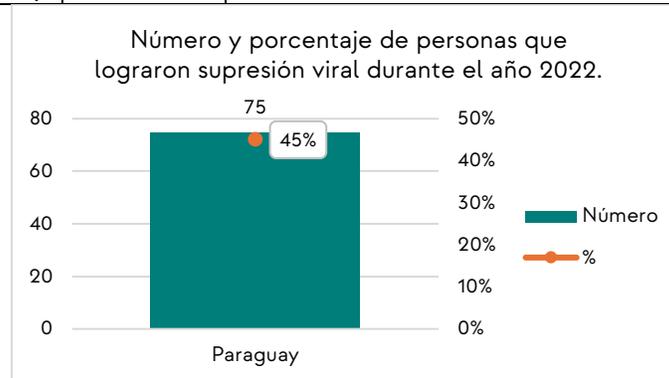
País	Resultado	Observación
Paraguay	68%	Obtenido de la encuesta a usuarios



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
Paraguay	45%	Obtenido de la encuesta a usuarios



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
Paraguay	N/D	No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

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
Paraguay		No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

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.”

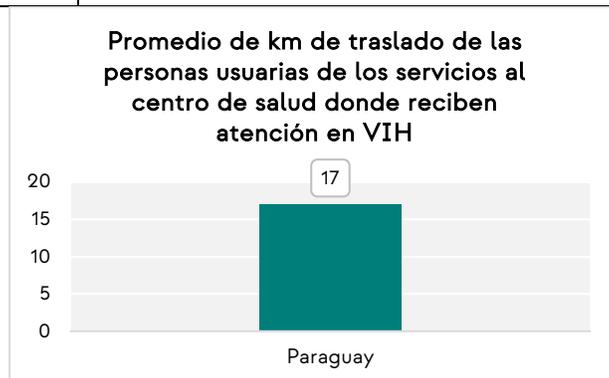
País	Resultado	Observación
Paraguay		No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

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
Paraguay	17	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.

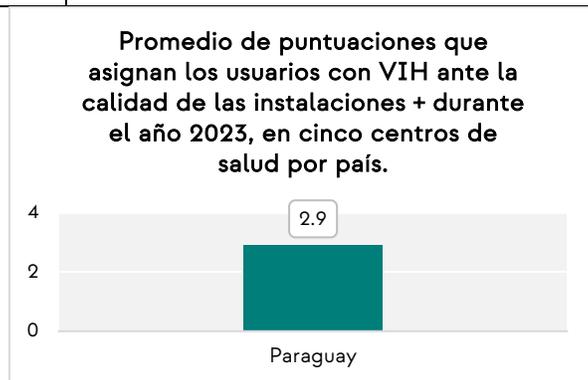
La fuente de información establecida para este indicador son la **encuesta con usuario en Centros de Salud.**

País	Resultado	Observación
Paraguay	1 hora	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
Paraguay	2.9	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
Paraguay	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
Paraguay	SR	No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

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
Paraguay	SR	No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

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
Paraguay	SR	No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

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
Paraguay	SR	No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

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

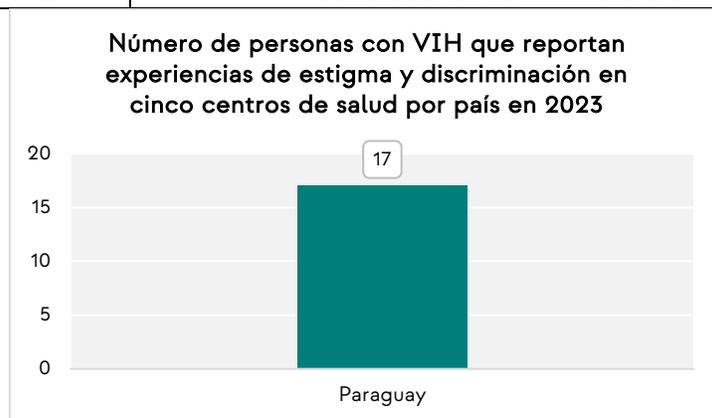
La fuente de información establecida para este indicador son la **encuesta en Centros de Salud** y la **encuesta con usuario en Centros de Salud**.

País	Resultado	Observación
Paraguay	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**.

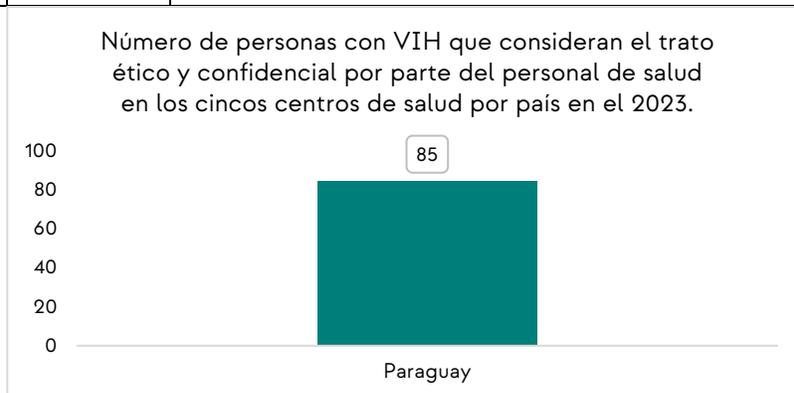
País	Resultado	Observación
Paraguay	17	Obtenido de la encuesta a usuarios



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
Paraguay	85	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
Paraguay	Caaguazú	Región V - Caaguazú	24	24	Paraguay
Paraguay	Itapúa	Región VII - Itapúa	37	37	Paraguay
Paraguay	Alto Paraná	Región X - Alto Paraná	80	80	Paraguay
Paraguay	Central	Región XI - Central	45	45	Paraguay
Paraguay	Capital	Región XVIII - Capital	62	62	Paraguay
TOTAL			248	248	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
Paraguay	Caaguazú	Región V - Caaguazú	1	1	100%
Paraguay	Itapúa	Región VII - Itapúa	1	1	100%
Paraguay	Alto Paraná	Región X - Alto Paraná	1	1	100%
Paraguay	Central	Región XI - Central	1	1	100%
Paraguay	Capital	Región XVIII - Capital	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
Paraguay	Caaguazú	Región V - Caaguazú	1	0	0%
Paraguay	Itapúa	Región VII - Itapúa	1	0	0%
Paraguay	Alto Paraná	Región X - Alto Paraná	1	0	0%
Paraguay	Central	Región XI - Central	1	0	0%
Paraguay	Capital	Región XVIII - Capital	1	0	0%
TOTAL			5	0	0%



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

