



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 FINAL DE PRIMER CICLO

MONITOREO LIDERADO POR LA COMUNIDA
(MLC)



Mayo, 2024

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	2
II. CONTEXTO	3
III. METODOLOGÍA	5
Diseño de la Encuesta	5
Población y muestra	5
Planteamiento Técnico del Estudio.....	6
Recolección de información.....	7
Indicadores del MLC y sus objetivos.....	8
Pilares de MLC para el monitoreo de la atención del VIH.....	9
IV. HALLAZGOS	11
Alcance de la recolección de la información	11
<i>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.</i>	<i>11</i>
<i>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.....</i>	<i>27</i>
<i>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</i>	<i>34</i>
V. CONCLUSIONES	48
VII. RECOMENDACIONES.....	51
VIII. ANEXOS	57
Anexo A: Indicadores priorizados.....	57
Anexo B: Indicadores por Objetivo Específico y su resultado en la implementación por país	58
Anexo C: Cumplimiento en el levantado de la información: Encuestas a personas usuarias	86
Anexo D: Cumplimiento en el levantado de la información: Entrevista Grupales	87
Anexo E: Cumplimiento en el levantado de la información: Encuestas por centro de salud.....	88



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.

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 con cada uno de los países, 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.

De acuerdo con los datos globales de ONUSIDA, la tasa de prevalencia del VIH en Bolivia ha incrementado de 0.1% en edades entre 15-49 durante la década de los 90s; a 0.2% a principios de los 2000; y a 0.3% para el primer trimestre de 2019.

"La caracterización epidemiológica del VIH, muestra una epidemia concentrada en poblaciones clave, principalmente gay, bisexual, otros hombres que tienen sexo con hombres (GB-HSH) y mujeres transgénero (trans), con prevalencias del orden del 20% en la población GB-HSH y 23% en la población trans, para el año 2017" (Bolivia, 2021)

En Costa Rica para el año 2020, se registró un acumulado de 16,000 personas viviendo con VIH, de las cuales 9,100 fueron identificadas como masculino y 6,300 como femeninas. El Ministerio de Salud indica que en el 2023 se registraron 816 casos nuevos de VIH-sida en el país, de estos 686 corresponden a hombres y 130 a mujeres, comprendidos principalmente entre los 25 y 29 años.

En Ecuador para el 2022, se contaba con 5,142 casos, se tiene una epidemia concentrada en HSH con una prevalencia del 10.19 %, personas que ejercen el trabajo sexual 1.04%, personas privadas de libertad 1.3% y en mujeres trans con una prevalencia del 18.17 % (ONUSIDA, 2021) .

Paraguay presenta una epidemia concentrada en determinados grupos poblacionales. Para el año 2019, el 56.5 % de nuevos diagnósticos ocurrieron en la población general, seguido del 33.0% HSH. El resto de los grupos ordenado de mayor a menor número de nuevos diagnósticos incluyen: mujeres embarazadas, personas privadas de su libertad (PPL), mujeres trans, usuarios de drogas, indígenas, mujeres trabajadoras sexuales y militares. (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, 2024)

Se ha avanzado 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.

Con base en la información presentada, 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, sin embargo, a partir del Monitoreo liderado por la comunidad (MLC) se identifican deficiencias que han sido documentadas, como la falta de personal capacitado (en todos los niveles personal médico, técnico, administrativo, operativo) 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, 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. 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 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 usuarias 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 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 en Bolivia y Ecuador, donde se obtuvieron los permisos necesarios de las autoridades médicas para la recolección de datos. Sin embargo, en Costa Rica y 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 Costa Rica, se identificó a personas usuarias de los servicios de atención del VIH a través de organizaciones que trabajan y brindan apoyo a las poblaciones clave en varios centros médicos. Estas organizaciones ayudaron a difundir información sobre el proceso y facilitaron la conexión de los interesados con los recolectores de MLC, proporcionando espacios seguros para las entrevistas.

En Paraguay, la identificación de personas usuarias 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, esta etapa solo se completó en Bolivia, logrando obtener datos de los cinco centros médicos. En Ecuador, la información se recopiló de dos centros médicos, mientras que en Costa Rica y 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.

El proceso de análisis de los indicadores asociados a cada objetivo reveló la necesidad de revisar elementos del indicador, como el nombre y la definición. También se identificó la importancia de agregar elementos básicos, tales como una definición clara del indicador, la determinación de la fórmula y las variables que lo componen, así como las fuentes de información específicas para la recolección (incluyendo registros en centros médicos y documentos presupuestales de ministerios, entre otros). Este análisis permitió no solo identificar características faltantes, sino también reconocer aquellos indicadores que necesitan ser reformulados debido a la falta de claridad o a la ausencia de información específica registrada en los centros de salud que permita generar datos de avance (Anexo B).

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 los diversos países. 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.

Con respecto al levantamiento de información de los centros médicos a través de una encuesta para personal de los servicios de atención médica, se buscaba alcanzar 50 encuestas y solo se lograron 7, equivalentes al 28%.

IV. HALLAZGOS

Alcance de la recolección de la información

El levantado de información del primer ciclo del MLC obtuvo una recolección a nivel regional para los países de Bolivia, Costa Rica, Ecuador y Paraguay de alrededor de 1,100 resultados, esto a través de encuestas a personas usuarias, entrevistas grupales e información brindada por personal de salud en los diferentes centros priorizados.

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

	Bolivia	Costa Rica	Ecuador	Paraguay
Provincias/Región	5	3	4	5
Centros de Salud	5	5	5	5
Personas viviendo con VIH	3,665	894	2,809	2,631
PVIH y PCVIH (encuestas individuales y entrevistas grupales)	303	259	288	278
Encuestas a centros de salud	5	0	2	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), D (Entrevistas grupales) y D (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.

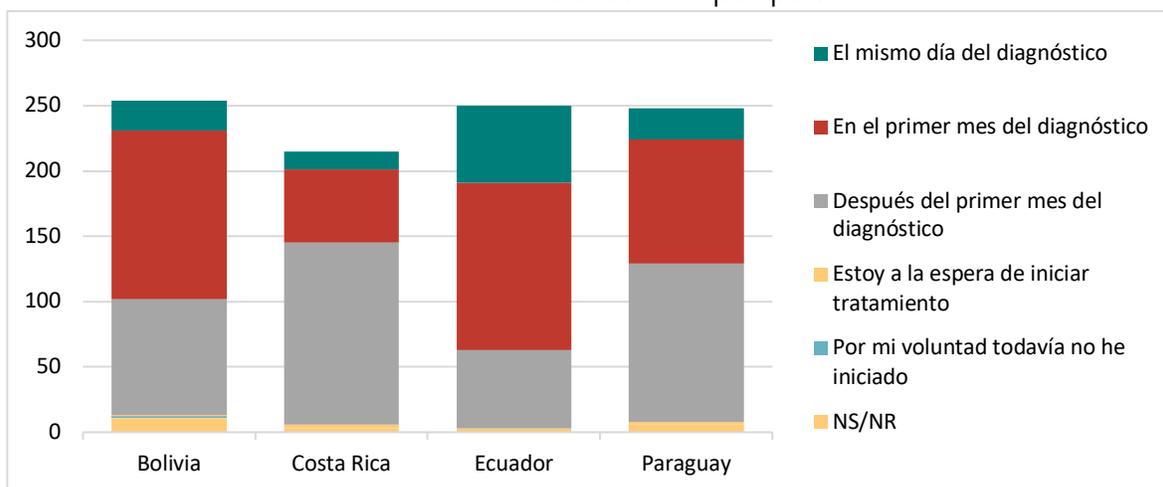
Como se describe en el Anexo B, para algunos indicadores, responsables de dar respuesta a este objetivo, lamentablemente no se obtuvo información, sin embargo,

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, a nivel regional 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 12.4% del total de encuestados indicó haber recibido el TAR el mismo día del diagnóstico, siendo Ecuador con un 23.6% quien lidera la entrega oportuna. El 42.2% indica que se entregó en el transcurso del 1er. mes, quedando una brecha del 45.41% 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 el gráfico 1.

Gráfico 1: Inicio de TAR por país



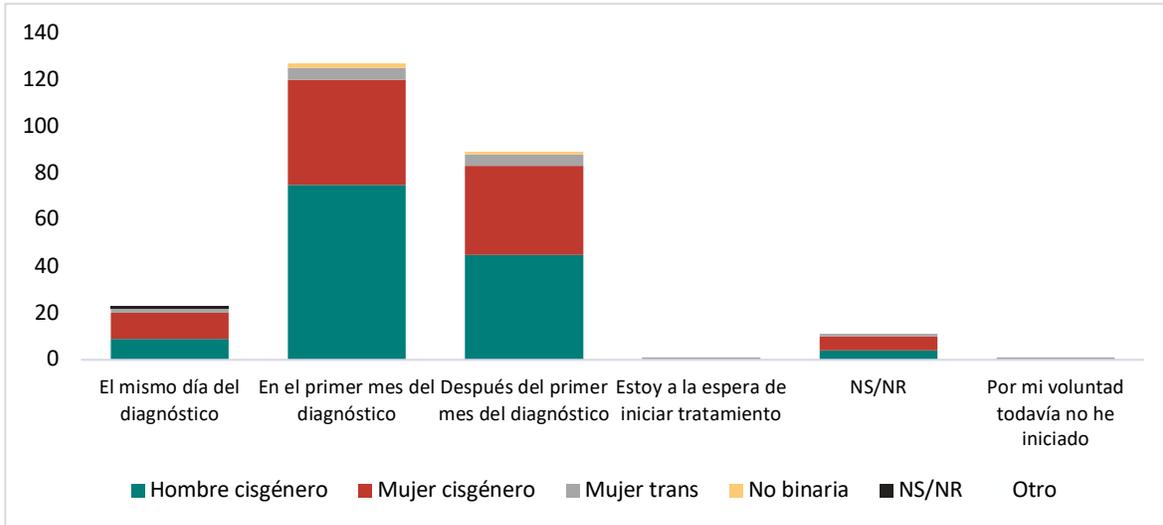
Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Al desagregar estos datos por país y género, observamos que la mayoría de los que inician el mismo día o el primer mes en Bolivia son hombres y mujeres cisgénero con un 55%.

Existe un número importante de personas que no inician TAR de forma inmediata (después de un mes del diagnóstico) y que durante los Grupos Focales (GF) se identificó que el inicio de TAR sucede cuando la persona cuenta con todos sus exámenes basales que incluyen CD4 y CV, pero esto a su vez se encuentra condicionado al hecho que la persona cuente con seguro médico, como es el caso de algunos países como Costa Rica. Adicional, hay ocasiones en que la persona debe de ir a a más de un laboratorio, pues hay escasos de reactivos o pruebas, lo que es determinante para que las personas inicien su tratamiento de forma oportuna.

“...hay casos de algunos pacientitos que se hacen la mitad en un laboratorio como tienen reactivos para una mitad a otro laboratorio, entonces es una ida y venida y este proceso puede tardar prácticamente casi unas tres semanas a un mes.”¹

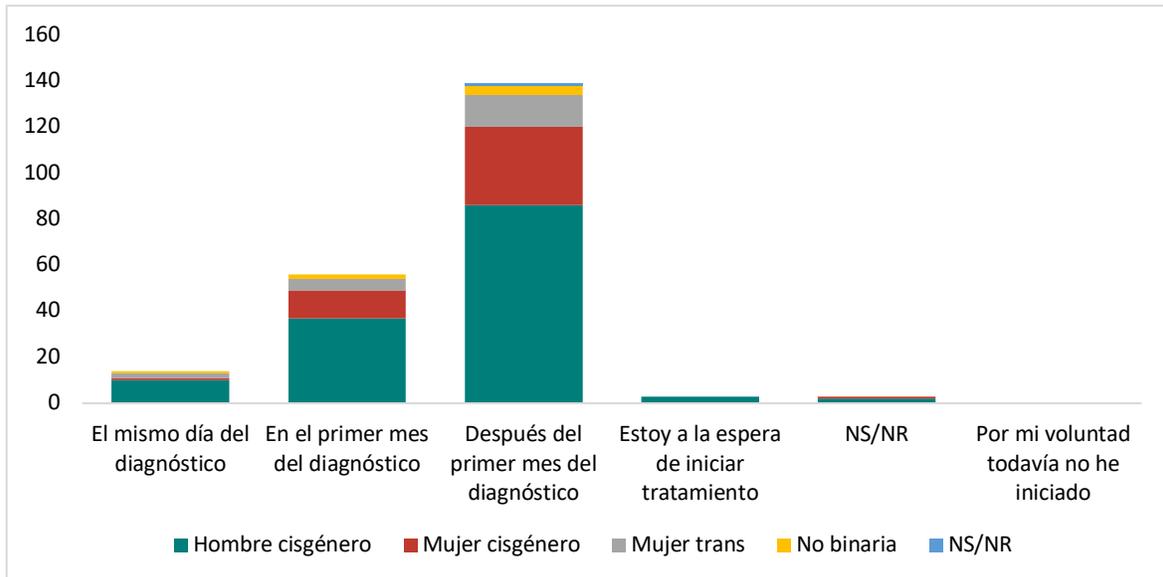
Gráfico 2: Inicio de TAR Bolivia



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Situación similar en Costa Rica, con un 28%. Predominando la entrega en hombres.

Gráfico 3: Inicio de TAR Costa Rica

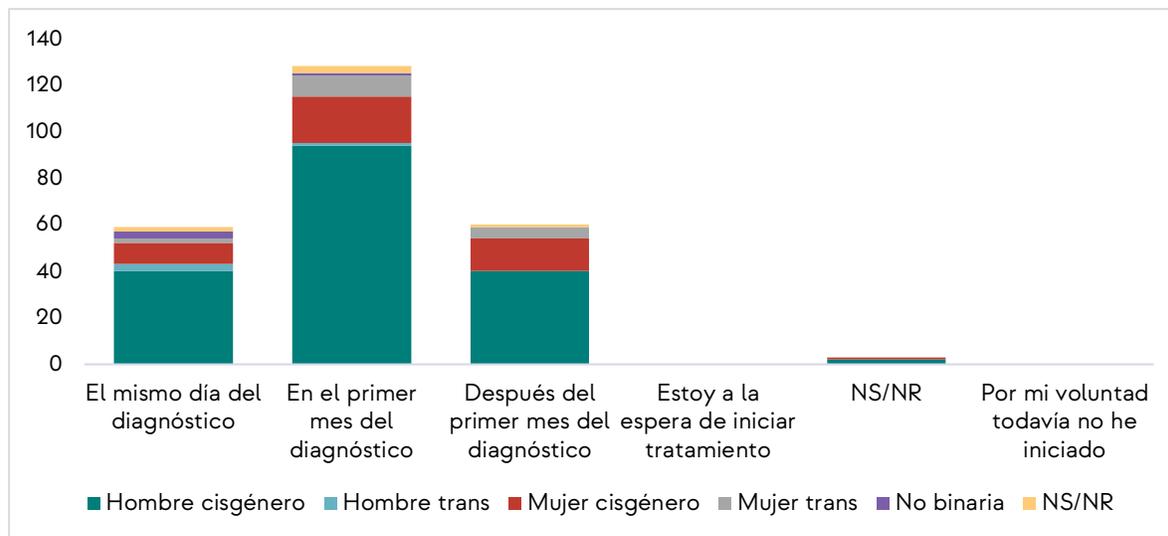


Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

¹ Recuperado de la entrevista grupal día 10/11/2023. CDVIR Cochabamba, Bolivia.

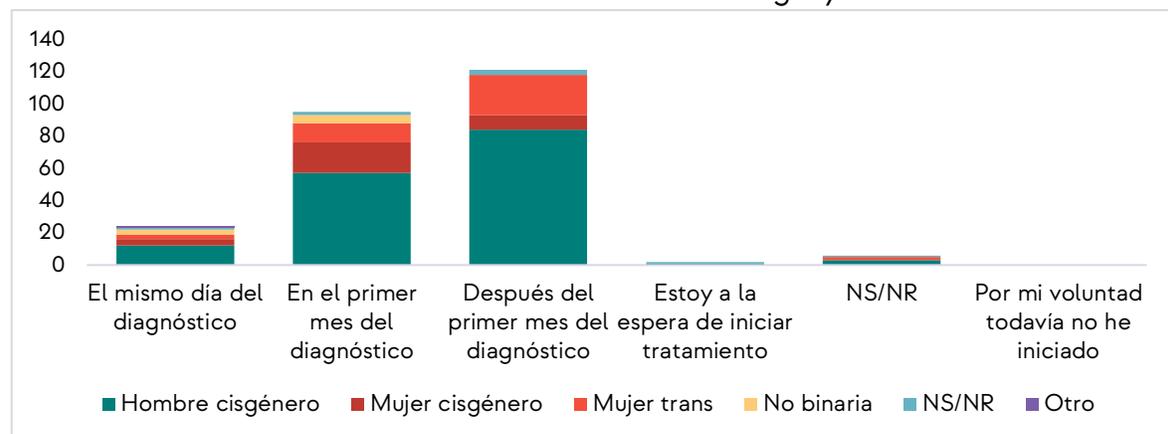
Ecuador y Paraguay con porcentajes de inicio el mismo día y primer mes de inicio de TAR para hombres y mujeres cisgénero del 66.7% y 43.1% respectivamente. Como se observa en gráficos a continuación:

Gráfico 4: Inicio de TAR Ecuador



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

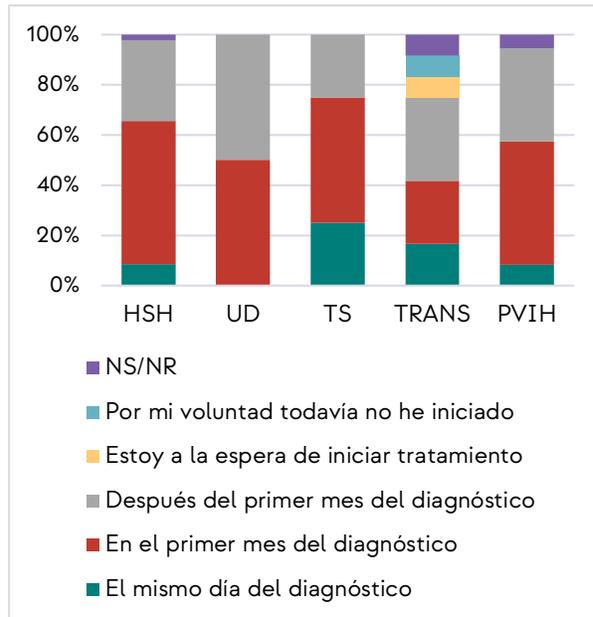
Gráfico 5: Inicio de TAR Paraguay



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

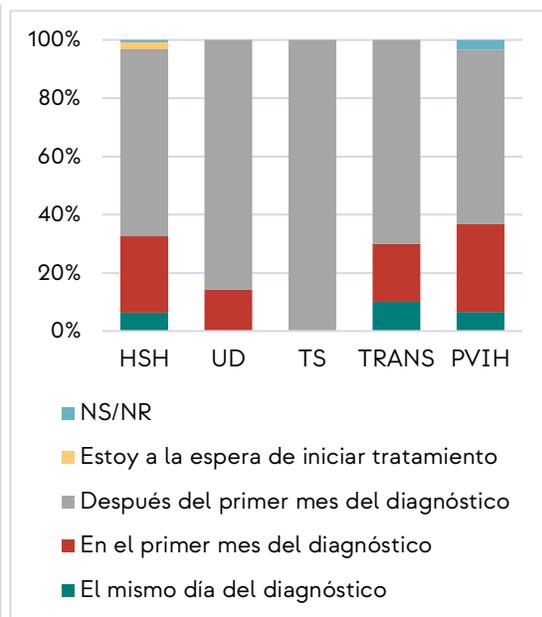
Al desagregar esta información por población clave, observamos que en Costa Rica se está iniciando en su mayoría posterior al 1er. mes del diagnóstico, sin embargo, en Bolivia, Ecuador y Paraguay el inicio de TAR se da desde el primer día del diagnóstico o en el primer mes.

Gráfico 6: Inicio de TAR por población - Bolivia



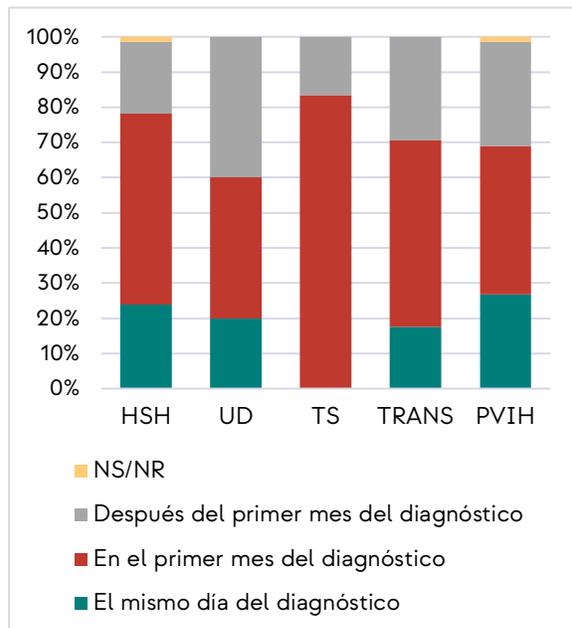
Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Gráfico 7: Inicio de TAR por población - Costa Rica



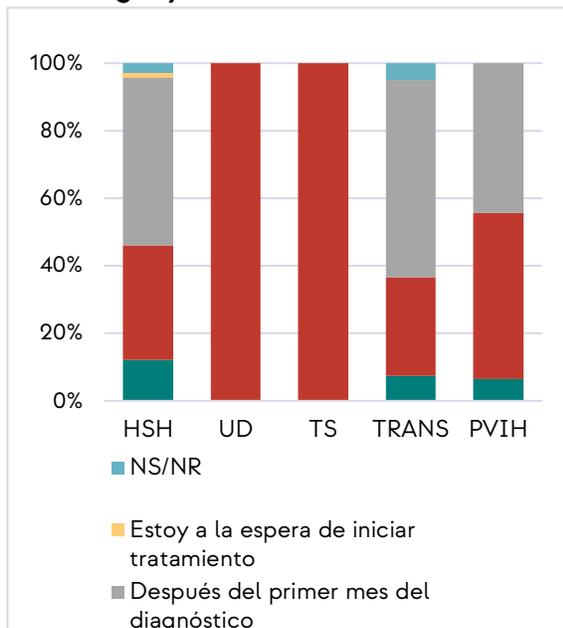
En Bolivia se observa que el inicio de TAR se da de forma igual dentro de todas las poblaciones, siendo la población Trans quien tiene una menor entrega oportuna del TAR.

Gráfico 8: Inicio de TAR por población - Ecuador



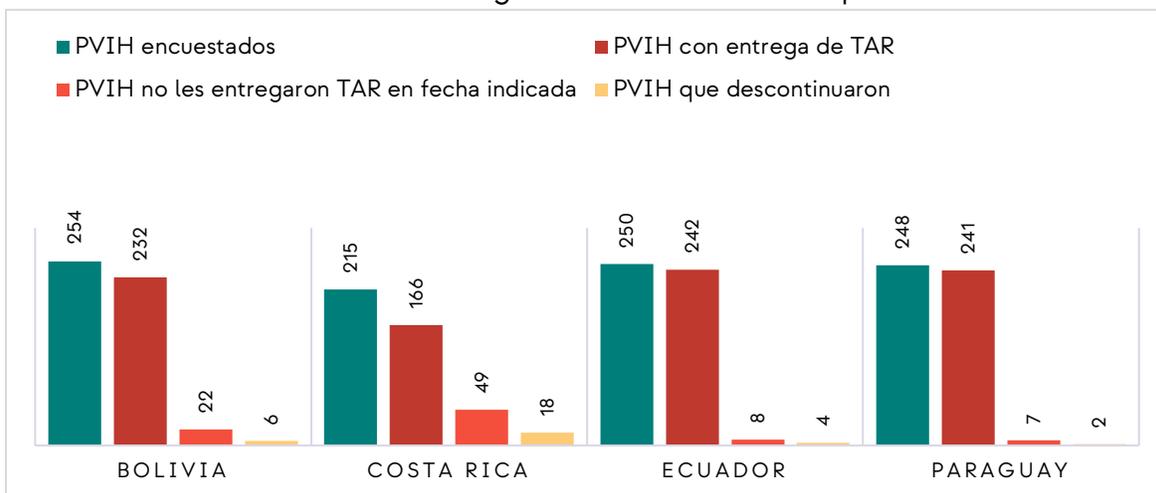
Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Gráfico 9: Inicio de TAR por población - Paraguay



En el contexto de la **disponibilidad** de atención de la salud para personas con VIH para los cuatro países priorizados, los datos disponibles revelan varios desafíos en cuanto a la **accesibilidad** y continuidad del tratamiento y el monitoreo. 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, como se observa en la gráfica 10.

Gráfica 10: Entrega de TAR en los cuatro países



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

En Bolivia un 2% de las personas usuarias encuestados reportó haber enfrentado negativas de atención en los centros de salud, un indicativo de barreras en el acceso a servicios necesarios, y el 9% indicó que no recibió el TARV prescritos 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, lo que en algunos casos llevó a la persona usuaria a discontinuar el tratamiento.

Durante los GF, se evidenció que algunos de las personas usuarias confunden sus medicamentos debido a que la presentación del medicamento cambia, y en muchos casos las personas usuarias se guían por el color del frasco al realizar su toma diaria, y por parte del personal médico no se brinda la información adecuada, lo que causa descontento y confusión en las personas usuaria.

En cuanto al abastecimiento de TAR, en los cinco centros de atención se indicó que existe desabastecimiento. Una persona usuaria comentó que en una ocasión tuvo que regresar en otra fecha a recoger medicamento, pues no había en ese momento. También informaron que hay fraccionamiento, pues hay casos en que la entrega se hace en dos partes, lo que implica que el usuario debe ir una vez más al servicio de salud para contar con las dosis completas.

"...yo recuerdo cuando he venido a recoger recuerdo que me dieron medio bote y tenía que volver en otra fecha a recoger medio bote y así"²

Respecto a los cambios de tratamiento o esquemas, algunas personas usuarias comentan que les han dado la explicación del por qué han cambiado, sin embargo, hay otra parte de personas usuarias que comentan que no han recibido información suficiente sobre su cambio de medicamento. En algunos casos el personal médico explica únicamente que los cambios son para mejora, pero las personas usuarias quisieran saber en qué es mejor y saber también sobre los efectos secundarios de este nuevo medicamento.

"...te dicen que es mejor pero no te dicen mejor en que, o sea toma tu medicamento, este no te va a hacer daño, no es muy tóxico, no hay información, no hay calidad"³

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"⁴

...también cuando he ido a recoger y está agotado solo me dicen eso y no dan más explicaciones, y uno tiene que esperar varios días"⁵

² Recuperado de la entrevista grupal día 8/11/2023. CDVIR EL Alto, Bolivia.

³ Recuperado de la entrevista grupal día 10/11/2023. CDVIR Cochabamba, Bolivia.

⁴ Recuperado de la entrevista grupal día 28/11/2023. Hospital México, Costa Rica.

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

En el GF se indicó que ha existido fraccionamiento, donde las personas usuarias han 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"⁶

En Ecuador un 2% de las personas usuarias reportó haberse ido del centro de salud sin recibir los medicamentos necesarios, debido a retrasos en el traslado y en la compra de estos.

En los GF para el caso Ecuador la entrega de medicamentos se brinda sin la garantía total de confidencialidad, dado que algunas personas usuarias indicaron sentirse incómodos al recibir su tratamiento a la vista de todas las personas.

"...cuando acudo a mi consulta la doctora si me atiende bien pero cuando yo voy a la farmacia me dan mi medicina, enseñó mi cedula y me mandan a un costado de la farmacia, pero uno tiene que llevar una funda para guardar el medicamento"⁷

Refieren malestar con los tiempos de entrega, dado que son hasta de media hora y el personal muchas veces están platicando o haciendo otras cosas como ver su celular.

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 incómodas 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.

⁶ Recuperado de la entrevista grupal día 25/11/2023. Hospital Calderón Guardiola, Costa Rica.

⁷ Recuperado de la entrevista grupal noviembre 2023. Hospital General Docente de Riobamba, Riobamba, Ecuador.

"...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"¹⁸

"...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"¹⁹

Del indicador número y porcentajes de personas con VIH que discontinuaron su tratamiento de ARV en el 2022, se identificó que a nivel regional 30 de los participantes (3.1% del total encuestado) manifestaron haber dejado de tomar medicamento, derivado de la no entrega del mismo.

Tabla 2: Personas usuarias que discontinuaron TARV

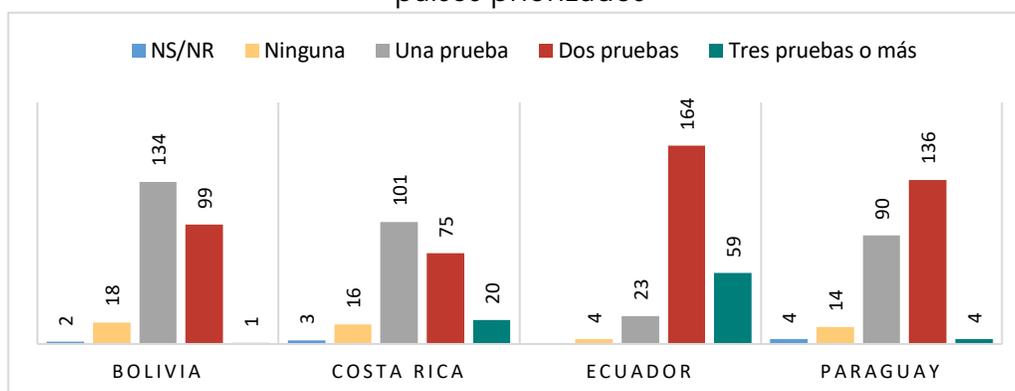
No.	País	%	Personas	Total
1	Bolivia	2%	6	254
2	Costa Rica	8%	18	215
3	Ecuador	2%	4	250
4	Paraguay	1%	2	248
Total		3%	30	967

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 61 personas usuarias a nivel regional, equivalente al 6.30% de la muestra total, no se ha realizado ninguna prueba de CV en el último año. De igual forma, en las entrevistas grupales se manifestó que han tenido acceso a la prueba de CV en los diferentes países priorizados. Siendo Bolivia quien manifestó el mayor porcentaje con un 7.1%. Como se observa en la gráfica 11.

Gráfico 11: Número de personas que se han realizado pruebas de CV en los 4 países priorizados



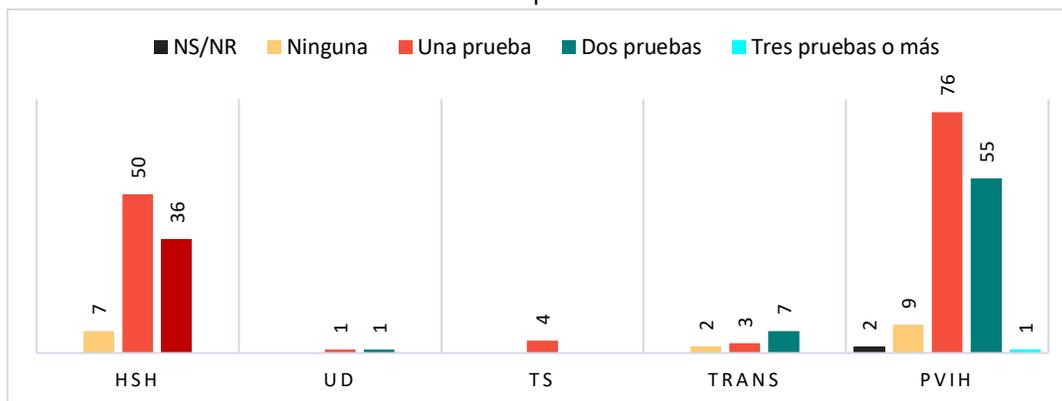
Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

¹⁸ Recuperado de la entrevista grupal noviembre 2023. Grupo focal coronel Oviedo/Caaguazú, Paraguay

¹⁹ Recuperado de la entrevista grupal 15/11/23. Grupo focal Ciudad de Encarnación, Paraguay

En Bolivia (Gráfico 12), solo el 48% de las personas usuarias se realizó las dos pruebas de CV recomendadas en el último año, lo que sugiere un inadecuado seguimiento. De los que más adelante, veremos que indicaron ser indetectables, el 42% reportó haberse sometido a dos pruebas de CV, reflejando una mejor situación en este grupo, siendo la mayoría perteneciente a población general.

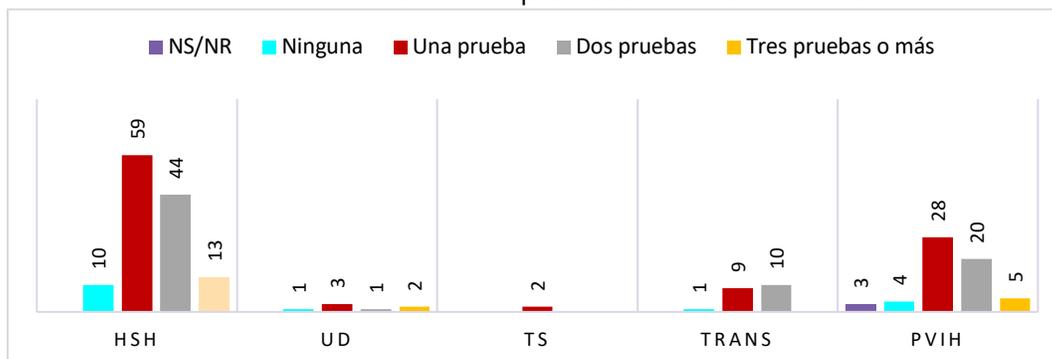
Gráfico 12: No. PVIH pruebas de CV - Bolivia



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Para Costa Rica (Gráfico 13) únicamente el 44% de las personas usuarias se ha realizado las dos pruebas de CV recomendadas en el último año, 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 de su condición, el seguimiento podría ser insuficiente.

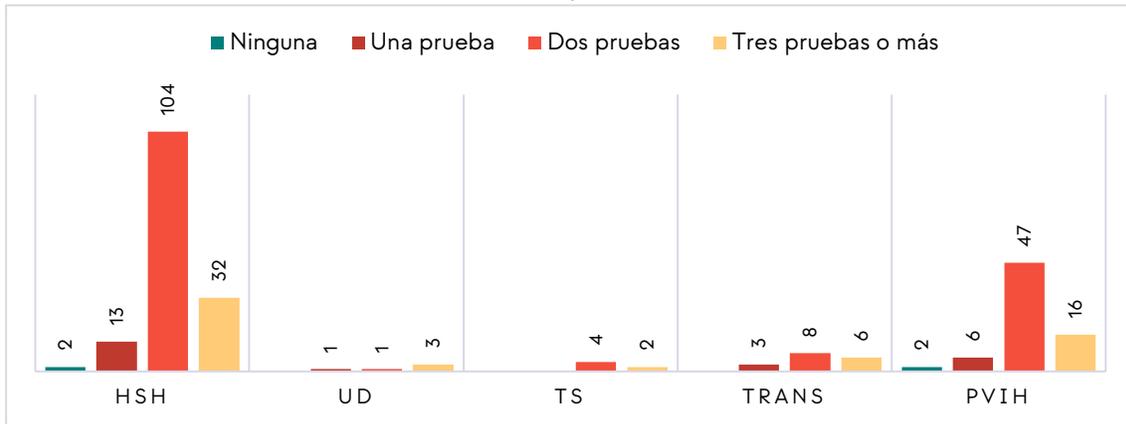
Gráfico 13: No. PVIH pruebas CV - Costa Rica



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

En el caso de Ecuador el 89% de las personas usuarias se realizó dos pruebas de CV en el último año, con un 35.4% perteneciente a la población HSH, 10% PG y 8.8% Trans, lo cual es relativamente alto y positivo, en comparación con los otros países. Sin embargo, esto significa una brecha del 11%, lo que puede impactar el seguimiento adecuado de su estado de salud.

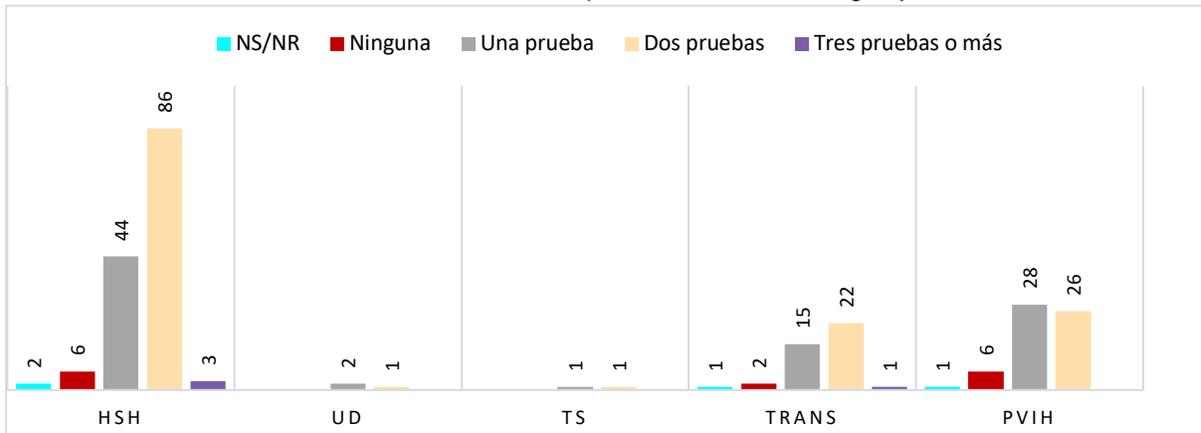
Gráfico 14: No. PVIH pruebas de CV - Ecuador



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

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.

Gráfico 15: No. PVIH pruebas CV - Paraguay

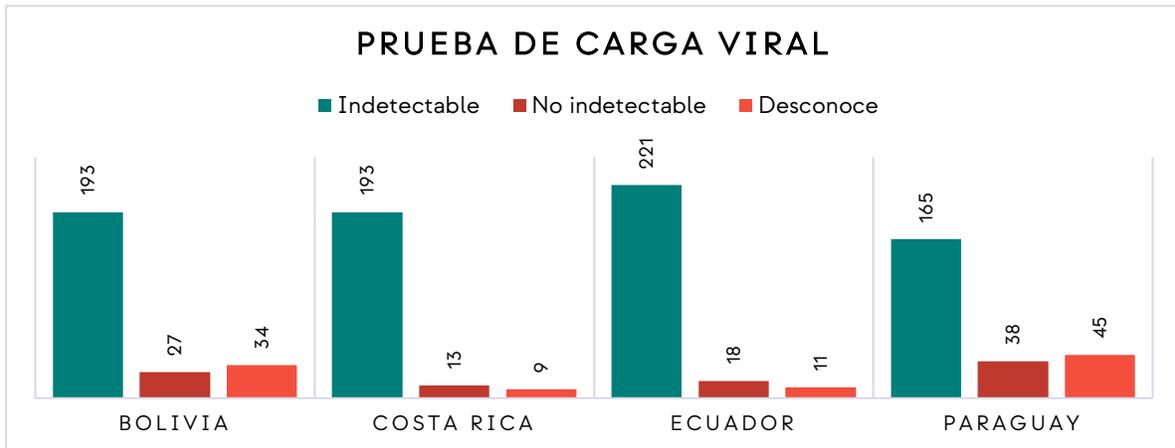


Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

En Ecuador el 80% de los pacientes que reportaron ser indetectables se realizaron dos o más pruebas de CV en el último año. Este dato es favorable, ya que indica un buen seguimiento en este grupo, que es crucial para mantener y verificar el estado de supresión viral. En el caso de Paraguay, el 56% de los que son indetectables cumplió con las dos pruebas recomendadas, mientras que el resto refirió haberse realizado solo una o ninguna prueba. La ausencia de datos específicos de los centros de salud limita la capacidad de identificar y abordar las variaciones regionales o locales en la calidad del servicio y la disponibilidad.

Al momento de consultar a las personas encuestadas sobre su estado de carga viral, la mayoría (79.8%) del total de la muestra de los cuatro países, indicó tener un resultado indetectable.

Gráfico 15: Resultado de CV



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

En Bolivia el 76% de las personas usuarias reportó ser indetectable en su último resultado de CV, lo cual es positivo, aún hay una brecha del 24% de las personas usuarias que no alcanza la supresión viral. El 32% de las personas usuarias indetectables pertenece a poblaciones clave, lo cual puede indicar que, aunque hay un esfuerzo efectivo en alcanzar la supresión viral en estos grupos, aún queda un camino por recorrer para asegurar que todos los pacientes alcanzan este objetivo crítico.

Sin embargo, alarmantemente para Bolivia, el 15% de las personas usuarias se retiró del centro de salud sin realizar la prueba de CV necesaria, lo que evidencia significativas deficiencias en la prestación de servicios críticos para la gestión efectiva del VIH. Esta falta de pruebas no solo impide un seguimiento adecuado del estado de salud de los pacientes, sino que también limita la capacidad de realizar ajustes oportunos y efectivos en los tratamientos.

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. Por lo que, si bien en algunos casos, el tratamiento no ha sido de inicio rápido, este resultado muestra un interés por parte de quienes brindan los servicios de salud, por garantizar el TAR de forma continua.

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

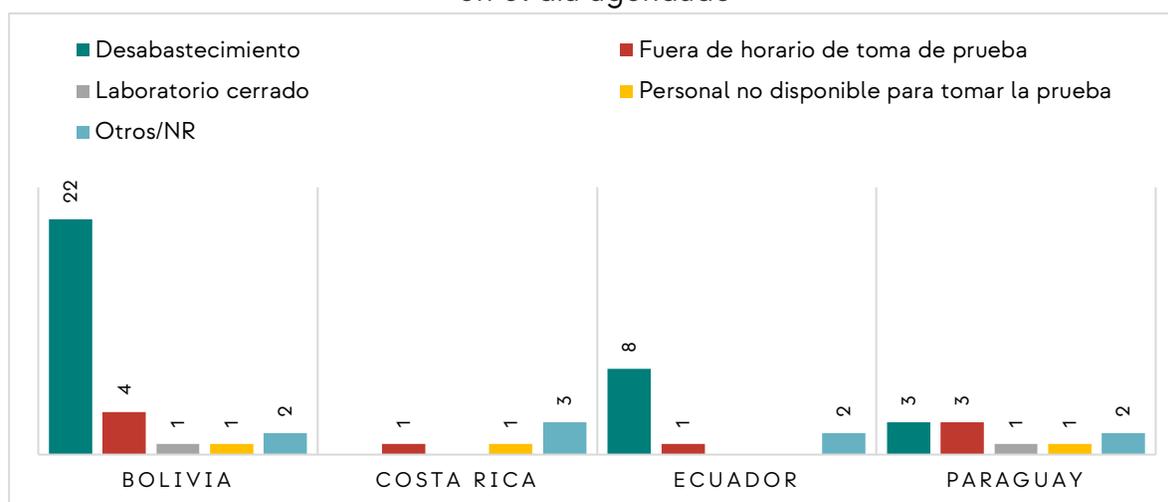
de todos los pacientes. La información se obtuvo solamente de 2 centros de salud, lo que puede no reflejar completamente la situación en todo el país y limita la capacidad de generalizar estos hallazgos a toda la población que vive con VIH en Costa Rica. Sin embargo, son observaciones que también fueron encontradas al momento de realizar las entrevistas grupales, dado que se reportaron que los horarios no se adaptan a las necesidades de las personas usuarias.

En Ecuador un 88% de las personas usuarias reportó ser indetectable en su último resultado de carga viral (CV), lo cual es un indicador positivo de la efectividad del tratamiento antirretroviral. El 66% de las personas usuarias indetectables pertenece a poblaciones clave, lo que sugiere que el tratamiento está siendo efectivo especialmente en grupos que históricamente han sido vulnerables o marginados.

La indetectabilidad 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 una tasa de indetectabilidad mucho mayor. 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.

Como se describió anteriormente, el 6.3% del total de encuestados indicó no haberse realizado la prueba en el último año. De estos, 56 personas encuestadas (5.3% del total) indicaron algunos de los motivos por los cuales indicaron que no lograron realizarse la prueba, los cuales se detallan en la gráfica a continuación:

Gráfica 16:
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, siendo Costa Rica el único país en donde 2 personas recibieron el resultado posterior al año, como se puede observar en el Gráfico 17.

En Bolivia la mayoría (42.5%) de personas esperó alrededor de un mes, habiendo un 25% que esperó más de tres meses.

En los GF realizados, se evidenció por parte de algunas personas usuarias el desabastecimiento de reactivos para la CV. Se documentó un caso en el que el desabastecimiento duro seis meses (enero a junio del 2023) y que la disponibilidad de este servicio se vio afectado por la terminación del convenio entre la casa medica que provee este insumo y el Ministerio de Salud, y tomando en consideración que la mayoría de las cargas virales se realizan por GenXpert. Lo anterior repercute en que las personas son referidas a laboratorios pequeños en donde su capacidad de realizar CV es limitada y representa para las personas usuarias más gasto en transporte y alimentación.

Una persona usuaria comento que el problema de desabastecimiento de reactivos para CV y CD4 no necesariamente es por falta de recursos financieros, sino por una mala logística en la adquisición de estos insumos (compras).

"...si fuéramos a ver... el laboratorio donde está congelada nuestra sangrecita ya debe estar hecho flan esa sangre"¹⁰

Indican en los GF que hay ocasiones en que, por temas de desabastecimiento de reactivos, solamente se les realiza CV mas no CD4. Se documentó un caso en que a la usuaria no se hizo la toma de muestra para CV por no haber personal para hacerlo, sin embargo, si lo había, pero haciendo otras cosas que no precisamente era dar atención.

"...que espere que no había nadie y yo le dije que habían 6 o 7 personas y mire como una curiosa ahí estaban sentados desayunando"¹¹

En los GF, en términos generales se identificó que la mayor parte de las personas usuarias se les realiza la medición de CV y para quienes no se les realizó, la cita se reprogramó y la razón principal ha sido por desabastecimiento de insumos de laboratorio, por lo que en ocasiones se le refiere a otro centro de salud.

"...las muestras de CD4 y CV por lo menos este año se toma solamente aquí en CDVIR o Colcapirhua, pero no hay más"¹²

¹⁰ Recuperado de la entrevista grupal día 17/11/2023. CDVIR Santa Cruz, Bolivia.

¹¹ Recuperado de la entrevista grupal día 10/11/2023. CDVIR de Cochabamba, Bolivia.

¹² Recuperado de la entrevista grupal día 16/11/2023. CDVIR Montero, Bolivia.

El problema de desabastecimiento además de provocar la falta total de acceso a este servicio también provoca que el número de pruebas sea limitado y priorizado. Hay servicios donde hay un número de pruebas muy limitados y están destinados exclusivamente para las personas con nuevo diagnóstico de VIH.

"...Sólo para añadir, generalmente en el hospital de Colcapirhua si bien realizan ahí las pruebas de rutina, pues es simplemente un cupo de cinco pruebas para pacientes que son del Programa y después el resto es población general, no sé cómo será en el hospital del sur y en hospital del norte donde están los desconcertados, pero en Colcapirhua tengo referencia que son sólo 5 reactivos para los pacientes con diagnóstico de VIH"¹³

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"¹⁴*

"...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".¹⁵

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.

¹³ Recuperado de la entrevista grupal día 16/11/2023. CDVIR Montero, Bolivia.

¹⁴ Recuperado de la entrevista grupal día 17/11/2023. Hospital Monseñor Sanabria, Costa Rica.

¹⁵ Recuperado de la entrevista grupal día 30/11/2023. Hospital San Juan de Dios, Costa Rica.

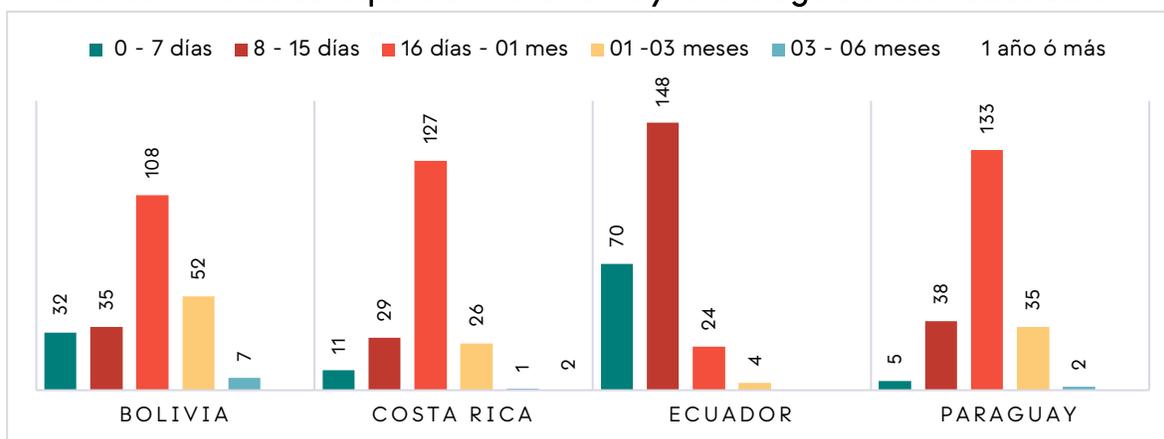
"...creo que ellos adujeron que yo conocía el proceso, pero no, entonces tenía que regresar al hospital para los exámenes ya hecho el día de mi cita, pero yo no había hecho los exámenes porque no me lo explicaron"¹⁶

En Ecuador, el 88.6% de las personas usuarias indicaron haber recibido su resultado en 15 días o menos, siendo un 9.7% que indicó recibirlas dentro del mes y un 1.62% que lo recibió de uno a tres meses después.

En los GF, se evidenció que la CV se les hacía únicamente a personas de nuevo diagnóstico, pero para quienes estaban indetectables no. "...no me realizaron porque también me dijo la enfermera que me encontraba muy bien y también me chequean cada año, entonces que eso es para las personas que están nuevas, ... que yo me encontraba muy bien para hacerme"¹⁷

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"¹⁸

Gráfica 17: Días de espera entre la toma y la entrega de resultados de CV



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 Bolivia, en los GF se evidenció que la mayoría de las personas usuarias de las clínicas de atención recibían sus resultados de CV de forma pronta, en algunos casos a los dos días después de la toma de muestra, sin embargo, hay

¹⁶ Recuperado de la entrevista grupal día 11/11/2023. Hospital Calderón Guardia, Costa Rica.

¹⁷ Recuperado de la entrevista grupal noviembre 2023. Hospital Eugenio Espejo, Quito, Ecuador.

¹⁸ Recuperado de la entrevista grupal noviembre 2023. Grupo focal coronel Oviedo/Caaguazú, Paraguay

casos en que el tiempo de entrega de resultados dura hasta un mes. La demora en la entrega de resultados provoca también que en algunos casos la persona reciba poco o nada de información sobre los mismos al momento de su cita médica.

"...yo tuve que esperar, cada jueves sacan la prueba aquí, yo tuve que esperar como 2 jueves porque no había el doctor en la este... (Centro de salud) y tampoco este...no llegaba esa, no sé, creo que es una solicitud que mandan acá para llevar esas pruebas, donde me dice que vuelva de aquí a 2 sábados, 2 jueves, otra vez yo creo se hicieron 4 jueves y al finalizar no supe si subió, bajó la carga viral que como me está yendo el tratamiento, solamente eso"¹⁹

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 repetir los exámenes entonces indica que desde entonces prefiere ir hasta el hospital México"²⁰

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.

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 Centros de Salud (CS) para personas con VIH a nivel regional 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

¹⁹ Recuperado de la entrevista grupal día noviembre 2023. CDVIR La Paz, Bolivia.

²⁰ Recuperado de la entrevista grupal día 25/11/2023. Hospital de Alajuela, Costa Rica.

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, quienes en Costa Rica y Paraguay no brindaron la información a causa de no contarse con los permisos respectivos, y en Bolivia y Ecuador, se obtuvo de manera parcial y fraccionada, ya que indicaron que es información que se encuentra a nivel central y no de forma local.

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:

En Bolivia, un 35% de las personas usuarias (89/254) expresa la necesidad de que los servicios de salud estén disponibles durante los fines de semana. Esto sugiere una demanda importante por una mayor flexibilidad en los horarios de atención, que permita a más personas acceder a los servicios necesarios sin interferir con sus compromisos laborales o personales durante la semana.

Además, un 20% (51/254) de las personas usuarias considera que sería beneficioso ampliar el horario de atención durante la noche. Esta medida podría facilitar el acceso para aquellos que tienen horarios de trabajo diurnos o compromisos que no les permiten visitar los centros de salud durante las horas regulares.

Un 1% (2/20) de las personas usuarias menciona específicamente que no ha podido realizarse la prueba de carga viral (CV) debido a que los horarios actuales no son convenientes. Aunque el porcentaje es pequeño, destaca la importancia de adaptar los servicios de salud a las necesidades de horario de todos los pacientes para asegurar un seguimiento adecuado de su estado de salud.

Durante los GF, se conversó sobre los horarios de atención en las clínicas de atención y la mayoría de las personas usuarias mostraron su malestar por el hecho de que llegan muy temprano. En algunos de los casos para poder salir rápido de la consulta llegan desde las 5 de la mañana, luego deben esperar para ser atendidos y finalmente salen muy tarde de la clínica.

El problema de disponibilidad de horarios se extiende a otros servicios, se identificó el caso de una persona usuaria que acudió a la emergencia de un hospital con horario de fines de semana y la atención fue deficiente.

"...yo tuve una emergencia estaba cerrado, era sábado supuestamente que tenía que atenderte los sábados y domingos para recoger los medicamentos y la cosa que he ido ese día y el doctor no me quiso atender por nada más que le dio asco la enfermera y eso tuve yo como una discriminación, con ese doctor y le pedí por favor no me atiendan el, espere cuando le dieron la gana porque se enojaron y le hicieron caso a él entonces espere como una hora para que me dieran los medicamentos y me puse mal esa es mi queja"²¹

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"²²*

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.

²¹ Recuperado de la entrevista grupal día 10/11/2023. CDVIR Cochabamba Bolivia.

²² Recuperado de la entrevista grupal día 17/11/2023. Hospital Monseñor Sanabria, Costa Rica.

"...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"²³

En Ecuador los datos sobre la accesibilidad de los servicios de salud para personas con VIH en Ecuador destacan algunas limitaciones en la disponibilidad de los servicios según las necesidades de tiempo de los pacientes: un 5% (12/250) de las personas usuarias sugiere que se debería ofrecer atención durante los fines de semana. Este porcentaje, aunque relativamente bajo, señala la necesidad de proporcionar mayor flexibilidad en los horarios de atención para acomodar a aquellos que podrían tener dificultades para acceder a los servicios durante los días hábiles, ya sea por trabajo, estudios u otras obligaciones.

Una de las personas usuarias indica que no se ha realizado la prueba de carga viral (CV) debido a horarios inconvenientes, esto sugiere que existen barreras relacionadas con la programación que podrían impedir el seguimiento adecuado del estado de salud de los pacientes. Aunque el porcentaje es pequeño, es crucial asegurar que todos los pacientes puedan acceder a estas pruebas vitales que son fundamentales para el manejo efectivo del VIH.

En los GF se compartió que en algunos servicios los espacios del área de espera no son adecuados, no son cómodos, ni adecuados para que las personas usuarias esperen a ser atendidos y los baños no tienen limpieza adecuada ni insumos para el aseo personal. En los consultorios médicos no hay privacidad, la puerta se mantiene siempre abierta lo que provoca a algunas personas usuarias incomodidad y la falta de privacidad, pues toda persona que pasa cerca ve quien está con el médico. El espacio de espera es muy pequeño, hay demasiadas personas no hay suficientes sillas para que las personas usuarias esperen su consulta y a las personas usuarias que están de pie la enfermera las saca del lugar. Hacen una comparación con otros hospitales donde los espacios son más amplios y sugieren que debería tomarse como modelo para mejorar este tema.

"...quisiera que nuestro consultorio este en otra área para nuestro diagnóstico y tener un poco más de privacidad y pasan muchas personas y quedan viendo medio raro y es incómodo y al ver los medicamentos me siento intranquila"²⁴

En cuanto a otros servicios del hospital, una persona usuaria comentó una mala experiencia en odontología, pues no se le atendió a pesar de llevar turno, pasaron a consulta todas las personas y le dejaron de último y finalmente le reprogramaron la cita.

²³ Recuperado de la entrevista grupal día 25/11/2023. Hospital de Alajuela, Costa Rica.

²⁴ Recuperado de la entrevista grupal noviembre 2023. Hospital General Docente de Riobamba, Riobamba, Ecuador.

La entrega de medicamentos en algunos hospitales los entrega en un área que no es donde reciben su atención para el VIH, por lo que deben trasladarse a otro lugar del hospital y tener que lidiar con otros trámites burocráticos para recibir su tratamiento.

"...sí, creería yo que la entrega de medicación sea en la misma unidad, no tenemos que ir a farmacia que sea en la misma unidad que recibamos nuestra medicación porque es un trámite primero ir donde el médico de luego la licenciada y de ahí pasar a farmacia, que si está distante de la de la unidad, entonces deberían entregarnos ellos mismos la medicación"²⁵

Problemas de acceso a las instalaciones por falta de sensibilidad del resto de personal del hospital, como, por ejemplo, los guardias de seguridad, quienes les complican el ingreso a las instalaciones, hacen demasiadas preguntas para ingresar.

Paraguay: 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% (45/248) 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% (25/248) 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% (50/248) 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"²⁶

²⁵ Recuperado de la entrevista grupal noviembre 2023. Hospital Enrique Garcés-Quito Sur, Quito, Ecuador.

²⁶ Recuperado de la entrevista grupal noviembre 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"²⁷

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	Bolivia	Costa Rica	Ecuador	Paraguay
01 ó menos	26	6	21	7
02 a 05	73	66	63	49
06 a 10	85	15	18	6
10 a 25	33	70	115	102
25 a 100	7	36	25	48
más de 100	9	14	8	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 regional 7.14% (69/967) invierte dos horas o más. La mayoría, (62.5%) 605 de las personas encuestadas indica que les toma de 15 a 60 minutos aproximadamente, y un 11.6% indica que le toma entre una a dos horas llegar al centro de salud.

Esta situación también se documentó dentro de las entrevistas de salud, quienes indicaron que los trayectos largos para acceder al centro de salud designado, en ocasiones dificultan el asistir a las citas.

²⁷ Recuperado de la entrevista grupal noviembre noviembre 2023. Grupo focal coronel Oviedo/Caaguazú, Paraguay

Tabla 4: Tiempo promedio para llegar al centro de salud

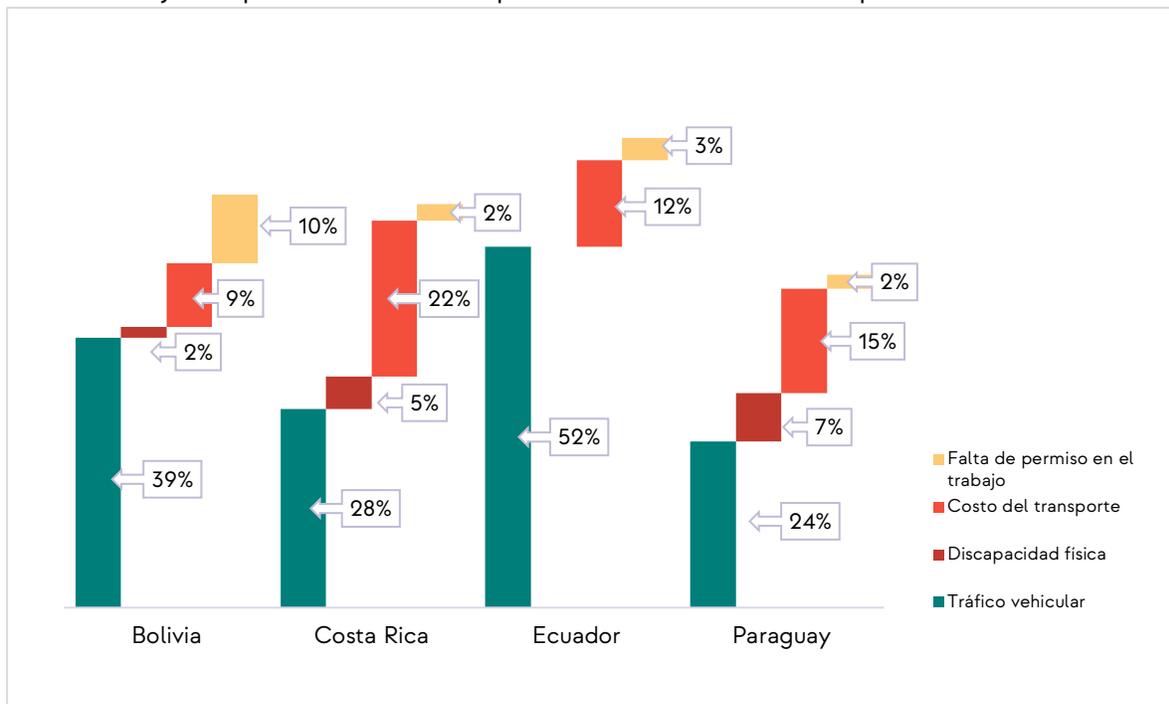
Tiempo promedio para llegar al centro de salud (minutos)	Bolivia	Costa Rica	Ecuador	Paraguay
01 a 05	14	1	1	10
06 a 15	29	22	29	42
15 a 60	184	114	166	141
61 a 120	16	39	38	19
121 en adelante	11	39	16	3

Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Asimismo, reportaron tener otras dificultades adicionales a la distancia o el tiempo invertido para acercarse al centro de salud, por ejemplo, en Bolivia un 64% (165/254) de las personas usuarias reporta tener dificultades para llegar a sus citas en el centro de salud. De estas, el 10% atribuye el problema al costo del transporte, un 20% a conflictos con su horario laboral, y el resto menciona la incapacidad física u otros motivos como barreras adicionales. 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.

Gráfico 18:

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



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

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.

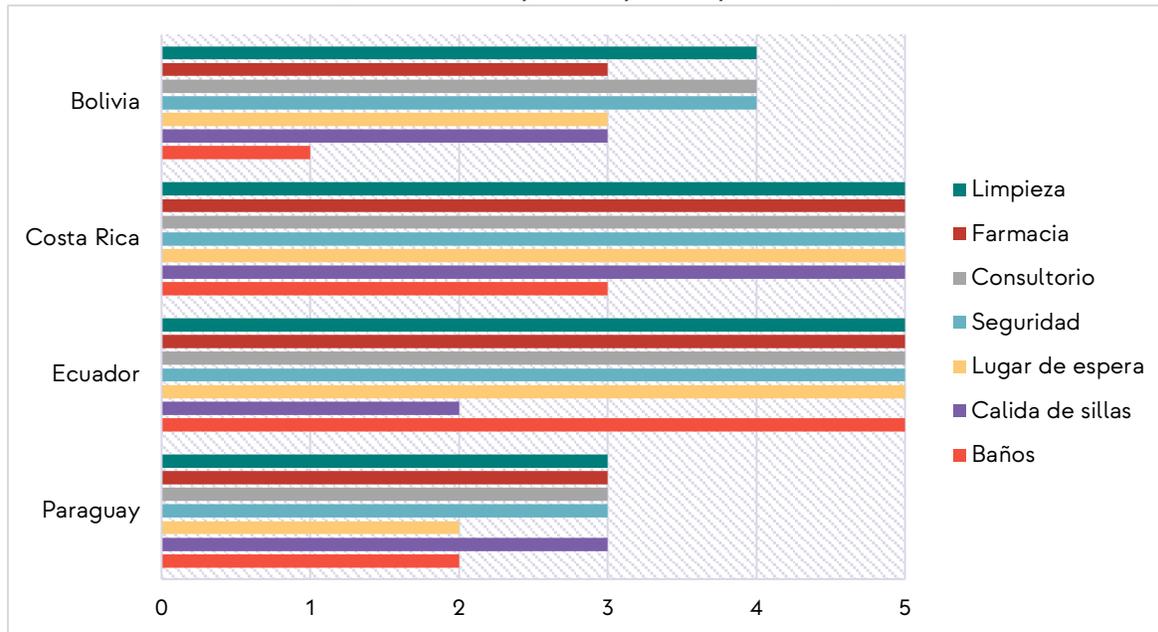
En Paraguay, existen también dificultades para llegar a las citas, más de la mitad de las personas usuarias, 126 (51%) reporta tener dificultades para llegar a sus citas, siendo el costo del transporte y los conflictos con horarios laborales algunas de las causas principales, además de la incapacidad y otros motivos no especificados. Esto resalta problemas significativos de accesibilidad física y económica a los servicios de salud.

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 19: 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.

Para Bolivia, en términos de **calidad** de los servicios de salud para personas con VIH, los datos presentados revelan varios aspectos que necesitan atención y mejora para asegurar una atención eficaz y digna para todas las personas usuarias:

- **Tiempo de espera:** Las personas usuarias reportan un tiempo promedio de espera para la atención de aproximadamente una hora con trece minutos. Este tiempo prolongado puede ser un factor de estrés y disconformidad para los pacientes, además de reflejar posibles ineficiencias en la gestión de los servicios de salud.

En los GF se tuvo referencia que algunos servicios de salud han existido falencias en cuanto a los tiempos de atención a las personas usuarias, sin embargo, en los últimos tiempos esto ha mejorado considerablemente pero no al 100% como se esperaría. En otros casos, las personas usuarias no están conformes con los tiempos de espera, pues la falta de personal médico y de enfermería es escaso y una aparente falta de organización para atender, lo cual influye en los tiempos de espera.

"...creo que tienen que hacer un poco de control de personas, de lo que están haciendo nos hacen esperar mucho tiempo, como si tuviéremos sus ganas de ellos de desayunar o cuando les dé la gana atienden van al baño y vuelven y se enojan y van de mal humor, están algunos que hacemos otras pruebas tenemos otras cosas que hacer y tenemos que esperar a ellos"²⁸

²⁸ Recuperado de la entrevista grupal día 8/11/2023. CDVIR El Alto, Bolivia.

- **Percepción del servicio:** La percepción promedio del servicio en cuanto a limpieza, calidad de las sillas, lugar de espera, consultorio y baños fue calificada como regular, y ningún espacio fue considerado en condiciones óptimas para la atención. Esta percepción de calidad moderada o baja puede afectar la satisfacción del usuario y su disposición a buscar atención regularmente.

Durante los GF se ha identificado debilidades en algunos servicios sobre infraestructura y mobiliario, pues el espacio de espera es reducido y la cantidad de persona usuaria es mucha, rebasa la capacidad de este espacio. También hay problemas con mobiliario, específicamente con las sillas para espera, son escasas y provoca que muchos de las personas usuarias esperen de pie durante su consulta.

"...pues si vamos a pedir personal médico también que tienen que aumentar los espacios, los consultorios una sala más grande más cómoda por así decirlo, no queremos que sean sillones de lujo, suficiente cómodo para que una persona se sienta bien a gusto, tranquilo el momento de venir ya sea para recoger su medicamento o una cita médica"²⁹

En la misma línea de la falta de espacio en algunas clínicas, esto provoca malestar e incomodidad de las personas usuarias pues por esta falta de espacio se mezclan durante la consulta personas que no tienen VIH y hace que estas personas se enteren del diagnóstico de VIH de las personas usuarias, además de recibir actitudes o trato de estigma y discriminación.

"...yo le dije a la doctora porqué nos han mezclado con la población que no es PVVS y me dijo por muchos reclamos porque nosotros entrábamos iba 10 de mañana y te hacía la prueba ya que estabas en ayunas, ahora tienes que sacar ficha con todo el resto y dice que la misma gente te dedea por eso, cuando ibas te miraban mal, te trataban diferente"³⁰

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.

²⁹ Recuperado de la entrevista grupal día 17/11/2023. CDVIR Santa Cruz Bolivia.

³⁰ Recuperado de la entrevista grupal día 8/11/2023. CDVIR El Alto, Bolivia.

- **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 respete 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"³¹

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 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"³²

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

³¹ Recuperado de la entrevista grupal día 30/11/2023. Hospital San Juan de Dios, Costa Rica.

³² Recuperado de la entrevista grupal día 28/11/2023. Hospital México, Costa Rica.

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"³³

Los datos sobre la **calidad** de los servicios de salud para personas con VIH en Ecuador revelan aspectos positivos en cuanto a la efectividad del tratamiento y la satisfacción general con las instalaciones, aunque también señalan áreas donde podría haber mejoras para optimizar aún más la experiencia y los resultados del tratamiento para los pacientes:

- **Tiempo de espera:** El tiempo promedio de espera reportado de aproximadamente 57 minutos para la atención puede ser un desafío para muchos pacientes, especialmente aquellos que pueden tener limitaciones de tiempo debido a compromisos laborales o personales. Aunque no es excesivamente largo, reducir este tiempo podría mejorar significativamente la experiencia del paciente y reducir cualquier estrés asociado con las visitas médicas.

En los GF se identificó que, algunos médicos son impuntuales, lo que retrasa las consultas y luego todos los tramites que hay que hacer, pues hay que identificarse en ventanilla y luego regresar a la clínica. Todo esto representa tiempo y las personas usuarias llevan el tiempo contado por el permiso que les han dado en su trabajo. Desde el ingreso hasta los distintos servicios hay muchas filas, no atienden rápido y hacen otras cosas.

"...mala porque desde que dan los turnos en la mañana hay una fila muy grande primero la espera afuera del hospital hasta que abran, otra espera hasta que salgan de laboratorio te manda a dar una vuelta por una línea roja para llegar, donde se puede hacer otra vía y llegar más rápido de ahí esperar otra vez ahí hasta que te vuelva a llamar, la sala es pequeña para todas las personas que atienden"³⁴

- **Percepción del servicio:** La percepción promedio del servicio en términos de limpieza, calidad de las sillas, lugar de espera, consultorio y baños fue calificada como buena.

³³ Recuperado de la entrevista grupal día 30/11/2023. Hospital San Juan de Dios, Costa Rica.

³⁴ Recuperado de la entrevista grupal noviembre 2023. Hospital General Monte Sinaí, Guayaquil, Ecuador.

Sin embargo, en los GF se mostró inconformidad con el tema de infraestructura, que en algún caso es demasiado pequeña, hay salas de espera con demasiados pacientes. Las instalaciones sanitarias (baños) no tienen mantenimiento, se mantienen sucios y no tienen insumos para el uso de las personas. Falta de mobiliario, principalmente de sillas para las áreas de espera, no hay suficientes y las que pocas que hay, están en mal estado, por lo que las personas esperan de pie o tiene que salir del área de espera pues le prohíben ahí de pie.

"...en el área de espera es muy incómoda muy pequeña hay gente de pie y la enfermera siempre pasa gritando siéntense no pueden estar parados, salgan"³⁵

Esto indica, que si bien, en los centros de salud están manteniendo una infraestructura estándar para ser satisfactorio en cuanto a la condición y mantenimiento de sus instalaciones, en algunos lugares no se logra, dados los comentarios obtenidos, por lo que es fundamental asegurar que los pacientes se sientan cómodos y bien cuidados durante sus visitas.

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:

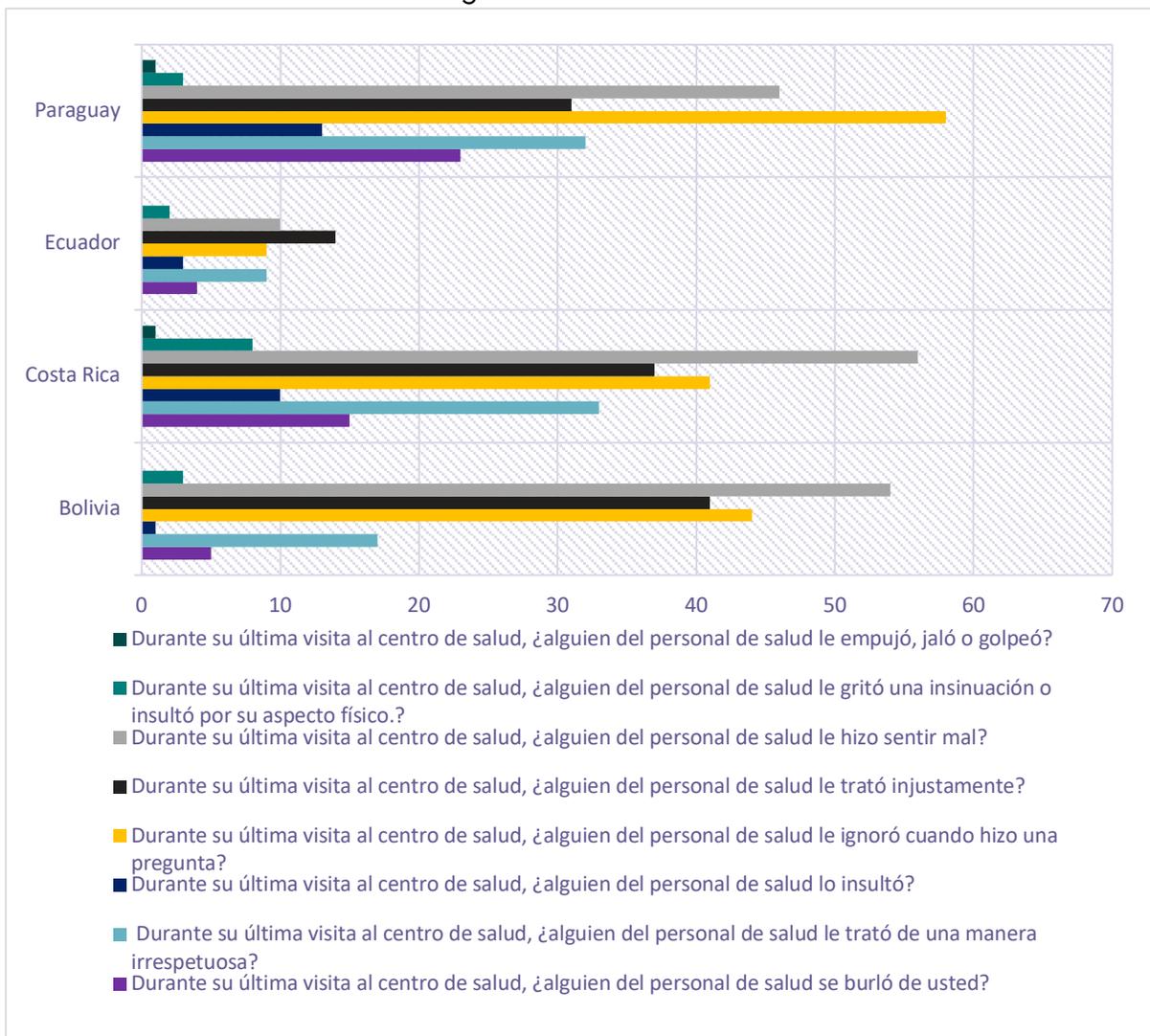
- **Tiempo de espera:** Un tiempo de espera promedio de 45 minutos para recibir atención puede ser percibido como razonable en muchos contextos de salud, aunque optimizar este tiempo podría mejorar la eficiencia del servicio y la satisfacción del paciente.
- **Percepción del servicio:** La percepción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

Ahora bien, en términos de estigma y/o discriminación, como se observa en el gráfico 20, las personas usuarias de todos los países encuestados 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

³⁵ Recuperado de la entrevista grupal noviembre 2023. Hospital Eugenio Espejo, Quito, Ecuador.

personas participantes reportaron haber recibido un trato injusto en el que se vieron violentados sus Derechos Humanos fundamentales, asimismo, en Ecuador y 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 confidenciales del diagnóstico, así como prejuicios en torno a la orientación sexual, identidad y expresión de género.

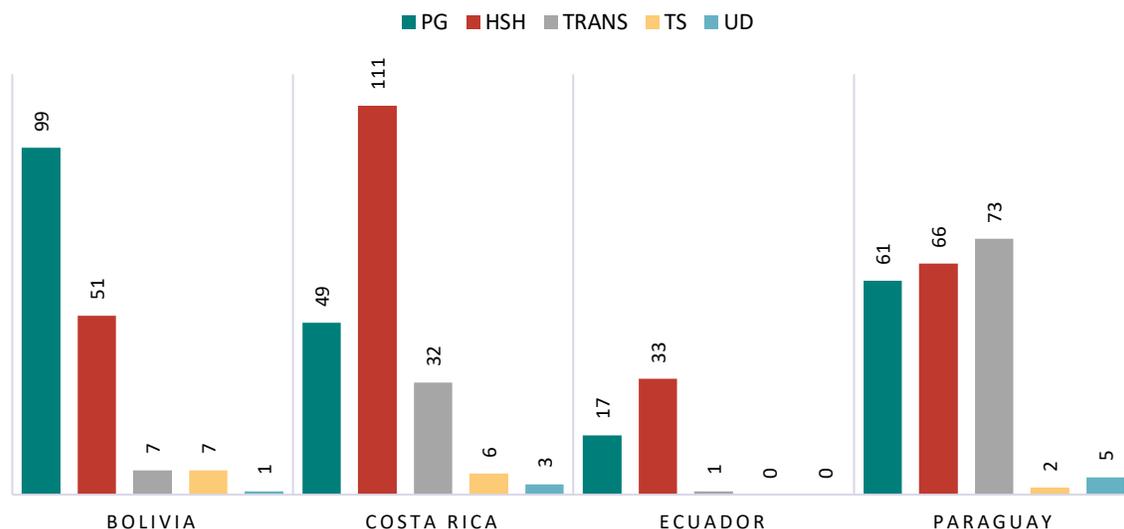
Gráfico 20: Si durante su última visita al centro de salud, alguien del personal de salud realizó alguna de las acciones descritas



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Observamos en todos los países manifestaciones de estigma y discriminación que deben ser erradicados para la adecuada atención al usuario. Asimismo, al revisar los datos por población, observamos que las poblaciones clave manifiestan que el trato recibido no es adecuado, como se observa en el gráfico siguiente:

Gráfico 21: 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.

Al realizar un análisis por país se encontró:

En Bolivia, la **aceptabilidad** de los servicios de salud para personas con VIH presenta desafíos relacionados con el trato y la discriminación, que son particularmente preocupantes, especialmente entre las poblaciones clave, que incluyen a grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad.

- **Trato injusto:** Según los datos disponibles, un 16% de las personas usuarias ha reportado recibir un trato injusto en los centros de salud, lo que les hizo sentirse mal. De este porcentaje, un 6% pertenece a poblaciones clave, lo que destaca la particular vulnerabilidad de estos grupos a experiencias negativas en entornos de atención médica.

Durante los GF se registró que en algunos casos el trato y atención por parte de todo el personal de la clínica es adecuado y con mucho respeto, sin embargo, hay otros casos donde las personas usuarias han manifestado que el trato es malo e irrespetuoso debido a su mal carácter.

"...en lo personal en muchas ocasiones el personal de salud constantemente está de mal humor y pienso yo que por ética mínimamente el personal tendría que dar un trato con calidad y calidez al paciente por así decirlo"³⁶

³⁶ Recuperado de la entrevista grupal día noviembre 2023. CDVIR La Paz Bolivia.

Lo mismo sucede en otras áreas de servicio como lo es laboratorio y farmacia, donde el trato no es de respeto y cordialidad, resultando en que la entrega de medicamentos es incómoda y en el caso de laboratorio suceden malos procedimientos de tomas de muestra. En algunos casos, el mal trato por parte del personal de salud va dirigido a personas que son de reciente diagnóstico y están iniciando su atención y en el caso de las personas que ya tienen tiempo de asistir a la clínica el trato es diferente, es bueno, porque parte de ellos son personas que están empoderadas en sus derechos.

...yo la verdad prefiero que sean ustedes los que hablen, porque si en algo tiene razón mi compañero; cuando eres líder a ti te tratan muy bien, yo tengo un liderazgo de muchos años y yo no he recibido maltrato del CDVIR, pero se y he visto en algunas compañeras y compañeros que a veces les han maltratado y sería bueno que ustedes lo digan porque es un momento importante para decirlo”³⁷

“...farmacia es pésimo con la atención con la entrega de medicamentos..., cuantas veces se han quejado, incluso parece que han hecho cartas, pero parece que, no sé qué pasa nunca cambia por lo menos mejoraría su trato con las personas nunca cambio y nos hace sentir incomodos de ir a recoger los medicamentos”³⁸

- **Discriminación:** Además, un 2% de las personas usuarias ha reportado haber sufrido discriminación directa en los centros de salud. Aunque este porcentaje pueda parecer pequeño, cualquier nivel de discriminación es significativo y preocupante, ya que puede disuadir a las personas de buscar atención médica necesaria y de adherirse a los tratamientos prescritos.

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 en Bolivia. Es crucial que los servicios de salud sean inclusivos, equitativos y libres de cualquier forma de discriminación o trato injusto.

En los GF se documentaron problemas de estigma y discriminación basados en el género de la persona, pues una usuaria compartía que no ha sido tratada con respeto a su identidad de género, ya que le han hecho repetir su carné en más de una ocasión debido a que se identifica con un nombre de mujer, ella ha aclarado el asunto, pero la actitud del personal de salud es repetitiva. Hay otros casos en que el personal de salud se rehúsa a colocar en el carné y registro médico el nombre con el que la persona transgénero quiere que se le llame.

³⁷ Recuperado de la entrevista grupal día 10/11/2023. CDVIR Cochabamba, Bolivia.

³⁸ Recuperado de la entrevista grupal día 8/11/2023. CDVIR El Alto, Bolivia.

"... hasta a mí me ha pasado cuando yo no tenía el cambio de nombre yo iba vestida de mujer siempre y me miraban todos los chicos y me llamaban por mi nombre, me decían no eres tú, pero y me devolvían y tenía que volver a sacar mi carnet hasta aquí me hicieron lo mismo, me riñó la doctorcita y me dijo dónde está tu nombre, yo le mostré carnet y hasta presenté fotocopia de carnet de mi cambio de mi nombre, pero seguía mi nombre de hombre que tenía"³⁹

"...no, yo nunca dije nada porque tenía miedo de que después ya no me quieran atender a dar mi tratamiento"⁴⁰

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"⁴¹

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

³⁹ Recuperado de la entrevista grupal día 8/11/2023. CDVIR El Alto, Bolivia.

⁴⁰ Recuperado de la entrevista grupal día 16/11/2023. CDVIR Montero, Bolivia.

⁴¹ Recuperado de la entrevista grupal día 30/11/2023. Hospital San Juan de Dios, Costa Rica.

*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"*⁴²

- **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 mamá 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"*⁴³

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 una persona usuaria 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.

En Ecuador, los datos sobre la **aceptabilidad** de los servicios de salud para personas con VIH en Ecuador muestran preocupaciones serias respecto al trato recibido por los pacientes, particularmente aquellos que pertenecen a poblaciones clave. Estos problemas pueden afectar negativamente la calidad del cuidado, así como la disposición de los pacientes a continuar con sus tratamientos y asistir a futuras citas médicas.

⁴² Recuperado de la entrevista grupal día 25/11/2023. Hospital de Alajuela, Costa Rica.

⁴³ Recuperado de la entrevista grupal día 25/11/2023. Hospital Calderón Guardia, Costa Rica.

- **Trato injusto y maltrato emocional:** Un 26% de las personas usuarias reportó haber recibido un trato injusto que les hizo sentir mal, y de ese grupo, el 70% corresponde a poblaciones clave. Esto indica una prevalencia preocupante de maltrato hacia grupos vulnerables, lo que puede tener efectos perjudiciales en su salud mental y física.

En los GF, se compartieron experiencias de mala atención en términos de la confidencialidad, no son cuidadosos de mantener la confidencialidad del usuario.

Cuando el usuario tiene la necesidad de otro tipo de servicio dentro por parte del hospital, tiene problemas con el tiempo para que los atiendan, pues al parecer identifican que es una persona con VIH y las dejan siempre de último.

"...sí tuve una mala experiencia en odontología, pero no es hoy recién sino unos años atrás que también tenía el turno, un turno moderado, pero se daban las vueltas que me seguían cambiando hasta que me llegaron a tomar la atención al último y en otra ya no me atendieron. Pero no me he ido a quejar a ninguna autoridad en el hospital"⁴⁴

"...no, pero si daban prioridades a los chicos de 24 en laboratorio"⁴⁵

- **Discriminación en los centros de salud:** El 17% de las personas usuarias indicó haber experimentado discriminación en el centro de salud. Este alto porcentaje destaca un ambiente hostil o prejuicioso que puede disuadir a los pacientes de buscar ayuda médica y adherirse a los regímenes de tratamiento.

En los GF se evidenció que la mayoría de las personas de los distintos servicios de salud no reportan haber sido estigmatizadas ni discriminadas por tener VIH o por ser de alguna población, sin embargo, algunas comentaron si haber recibido este trato, que va desde la discriminación por ser extranjero o extranjera hasta por la presencia sexual.

Se podría deducir que el estigma y discriminación se da más por parte del personal que no atiende directamente a las personas con VIH, como los son los médicos y enfermería de otros servicios y demás personal del hospital como personal de limpieza, ventanilla o guardias de seguridad.

⁴⁴ Recuperado de la entrevista grupal noviembre 2023. Hospital General Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena, Ecuador.

⁴⁵ Recuperado de la entrevista grupal noviembre 2023. Hospital Enrique Garcés, Pichincha, Ecuador.

"...Al momento que inicio el tratamiento no hubo un trato agradable, el gastroenterólogo no me dio un buen trato fue desagradable puso caras de que me retirar inmediatamente ahí"⁴⁶

"...en lo personal no he sentido discriminación, respecto a la toma de muestras nos hacen en un espacio y otro espacio y se hace confuso, sería bueno solucionar esa parte para mejorar, a veces de observación el personal de apoyo a veces cuando les toca con las personas de VIH se siente mucho la observación mucho de ellos"⁴⁷

- **Trato irrespetuoso:** Un 4% de las personas usuarias informó haber recibido un trato irrespetuoso en su última visita. Aunque este porcentaje es más bajo que los otros indicadores de trato negativo, cualquier incidencia de irrespeto es significativa y debe ser abordada para garantizar un entorno acogedor y profesional para todos los pacientes.

En los resultados de los GF, la mayoría de las personas usuarias de los distintos servicios de salud han compartido que no hay ningún tipo de maltrato, o trato irrespetuoso, únicamente algunos casos donde la atención se da con presencia de estudiantes, cosas que no es bien vista por parte de las personas usuarias y que en ocasiones los estudiantes no saben dar un trato adecuado a una persona con VIH.

"...el trato es especial un trato muy bueno desde el momento que me ancle muy buena forma de acoger. Un excelente trato"⁴⁸

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

⁴⁶ Recuperado de la entrevista grupal noviembre 2023. Hospital General Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena, Ecuador.

⁴⁷ Recuperado de la entrevista grupal noviembre 2023. Hospital Eugenio Espejo, Quito, Ecuador.

⁴⁸ Recuperado de la entrevista grupal noviembre 2023. Hospital General Monte Sinaí, Guayaquil, Ecuador.

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 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 45.4% de las personas usuarias de la región 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 9% (86/967) 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 30 (3%) 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 78.9% de los encuestados indicó ser indetectable, presentando una brecha del 21.1% que aún no logra la supresión viral. Es importante mencionar que del total de personas encuestadas solamente el 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 (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 todos los países 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 42% 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.

VII. 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 en tres de los cuatro países de la región, 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.

Bolivia

- Crear políticas de salud a nivel del ministerio de salud, a nivel departamental y en los CDVIR, para que se establezcan estas políticas claras en atención, tanto para el personal de salud como para los usuarios.
- Aumentar el presupuesto que el Ministerio de Salud tiene para los servicios de salud.
- Asegurar el acceso a otros servicios dentro del hospital, principalmente en el servicio de odontología.

- Contar con medicamentos (no TAR) e insumos para atender otros problemas de salud o emergencias que las personas pudieran presenta mientras están en su consulta.
- Asegurar la sostenibilidad para el acceso a medicamentos para infecciones oportunistas pues actualmente está financiado por la cooperación internacional.

Costa Rica

- 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 medica 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

Ecuador

- Que la entrega de medicamentos se haga en empaque y que este sea discreto
- Que la entrega de los medicamentos sea más ágil y sin tanta burocracia
- Contratar más médicos
- Que se haga de forma oportuna la CV y CD4 y no cada año

Paraguay

- 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.

Bolivia

- Que los tiempos de atención sean más expeditos contratando más personal
- Que los espacios físicos sean más amplios y con un mejor ambiente
- Mejorar el mobiliario, principalmente con el tema de sillas cómodas para el área de espera y de farmacia
- Capacitar a las personas de salud para que actualicen sus conocimientos
- Capacitar y sensibilizar al personal nuevo, pues hay bastante rotación del mismo
- Capacitar al personal que no da directamente atención a las PVIH, por ejemplo, ventanilla, guardias de seguridad, administrativo, etc.
- Tener consultorios más amplios
- Ampliar los horarios de atención para que las personas que se trasladan de lugares lejanos cuenten con tiempos prudenciales, que estos horarios sean por la tarde después de las 14:00
- Que se les dé importancia y seguimiento a las denuncias de maltrato por parte del personal de salud
- Que exista una mejor coordinación entre autoridades de salud y sociedad civil para que haya una mejor respuesta a las mejoras
- Mejorar la limpieza de todas las áreas de las clínicas, pero esencialmente en la limpieza y manteniendo de los baños

Costa Rica

- Que la atención médica 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

Ecuador

- Mejorar la puntualidad de los médicos para dar inicio a la consulta
- Mejorar la confidencialidad durante la toma de muestras en el laboratorio y mejorar este espacio
- Contar con espacios más amplios en todos los servicios
- Mejorar la ventilación e iluminación se los espacios físicos
- Mejorar la limpieza del baño y demás áreas
- Mejorar el trato humano en el área de farmacia
- Contar con más sillas en el área de espera
- Que la clínica cuente con su propia farmacia para facilitar la entrega de medicamentos
- Que la entrega de los medicamentos sea más ágil y sin tanta burocracia
- Contratar más médicos

Paraguay

- 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.

Bolivia

- Capacitación y sensibilización al personal médico y de enfermería, específicamente en el hecho que no solo las personas de poblaciones clave tienen VIH y en una atención con calidad y calidez
- Capacitar a las personas de salud para que actualicen sus conocimientos
- Capacitar y sensibilizar al personal nuevo, pues hay bastante rotación del mismo
- Capacitar al personal que no da directamente atención a las PVIH, por ejemplo, ventanilla, guardias de seguridad, administrativo, etc
- Sensibilizar y educar a los pacientes en cuanto a sus derechos, pero también en sus obligaciones como usuarios de las clínicas
- Que se les dé importancia y seguimiento a las denuncias de maltrato por parte del personal de salud
- Que exista una mejor coordinación entre autoridades de salud y sociedad civil para que haya una mejor respuesta a las mejoras
- Que las clínicas cuenten con protocolos de atención diferenciada para cada una de las poblaciones

Costa Rica

- 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 e acompañamiento de pares, principalmente para las personas que inician la atención

Ecuador

- Mejorar la confidencialidad durante la toma de muestras en el laboratorio y mejorar este espacio
- Mejorar el trato humano en el área de farmacia
- Capacitar a todo el personal para que dé un mejor trato a los usuarios
- Sensibilizar al personal de seguridad para el trato a las personas
- Mejorar la discrecionalidad, principalmente en las tomas de muestras en laboratorio

Paraguay

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



VIII. 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 usuarios 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.⁴⁹

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**.

Observaciones generales: El nombre del indicador debería ser “Porcentaje de personas que se hicieron la prueba del VIH y recibieron un diagnóstico VIH+”.

El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: “**en el año XXXX en los cinco centros de salud**”.

El indicador está vinculado a **Prevención** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Accesibilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos: El indicador refiere personas, lo cual hace que el indicador no sea posible de generar, dado que los centros de salud no mantienen registros que permitan identificar a las personas dentro del universo de pruebas realizadas.

⁴⁹ Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Guía para diseño, construcción e interpretación de indicadores, p. 13.

País	Valor	Observación
Bolivia		No se registra información sobre las personas en los centros médicos.
Costa Rica		No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.
Ecuador		No se registra información sobre las personas en los centros médicos.
Paraguay		No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

Las preguntas por incluir para atender este indicador son:

No.	Pregunta	Opción
	¿Número de pruebas de VIH realizadas en los cinco centros de salud?	Abierta
	¿Número de pruebas de VIH realizadas que dieron resultado positivo?	Abierta

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 personas usuarias en centros médicos**”.

Observaciones generales: Deberían ser cuatro indicadores no solo uno, los nombres deberían ser:

1. Promedio de tiempo de espera para recibir una atención médica
2. Promedio de tiempo de espera para recibir resultados de CD4
3. Promedio de tiempo de espera para recibir Carga Viral
4. Promedio de tiempo de espera para la entrega de medicamento

El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: “**en el año XXXX en los cinco centros de salud**”.

El indicador está vinculado a **Atención y tratamiento** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Accesibilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos: La información correspondiente a CD4 no se recopiló en la encuesta a personas usuarias en centros de salud. Los datos recopilados no están en una unidad uniforme y se derivan de circunstancias vinculadas a una reprogramación después de no haber recibido el servicio y no a el tiempo promedio de espera.

País	Valor		Observación
Bolivia	Promedio de tiempo de espera para recibir una atención médica	72	La información obtenida corresponde solo a las encuestas en centros de salud, en esta no existe información sobre el tiempo promedio para obtener el CD4, el tiempo de atención real no se proporcionó en centros de salud
	Promedio de tiempo de espera para recibir resultados de CD4	N/D	
	Promedio de tiempo de espera para recibir Carga Viral (2023 días)	45	
	Promedio de tiempo de espera para la entrega de medicamento (2023 días)	17	
Costa Rica			No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.
Ecuador	Promedio de tiempo de espera para recibir una atención médica	56	La información obtenida corresponde solo a las encuestas en centros de salud, en esta no existe información sobre el tiempo promedio para obtener el CD4, el tiempo de atención real no se proporcionó en centros de salud
	Promedio de tiempo de espera para recibir resultados de CD4	N/D	
	Promedio de tiempo de espera para recibir Carga Viral (2023 días)	60	
	Promedio de tiempo de espera para la entrega de medicamento (2023 días)	14	
Paraguay			No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

Las preguntas vinculadas a este indicador son:

No.	Pregunta	Opción
121	¿Cuántos minutos espera en el centro de salud para recibir atención médica? Respuesta en minutos (1 hora = 60 minutos)	Abierta
63	5.Si la respuesta es sí, ¿cuántos días más tardaron en hacerle la prueba de carga viral?	Abierta
76	6.Si la respuesta es sí, ¿cuántos días tardaron en entregárselos?	Abierta

Las preguntas que se propone se incorporen para atender a este indicador son:

No.	Pregunta	Opción
	¿Cuántos minutos espera en el centro de salud para la realización de una prueba de CD4? Respuesta en minutos (1 hora = 60 minutos)	Abierta
	¿Cuántos minutos espera en el centro de salud para la realización de una prueba de Carga Viral? Respuesta en minutos (1 hora = 60 minutos)	Abierta
	¿Cuántos minutos espera en el centro de salud para la atención en centros de salud? Respuesta en minutos (1 hora = 60 minutos)	Abierta
	¿Cuántos minutos espera en el centro de salud para recibir atención médica? Respuesta en minutos (1 hora = 60 minutos)	

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 personas usuarias en centros médicos**”.

Observaciones generales: El nombre del indicador debería ser “Horas promedio de atención en los centros de salud por país”.

El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: “**en el año XXXX en los cinco centros de salud**”.

El indicador está vinculado a **Atención y tratamiento** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Accesibilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos: El indicador refiere a horario de atención en los centros de salud por país, no a las horas en que este abierto, este indicador carece de sentido al tener los centros de salud horarios específicos.

País	Valor	Observación
Bolivia		La información de la respuesta es imprecisa
Costa Rica		La información de la respuesta es imprecisa
Ecuador		La información de la respuesta es imprecisa
Paraguay		La información de la respuesta es imprecisa

Las preguntas vinculadas a este indicador son:

No.	Pregunta	Opción
117	¿Conoce el horario de atención en este centro de salud para las personas con VIH?	Lista
118	3.1 ¿Cuál es el otro horario de atención en este centro de salud para las personas con VIH?	Abierta
119	3. ¿Considera que el horario de atención es adecuado?	Lista
120	3.1. Si la respuesta es no, ¿cuál considera que debería de ser el horario de atención?	Abierta

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**”.

Observaciones generales: El nombre del indicador debería ser “Porcentaje de centros de salud que proporcionan atención combinada a personas con VIH/TB”.

El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: “**en el año XXXX en los cinco centros de salud**”.

El indicador está vinculado a **Atención y tratamiento** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Accesibilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos: El indicador cuenta con información suficiente para generar el valor del primer ciclo.

País	Valor	Observación
Bolivia	5	
Costa Rica	N/D	No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.
Ecuador	2	Solo se registró información de dos centros médicos
Paraguay	N/D	No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

Las preguntas vinculadas a este indicador son de la encuesta a centros de salud:

No.	Pregunta	Opción
15	5.1. ¿Cuáles son estos servicios? (Seleccione todos los que correspondan). /1. Salud mental	Lista 1/0
16	5.1. ¿Cuáles son estos servicios? (Seleccione todos los que correspondan). /2. Nutrición	Lista 1/0
17	5.1. ¿Cuáles son estos servicios? (Seleccione todos los que correspondan). /3. Tuberculosis	Lista 1/0
18	5.1. ¿Cuáles son estos servicios? (Seleccione todos los que correspondan). /4. Hepatitis C	Lista 1/0
19	5.1. ¿Cuáles son estos servicios? (Seleccione todos los que correspondan). /5. Endocrinología	Lista 1/0
20	5.1. ¿Cuáles son estos servicios? (Seleccione todos los que correspondan). /6. Ginecología	Lista 1/0
21	5.1. ¿Cuáles son estos servicios? (Seleccione todos los que correspondan). /7. Urología	Lista 1/0
22	5.1. ¿Cuáles son estos servicios? (Seleccione todos los que correspondan). /8. Odontología	Lista 1/0
23	5.1. ¿Cuáles son estos servicios? (Seleccione todos los que correspondan). /9. Oncología	Lista 1/0
24	5.1. ¿Cuáles son estos servicios? (Seleccione todos los que correspondan). /1. Salud mental	Lista 1/0

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**”.

Observaciones generales: El nombre del indicador debería ser “Porcentaje de personas con VIH que iniciaron tratamiento ARV el mismo día del diagnóstico positivo”. El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: “**en el año 2022 en los cinco centros de salud**”.

El indicador está vinculado a **Atención y tratamiento** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Disponibilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos: El indicador refiere personas, lo cual hace que el indicador no sea posible de generar, dado que los centros de salud no mantienen registros que permitan identificar si las personas recibieron su tratamiento el día que recibieron diagnóstico positivo.

País	Valor	Observación
Bolivia		No se registra información sobre las personas en los centros médicos.
Costa Rica		No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.
Ecuador		No se registra información sobre las personas en los centros médicos.
Paraguay		No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

Las preguntas para incluir para atender este indicador son:

No.	Pregunta	Opción
	¿Número de pruebas de VIH realizadas que dieron resultado positivo?	Abierta
	¿Número de tratamientos de VIH iniciados el mismo día que se entregó prueba positiva a VIH?	Abierta

Indicador 6. Número y porcentajes de personas con VIH que discontinuaron 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 Personas usuarias en centros médicos y encuesta en centros de salud**”.

Observaciones generales: El nombre del indicador debería ser “Porcentaje de personas con VIH que discontinuaron su tratamiento de ARV”

El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: “**en el año XXXX en los cinco centros de salud**”.

El indicador está vinculado a **Atención y Tratamiento** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Disponibilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos: El indicador permite identificar el número de personas que dejaron su tratamiento en 2022, sin embargo, en la encuesta de personas usuarias el dato obtenido es 2023. Es necesario homologar el dato del año para que sea comparable. Para el caso de las encuestas a personas usuarias, el dato total que sirve como base del cálculo corresponde al número de encuestas realizadas.

País	Valor		Observación
Bolivia	ENC. USM	2%	No se contó con información del centro médico. Para el caso de las encuestas con personas usuarias se consideró que se hubieran retirado del centro de salud sin sus medicamentos
	ENC. CM	0.57% (2022)	
Costa Rica	ENC. USM	8%	No se contó con información del centro médico. Para el caso de las personas usuarias se consideró que se hubieran retirado del centro de salud sin que se les dieran sus medicamentos
	ENC. CM	N/D	
Ecuador	ENC. USM	2%	No se contó con información del centro médico. Para el caso de las personas usuarias se consideró que se hubieran retirado del centro de salud sin que se les dieran sus medicamentos
	ENC. CM	N/D (Solo 2 centros médicos)	
Paraguay	ENC. USM	1%	No se contó con información del centro médico. Para el caso de las personas usuarias se consideró que se hubieran retirado del centro de salud sin que se les dieran sus medicamentos
	ENC. CM	N/D	

Las preguntas a que está vinculado el indicador en la encuesta a personas usuarias del servicio:

No.	Pregunta	Opción
78	6. Durante ese periodo de espera por sus ARV, ¿dejó de tomarlos? / Sí, dejé de tomarlos	Abierta

Las preguntas a que está vinculado el indicador en la encuesta centros médicos:

No.	Pregunta	Opción
62	3. ¿Cuántas personas con VIH durante el año 2022 recibieron su tratamiento ARV?	Abierta
84	4. ¿Cuántas personas con VIH durante el año 2022 descontinuaron su tratamiento de ARV?	Abierta

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 Personas usuarias en centros médicos y encuesta en centros de salud**”.

Observaciones generales: El nombre del indicador debería ser “Porcentaje de personas con VIH con tratamiento ARV que han realizado una prueba de carga viral”

El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: “**en el año XXXX en los cinco centros de salud**”.

El indicador está vinculado a **Supresión Viral** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Disponibilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos: El indicador refiere personas, lo cual hace que el indicador no sea posible de generar, dado que los centros de salud no mantienen registros que permitan identificar a las personas dentro del universo de pruebas realizadas. La información proporcionada corresponde con las pruebas realizadas, sin poder determinar a cuantas personas corresponde ya que una persona usuaria podría realizarse varias pruebas en un año.

País	Valor		Observación
Bolivia	ENC. USM	93%	No se contó con información del centro médico.
	ENC. CM	N/D	
Costa Rica	ENC. USM	91%	No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.
	ENC. CM	N/D	
Ecuador	ENC. USM	98%	No se contó con información del centro médico.
	ENC. CM	N/D	
Paraguay	ENC. USM	3%	No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.
	ENC. CM	92%	

Las preguntas vinculadas a este indicador para la encuesta a personas usuarias del servicio:

No.	Pregunta.	Opción
49	¿Cuántas pruebas de carga viral le realizaron durante el año 2022?	Abierta

Las preguntas vinculadas a este indicador para la encuesta a personas usuarias del servicio:

No.	Pregunta.	Opción
146	5. ¿Cuántas personas con VIH en el centro de salud accedieron a una prueba de carga viral durante el año 2022?	Abierta

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 Personas usuarias en centros médicos y encuesta en centros de salud”**.

Observaciones generales: El nombre del indicador debería ser **“Porcentaje de pruebas de VIH cuyo resultado estuvo listo para su entrega en el médico en el plazo establecido en la guía de tratamiento de ARV”**

El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: **“en el año XXXX en los cinco centros de salud”**.

El indicador está vinculado a **Supresión Viral** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Disponibilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos: El indicador refiere personas, lo cual hace que el indicador no sea posible de generar, dado que los centros de salud no mantienen registros que permitan identificar a las personas dentro del universo de pruebas realizadas, por otro lado se identificó que recoger el resultado está vinculado a la disponibilidad del usuario, lo que hace que sea esta variable externa al proceso la que afecta el resultado, en lugar de la variable tiempo de devolución al centro médico para su entrega.

País	Valor	Observación
Bolivia		No se registra información sobre las personas en los centros médicos.
Costa Rica		No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.
Ecuador		No se registra información sobre las personas en los centros médicos.
Paraguay		No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

Las propuestas para atender a este indicador para la encuesta a personas usuarias del servicio:

No.	Pregunta	Opción
	¿Los resultados de la última prueba de carga viral le fueron entregado dentro del plazo establecido en la guía de tratamiento de ARV?	Abierta

Las propuestas para atender a este indicador para la encuesta a personas usuarias del servicio:

No.	Pregunta	Opción
	¿Cuántos resultados de las pruebas de carga viral fueron entregados dentro del plazo establecido en la guía de tratamiento de ARV?	Abierta

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**”.

Observaciones generales: El nombre del indicador debería ser “Porcentaje de personas que recibieron asesoramiento sobre adherencia a los ARV.”

El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: “**en el año XXXX en los cinco centros de salud**”.

El indicador está vinculado a **Tratamiento y Supresión Viral** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Accesibilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos: La recolección es correcta y genera información oportuna para la base del indicador.

País	Valor	Observación
Bolivia	90%	Ninguna
Costa Rica	83%	Ninguna
Ecuador	72%	Ninguna
Paraguay	86%	Ninguna

Las preguntas vinculadas son:

No.	Pregunta	Opción
30	1.1 ¿En este centro de salud le han brindado información acerca de los siguientes temas? /Tratamiento ARV	1/0

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”**.

Observaciones generales: El nombre del indicador debería ser “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 médico”. Si bien, el indicador es correcto comparado con el anterior, este debería dividirse en tres indicadores. En su descripción actual implica que se cumplan una condición que implica entender tres conceptos, para poder considerar una persona que cumpla el criterio.

El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: **“en el año XXXX en los cinco centros de salud”**.

El indicador está vinculado a **Tratamiento y Supresión Viral** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Accesibilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos: La recolección es correcta y genera información oportuna para la base del indicador

País	Valor	Observación
Bolivia	69%	Obtenido de la encuesta a personas usuarias
Costa Rica	88%	Obtenido de la encuesta a personas usuarias
Ecuador	106%	Obtenido de la encuesta a personas usuarias
Paraguay	68%	Obtenido de la encuesta a personas usuarias

Las preguntas vinculadas a esta respuesta son:

No.	Pregunta	Opción
36	1.De la información que le han proporcionado sobre tratamiento ARV, Carga Viral, Supresión Viral y otros temas, ¿cuál información le es difícil de comprender de la mejor manera?	1/0
37	1.De la información que le han proporcionado sobre tratamiento ARV, Carga Viral, Supresión Viral y otros temas, ¿cuál información le es difícil de comprender de la mejor manera? /Tratamiento ARV	1/0
38	1.De la información que le han proporcionado sobre tratamiento ARV, Carga Viral, Supresión Viral y otros temas, ¿cuál información le es difícil de comprender de la mejor manera? /CD4	1/0
39	1.De la información que le han proporcionado sobre tratamiento ARV, Carga Viral, Supresión Viral y otros temas, ¿cuál información le es difícil de comprender de la mejor manera? /Carga viral	1/0
40	1.De la información que le han proporcionado sobre tratamiento ARV, Carga Viral, Supresión Viral y otros temas, ¿cuál información le es difícil de comprender de la mejor manera? /Formas de prevención del VIH	1/0
41	1.De la información que le han proporcionado sobre tratamiento ARV, Carga Viral, Supresión Viral y otros temas, ¿cuál información le es difícil de comprender de la mejor manera? /Supresión Viral	1/0
42	1.De la información que le han proporcionado sobre tratamiento ARV, Carga Viral, Supresión Viral y otros temas, ¿cuál información le es difícil de comprender de la mejor manera? / Indetectable es igual a intransmisible	1/0
43	1.De la información que le han proporcionado sobre tratamiento ARV, Carga Viral, Supresión Viral y otros temas, ¿cuál información le es difícil de comprender de la mejor manera? /PrEP (Profilaxis preexposición)	1/0
44	1.De la información que le han proporcionado sobre tratamiento ARV, Carga Viral, Supresión Viral y otros temas, ¿cuál información le es difícil de comprender de la mejor manera? /Ninguna	1/0
45	1.De la información que le han proporcionado sobre tratamiento ARV, Carga Viral, Supresión Viral y otros temas, ¿cuál información le es difícil de comprender de la mejor manera? /8.PEP (Profilaxis post exposición)	1/0
46	1.De la información que le han proporcionado sobre tratamiento ARV, Carga Viral, Supresión Viral y otros temas, ¿cuál información le es difícil de comprender de la mejor manera? /Ninguna	1/0

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**”.

Observaciones generales: El nombre del indicador debería ser “Porcentaje de personas que lograron supresión viral”

El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: “**en el año XXXX en los cinco centros de salud**”.

El indicador está vinculado a **Supresión Viral** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Disponibilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos: El indicador refiere personas, lo cual hace que el indicador no sea posible de generar con información de los centros de salud, dado que los datos de estos no mantienen registros que permitan identificar a las personas dentro del universo de pruebas realizadas.

La información presentada se obtuvo de la encuesta a personas usuarias del centro de salud.

La información obtenida de los centros médicos de Bolivia señala que el 92% de las personas lograron supresión viral durante el año 2022. Sin embargo, esta considera 8646 como datos de personas que lograron supresión viral y 9360 como aquellas personas que recibieron su tratamiento ARV. Los datos en Ecuador son incompletos y en Paraguay y Costa Rica no se obtuvieron.

País	Valor	Observación
Bolivia	34%	Obtenido de la encuesta a personas usuarias
Costa Rica	14%	Obtenido de la encuesta a personas usuarias
Ecuador	19%	Obtenido de la encuesta a personas usuarias
Paraguay	45%	Obtenido de la encuesta a personas usuarias

Las preguntas vinculadas en la encuesta de personas usuarias en centros de salud:

No.	Pregunta.	Opción
48	En la actualidad, ¿su carga viral es indetectable?	Sí/ No
48	2. Si la respuesta es sí, ¿desde hace cuánto usted logró la supresión viral?	menos de un año, de 1 a 2 años, de 3 a 4 años 5 años o más, NS/NR

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**.

Observaciones generales: El nombre del indicador debería ser “Prevalencia de desabastecimiento, el cual mide la proporción de personas usuarias dentro de las poblaciones clave, que reportan o experimentan desabasto de ARV, Carga Viral y CD4 en un período específico para la atención y tratamiento del VIH”.

El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: “**en el año XXXX en los cinco centros de salud**”.

El indicador está vinculado a **Atención y tratamiento** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Disponibilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos: No se propusieron preguntas que permitan identificar periodos de desabastecimiento. Se propone que para la segunda recolección se genere una frecuencia promedio en días

País	Valor	Observación
Bolivia	N/D	No se registra información sobre las personas en los centros médicos.
Costa Rica	N/D	No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.
Ecuador	N/D	No se registra información sobre las personas en los centros médicos.
Paraguay	N/D	No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

Las preguntas propuestas en la encuesta de personas usuarias en centros de salud:

No.	Pregunta	Opción
	Número de veces en el último año que se fue sin su medicamento ARV	Abierta
	Cada cuantos meses recibe medicamento ARV	Abierta

Las preguntas propuestas en la encuesta de en centros de salud:

No.	Pregunta	Opción
	Número de veces en el año que se ha reportado desabasto de medicamento en el centro médico	Abierta

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**”.

Observaciones generales: El nombre del indicador debería ser “Frecuencia de indisponibilidad de los servicios para la atención y tratamiento del VIH”.

El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: “**en el año XXXX en los cinco centros de salud**”.

El indicador está vinculado a **Atención y tratamiento** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Accesibilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos: No se propusieron preguntas que permitan identificar periodos de desabastecimiento. Se propone que para la segunda recolección se genere una frecuencia promedio en días

País	Valor	Observación
Bolivia		No se registra información sobre las personas en los centros médicos.
Costa Rica		No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.
Ecuador		No se registra información sobre las personas en los centros médicos.
Paraguay		No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

Las preguntas propuestas en la encuesta de personas usuarias en centros de salud:

No.	Pregunta	Opción
	Número de veces en el último año que no le otorgaron servicios para la atención y tratamiento contra el VIH	Abierta
	Cada cuantos meses recibe atención y tratamiento contra el VIH	Abierta

Las preguntas propuestas en la encuesta de en centros de salud:

No.	Pregunta	Opción
	Número de veces en el año que se ha reportado indisponibilidad de los servicios para la atención y tratamiento del VIH	Abierta

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.**”

Observaciones generales: El nombre de los datos a recabar debería ser:

1. Número de pruebas de carga viral asignadas a los 5 centros,
2. Número de pruebas de detección del VIH asignadas a los 5 centros,
3. Número de pruebas de CD4 asignadas a los 5 centros,
4. Número de pruebas de ARV asignadas a los 5 centros-

El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: “**en el año XXXX en los cinco centros de salud**”.

El indicador está vinculado a **Supresión Viral** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Disponibilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos:

País	Valor	Observación
Bolivia	4,546,477	Dato conjunto de todas las pruebas realizadas
Costa Rica		No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.
Ecuador		No se registra información sobre las personas en los centros médicos.
Paraguay		No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

Las preguntas vinculadas son:

No.	Pregunta	Opción
338	1.1. Durante el año 2022, ¿Cuánta fue la cantidad de pruebas de carga viral que recibió en centro de salud?	Abierta numérica
339	1.2. Durante el año 2022, ¿Cuánta fue la cantidad de pruebas de VIH que recibió en centro de salud?	Abierta numérica
340	1.3. Durante el año 2022, ¿Cuánta fue la cantidad de pruebas de CD4 que recibió en centro de salud?	Abierta numérica
341	1.4 Durante el año 2022, ¿Cuánta fue la cantidad de ARV que recibió en centro de salud?	Abierta numérica

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**.

Observaciones generales: El nombre del indicador debería ser “Promedio de km de traslado de las personas usuarias de los servicios al centro de salud donde reciben atención en VIH”

El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: **“en el año XXXX en los cinco centros de salud”**.

El indicador está vinculado a **Atención y tratamiento** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Accesibilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos: La información del indicador se recogió sin problemas en la encuesta.

País	Valor	Observación
Bolivia	18	Obtenido de la encuesta a personas usuarias
Costa Rica	39	Obtenido de la encuesta a personas usuarias
Ecuador	16	Obtenido de la encuesta a personas usuarias
Paraguay	17	Obtenido de la encuesta a personas usuarias

La pregunta vinculada es:

No.	Pregunta	Opción
94	¿Cuál es la distancia en km que tiene que recorrer para llegar a este centro de salud?	Abierta numérica

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**.

Observaciones generales: El nombre del indicador debería ser “Promedio de horas de traslado de las personas usuarias al centro de salud donde reciben atención en VIH”

El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: “**en el año XXXX en los cinco centros de salud**”.

El indicador está vinculado a **Atención y tratamiento** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Accesibilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos: La información del indicador se recogió sin problemas en la encuesta.

País	Valor	Observación
Bolivia	1	Obtenido de la encuesta a personas usuarias
Costa Rica	1	Obtenido de la encuesta a personas usuarias
Ecuador	1	Obtenido de la encuesta a personas usuarias
Paraguay	1	Obtenido de la encuesta a personas usuarias

La pregunta vinculada es:

No.	Pregunta.	Opción
103	¿Cuál es el tiempo en minutos que le toma llegar a este centro de salud? Respuesta en minutos (1 hora = 60 minutos)	Abierta numérica

Indicador 17. Promedio de puntuaciones que asignan las personas usuarias 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 de salud.**

Observaciones generales: El nombre del indicador debería ser “Promedio de puntuaciones que asignan las personas usuarias con VIH ante la calidad de las instalaciones”

El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: “**en el año XXXX en los cinco centros de salud**”.

El indicador está vinculado a **Atención y tratamiento** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Accesibilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos: No se identificaron dificultades para obtener información de este indicador en la encuesta. El valor va de 1 a 5, donde uno es la puntuación más baja de calidad y cinco es la puntuación más alta de calidad.

País	Valor	Observación
Bolivia	3.2	Obtenido de la encuesta a personas usuarias
Costa Rica	3.8	Obtenido de la encuesta a personas usuarias
Ecuador	4.4	Obtenido de la encuesta a personas usuarias
Paraguay	2.9	Obtenido de la encuesta a personas usuarias

Las preguntas vinculadas son:

No.	Pregunta	Opción
105	Limpieza	Lista (1 a 5, donde uno es la puntuación más baja de calidad y cinco es la puntuación más alta de calidad)
106	Seguridad	
107	Calidad sillas de espera	
108	Lugar de espera	
109	Consultorio de atención	
110	Los baños del centro de salud	
111	La farmacia	

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**.

Observaciones generales: El nombre del indicador debería ser “Porcentaje de personas que se hicieron la prueba del VIH y recibieron un diagnóstico VIH+”.

El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: **“en el año 2022 en los cinco centros de salud”**.

El indicador está vinculado a **Atención y tratamiento** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Aceptabilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos: El indicador refiere frecuencia de capacitaciones, pero no se realizaron preguntas referentes a la frecuencia, solo a los tópicos y el año.

País	Valor	Observación
Bolivia		No se obtuvo información sobre la frecuencia
Costa Rica		No se obtuvo información sobre la frecuencia
Ecuador		No se obtuvo información sobre la frecuencia
Paraguay		No se obtuvo información sobre la frecuencia

Las preguntas vinculadas son:

No.	Pregunta	Opción
292	1. Durante el año 2022, ¿el personal de salud se capacitó/sensibilizó sobre las poblaciones clave?	Lista Sí/No
293	1.1. ¿En cuáles de las siguientes temáticas se capacitó/sensibilizó el personal de vigilancia del centro de salud durante el año 2022	
.	Varias preguntas	
333	1.1. ¿En cuáles de las siguientes temáticas se capacitó/sensibilizó a otro personal del centro de salud durante el año 2022? /4. Personas que usan drogas	

Para cada tipo de capacitación, se requiere agregar veces al año que se realizó.

Indicador 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**.

Observaciones generales: El nombre del indicador debería ser “Percepción de la disponibilidad de los servicios e insumos”

El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: **“en el año XXXX en los cinco centros de salud”**.

El indicador está vinculado a **Atención y tratamiento** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Disponibilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos: El indicador refiere a percepción y no se integraron preguntas para este indicador en la encuesta.

País	Valor	Observación
Bolivia	N/D	No se obtuvo la información
Costa Rica	N/D	No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.
Ecuador	N/D	No se obtuvo la información
Paraguay	N/D	No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

La pregunta propuesta es:

No.	Pregunta.	Opción
	Consideras que la disponibilidad de los servicios e insumos es adecuada	Lista 1 - Nada disponible, 2 - Poco disponible 3 - Adecuado pero mejorable 4 - Suficiente disponible 5 - Totalmente disponible)

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**.

Observaciones generales: El nombre del dato debería ser “Monto presupuestal asignado al centro de salud para funcionamiento, personal, horario de atención, equipamiento y misceláneos.

El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: **“en el año XXXX en los cinco centros de salud”**.

El indicador está vinculado a **Prevención, Atención y tratamiento, Supresión Viral** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Disponibilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos: El indicador refiere al monto asignado en diversos rubros.

País	Valor	Observación
Bolivia		No se registra información sobre las personas en los centros médicos.
Costa Rica		No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.
Ecuador		No se registra información sobre las personas en los centros médicos.
Paraguay		No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

La pregunta vinculada a la respuesta es:

No.	Pregunta	Opción
343	2.2. Durante el año 2022 ¿Cuál fue el presupuesto del centro de salud para salarios del personal de atención a personas con VIH? (en moneda local)	Abierta numérica

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**.

Observaciones generales: El nombre del indicador debería ser “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”.

El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: **“en el año XXXX en los cinco centros de salud”**.

El indicador está vinculado a **Supresión Viral** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Disponibilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos: No se integraron preguntas para recabar información sobre este indicador en la encuesta

País	Valor	Observación
Bolivia		No se registra información sobre el indicador.
Costa Rica		No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.
Ecuador		No se registra información sobre el indicador.
Paraguay		No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

No.	Pregunta	Opción
	Considera que las asignaciones de recursos para toma de pruebas de VIH, Carga Viral, CD4 y ARV son	Lista 1 -Muy Insuficiente, 2 - Insuficiente 3 - Adecuado pero mejorable 4 - Suficiente 5 - Totalmente suficiente

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**.

Observaciones generales: El nombre del indicador debería ser “Percepción de las personas con VIH sobre la entrega y cambios de ARV”

El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: **“en el año XXXX en los cinco centros de salud”**.

El indicador está vinculado a **Atención y Tratamiento** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Disponibilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos: No se integraron preguntas para recolectar la información de este indicador en la encuesta.

País	Valor	Observación
Bolivia		No se registra información específica para el indicador.
Costa Rica		No se obtuvieron los permisos para realizar las encuestas.
Ecuador		No se registra información específica para el indicador.
Paraguay		No se obtuvieron los permisos para realizar la encuesta.

No existen preguntas que recuperen información para este indicador, se recomienda agregar las siguientes preguntas a la encuesta:

No.	Pregunta	Opción
	Selecciones un valor que describa su percepción de la calidad proceso de la entrega de ARV	Lista (1 a 5, donde uno es la puntuación más baja de calidad y cinco es la puntuación más alta de calidad)
	Selecciones un valor que describa su percepción de la calidad proceso de cambios de ARV	

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**.

Observaciones generales: El nombre del indicador debería ser “Percepción de las personas ante la toma de muestras y entrega de resultados de carga viral”.

El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: “**en el año XXXX en los cinco centros de salud**”.

El indicador está vinculado a **Supresión Viral** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Accesibilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos: La encuesta no incluyo información para la generación de información de este indicador

País	Valor	Observación
Bolivia		No se recogió información en la encuesta
Costa Rica		No se recogió información en la encuesta
Ecuador		No se recogió información en la encuesta
Paraguay		No se recogió información en la encuesta

No existen preguntas que recuperen información para este indicador, se proponen las siguientes:

No.	Pregunta	Opción
	Seleccione un valor que describa su percepción de la calidad del proceso de entrega de resultados de prueba de carga viral	

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**.

Observaciones generales: El nombre del indicador debería ser “Porcentaje de personas que se hicieron la prueba del VIH y recibieron un diagnóstico VIH+”.

El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: “**en el año 2022 en los cinco centros de salud**”.

El indicador está vinculado a **Atención y tratamiento** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Disponibilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos: No se presentaron problemas para recolectar información para el indicador.

País	Valor	Observación
Bolivia	88	Obtenido de la encuesta a personas usuarias
Costa Rica	73	Obtenido de la encuesta a personas usuarias
Ecuador	27	Obtenido de la encuesta a personas usuarias
Paraguay	17	Obtenido de la encuesta a personas usuarias

Las preguntas vinculadas son:

No.	Pregunta	Opción
149	4.1.1 Durante su última visita al centro de salud, ¿alguien del personal de salud se burló de usted?	Lista (Sí/No)
150	4.1.2 Durante su última visita al centro de salud, ¿alguien del personal de salud le trató de una manera irrespetuosa?	
151	4.1.3 Durante su última visita al centro de salud, ¿alguien del personal de salud lo insultó?	
152	4.1.4 Durante su última visita al centro de salud, ¿alguien del personal de salud le ignoró cuando hizo una pregunta?	
153	4.1.5 Durante su última visita al centro de salud, ¿alguien del personal de salud le trató injustamente?	
154	4.1.6 Durante su última visita al centro de salud, ¿alguien del personal de salud le hizo sentir mal?	
155	4.1.7 Durante su última visita al centro de salud, ¿alguien del personal de salud le gritó una insinuación o insultó por su aspecto físico.?	
156	4.1.8 Durante su última visita al centro de salud, ¿alguien del personal de salud le empujó, jaló o golpeó?	
157	4.Si la respuesta es sí, describa brevemente el contexto y su experiencia sobre algunas de las situaciones agresión antes consultadas	

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**.

Observaciones generales: El nombre del dato debería ser “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”.

El complemento espacio temporal para la medición se estableció como: **“en el año 2022 en los cinco centros de salud”**.

El indicador está vinculado a **Atención y tratamiento** dentro de la cascada de atención de ONUSIDA y corresponde al pilar de **Disponibilidad** dentro del MLC.

Resultados de la primera recolección de datos: No se presentaron problemas para recolectar información para el indicador.

País	Valor	Observación
Bolivia	76	Obtenido de la encuesta a personas usuarias
Costa Rica	115	Obtenido de la encuesta a personas usuarias
Ecuador	194	Obtenido de la encuesta a personas usuarias
Paraguay	85	Obtenido de la encuesta a personas usuarias

Las preguntas vinculadas son:

No.	Pregunta	Opción
158	5.1. Durante su última visita al centro de salud, ¿el personal de salud le atendió en un lugar privado para examinarme?	Lista (Sí/No)
159	5.1. Durante su última visita al centro de salud, ¿el personal de salud le dio los resultados de sus pruebas de manera privada?	
160	5.1. Durante su última visita al centro de salud, ¿el personal de enfermería le brindó los ARV de manera confidencial?	
162	5.1. Durante su última visita al centro de salud, ¿el personal de salud le hizo sentir bien durante su visita?	
163	5.1. Durante su última visita al centro de salud, ¿el personal de salud le trató de forma profesional?	
164	5.1. Durante su última visita al centro de salud, ¿el personal de salud le llamó por su nombre de elección?	

Anexo C:

Cumplimiento en el levantado de la información: Encuestas a personas usuarias

INFORMACIÓN SOBRE LA PLANIFICACIÓN DE LAS ENCUESTAS PERSONAS USUARIAS PARA EL 1ER. CICLO					
PAÍS	PROVINCIA	CENTRO	PLANEADAS	REALIZADAS	ALCANCE
Bolivia	Cochabamba	CDVIR Cochabamba	46	46	100%
Bolivia	Santa Cruz	CDVIR Santa Cruz	87	87	100%
Bolivia	El Alto	CDVIR El Alto	35	35	100%
Bolivia	La Paz	CDVIR La Paz	40	40	100%
Bolivia	Montero	Centro de Salud Divino niño	46	46	100%
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%
Ecuador	Santa Elena	Hospital General Liborio Panchana Sotomayor	16	16	100%
Ecuador	Chimborazo	Hospital Provincial General Docente Riobamba	11	11	100%
Ecuador	Guayas	Hospital General Monte Sinaí	77	77	100%
Ecuador	Quito	Hospital Enrique Garcés (sur)	58	58	100%
Ecuador	Quito	Hospital Eugenio Espejo (norte centro)	88	88	100%
Paraguay	Caaguazú	Región V - Caaguazú	24	24	100%
Paraguay	Itapúa	Región VII - Itapúa	37	37	100%
Paraguay	Alto Paraná	Región X - Alto Paraná	80	80	100%
Paraguay	Central	Región XI - Central	45	45	100%
Paraguay	Capital	Región XVIII - Capital	62	62	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
Bolivia	Cochabamba	CDVIR Cochabamba	1	1	100%
Bolivia	Santa Cruz	CDVIR Santa Cruz	1	1	100%
Bolivia	El Alto	CDVIR El Alto	1	1	100%
Bolivia	La Paz	CDVIR La Paz	1	1	100%
Bolivia	Montero	Centro de Salud Divino niño	1	1	100%
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%
Ecuador	Santa Elena	Hospital General Liborio Panchana Sotomayor	1	1	100%
Ecuador	Chimborazo	Hospital Provincial General Docente Riobamba	1	1	100%
Ecuador	Guayas	Hospital General Monte Sinai	1	1	100%
Ecuador	Quito	Hospital Enrique Garcés (sur)	1	1	100%
Ecuador	Quito	Hospital Eugenio Espejo (norte centro)	1	1	100%
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
Bolivia	Cochabamba	CDVIR Cochabamba	1	1	100%
Bolivia	Santa Cruz	CDVIR Santa Cruz	1	1	100%
Bolivia	El Alto	CDVIR El Alto	1	1	100%
Bolivia	La Paz	CDVIR La Paz	1	1	100%
Bolivia	Montero	Centro de Salud Divino niño	1	1	100%
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%
Ecuador	Santa Elena	Hospital General Liborio Panchana Sotomayor	1	1	100%
Ecuador	Chimborazo	Hospital Provincial General Docente Riobamba	1	0	0%
Ecuador	Guayas	Hospital General Monte Sinaí	1	1	100%
Ecuador	Quito	Hospital Enrique Garcés (sur)	1	0	0%
Ecuador	Quito	Hospital Eugenio Espejo (norte centro)	1	0	0%
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			25	25	28%



MLC 2024

