



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 DEL CICLO II

MONITOREO LIDERADO POR LA COMUNIDAD (MLC)



Diciembre, 2024

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. CONTEXTO.....	4
III. METODOLOGÍA.....	7
DISEÑO DE LA ENCUESTA.....	7
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	7
PLANTEAMIENTO TÉCNICO DEL ESTUDIO	8
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	8
INDICADORES DEL MLC Y SUS OBJETIVOS.....	9
PILARES DE MLC PARA EL MONITOREO DE LA ATENCIÓN DEL VIH.....	10
ANÁLISIS DE RESULTADOS	11
INFERENCIA E INTERPRETACIÓN	11
CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE CALIDAD DE DATOS	12
IV. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES	13
ALCANCE DE LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	13
V. HALLAZGOS.....	17
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 tres países.....	17
Monitoreo del inicio y entrega de TAR	17
Monitoreo de Carga Viral (CV).....	24
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.....	30
Monitoreo del acceso a los servicios	30
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.....	35
Al realizar un análisis se encontró:	40
VI. CONCLUSIONES	44
OE1.....	44
OE2.....	44
OE3.....	45
VII. RECOMENDACIONES	46
OE1.....	46
OE2.....	46
OE3.....	47
VIII. ANEXO	48

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 y Ecuador.

La estrategia regional en cada uno de sus ciclos aplica 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 incluye hasta el momento, la fase de diseño, la fase de recolección de datos del 1er. y 2do. ciclo, finalizando este último ciclo en septiembre del 2024, posteriormente se arrancó con la fase de análisis de datos para el segundo ciclo y la fase de revisión en el avance de las acciones de incidencia presentadas al finalizar el primer ciclo.

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 que se ha ido recolectando, ha sido utilizada para crear soluciones, acciones y recomendaciones que permitan obtener los objetivos planteados dentro del plan de mejora que fue propuesto con base en los resultados del primer ciclo.

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

Según estimaciones de las Naciones Unidas, la población de América Latina y el Caribe (ALC) es de aproximadamente 658 millones de personas para el 2023, representando el 8.2% de la población mundial, y se proyecta que la región alcanzará su población máxima en 2056, con un total de 752 millones de personas¹.

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 actualidad².

A partir de los años 1990 y hasta la actualidad, las tasas de natalidad y mortalidad han continuado descendiendo, lo que ha llevado a un aumento en la esperanza de vida y un proceso de envejecimiento poblacional. La proporción de personas mayores de 65 años en la población de ALC se espera que se duplique para 2050. Se proyecta que la población mayor de 65 años crecerá del 9% en 2020 al 20% en 2050. Esto significa que la región tendrá que enfrentarse a una población envejecida en un contexto económico desafiante, así como a desafíos relacionados con el sistema de atención sanitaria, incluyendo la atención en VIH³.

Para América Latina y el Caribe, la epidemia de VIH y SIDA mantiene un crecimiento sostenido en la región. La prevalencia del VIH en ALC ha sido relativamente estable, situándose alrededor del 0,5% de la población adulta (15-49 años) en 2022, lo que representa aproximadamente 2.5 millones de personas viviendo con VIH en la región⁴.

La transmisión sexual es la principal vía de transmisión del VIH en América Latina, con un incremento en la transmisión entre parejas heterosexuales en algunos países. En 2022, se reportaron aproximadamente 120,000 nuevos casos de VIH en la región⁵.

En términos de tratamiento, alrededor del 60% de las personas con VIH en América Latina acceden a terapia antirretroviral (TAR). Sin embargo, la retención en el tratamiento y el acceso desigual siguen siendo desafíos importantes, especialmente en comunidades rurales y entre grupos marginalizados^{6,7}.

Ahora bien, específicamente en los países que han sido priorizados por el MLC, para Bolivia, de acuerdo con los datos globales de ONUSIDA, la tasa de prevalencia del VIH ha tenido un incremento del 0.1% en edades entre 15-49 durante la década de los 90s al 0.2% para principios de los 2000, y nuevamente al 0.3% para el primer trimestre de 2019.

Bolivia ha registrado un aumento en los casos de VIH, principalmente en los departamentos de Santa Cruz, La Paz y Cochabamba, que representan alrededor del 90% de los casos en el país concentrándose el 43% de los casos de VIH en Santa Cruz⁸. A nivel

¹ ONU. Proyección de población mundial. s.l.: Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2022.

² CEPAL. Transición demográfica en América Latina y el Caribe. 2022.

³ CEPAL. Transición demográfica en América Latina y el Caribe. 2022

⁴ ONUSIDA. Informe global sobre el VIH y el sida. 2022

⁵ ONUSIDA. Informe global sobre el VIH y el sida. 2022

⁶ OPS. Epidemiología del VIH en América Latina y el Caribe. 2022

⁷ ONU. Informe sobre los derechos humanos y el VIH en América Latina. 2022.

⁸ Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. VIH 2013-2020. 2021.

nacional, se detectan entre 2,700 y 3,000 nuevos casos anualmente, lo que refleja el continuo desafío de la propagación del VIH en Bolivia⁹.

"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"¹⁰.

Para Costa Rica en 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. En los últimos años se ha registrado un promedio anual de aproximadamente 837 casos nuevos de VIH, con la mayoría de los casos correspondientes a hombres¹¹.

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. Actualmente, Costa Rica ha implementado la profilaxis preexposición (PrEP), que está disponible tanto en el sector privado como en algunas clínicas públicas. Esta medida ha sido clave para reducir el riesgo de transmisión en grupos de alto riesgo, y se ha demostrado que, al combinarla con el uso de preservativos, se reduce en más de un 95% la posibilidad de contraer VIH por vía sexual¹².

En Ecuador, de acuerdo con ONUSIDA, la prevalencia de VIH en la población general adulta (15-49 años) es aproximadamente del 0.3%. Sin embargo, grupos como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y trabajadoras sexuales presentan tasas significativamente más altas. El número estimado de personas viviendo con VIH en Ecuador varía entre 36,000 y 43,000 personas, según datos recientes¹³.

De acuerdo con los datos más recientes del Ministerio de Salud Pública, 39,224 personas viven con VIH hasta 2023. Este número refleja los casos registrados desde 1984, cuando se documentó el primer caso en el país.

La epidemia de VIH en el Ecuador es de tipo concentrada, principalmente en personas transfemeninas (MTF) (34,8 % en Quito y 20,7 % en Guayaquil) y de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (16,5 % en Quito y 11,2 % en Guayaquil). Por otra parte, en la población general la prevalencia nacional es de 0,3 en personas entre 15 y 49 años¹⁴.

En general para LAC, se ha avanzado en materia de adopción de leyes, reglamentos y política pública en 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

⁹ Sistema Unico de Salud. Bolivia: s.n., 2024.

¹⁰ Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. VIH 2013-2020. 2021.

¹¹ Cordero, M. Costa Rica se estanca en 837 casos nuevos en promedio de VIH por año. Semanario Universidad. 2024.

¹² Delfino. Autoridades recomiendan realizar prueba diagnóstica de forma constante. Delfino. 202

¹³ ONUSIDA. Hoja informativa sobre el VIH y sida en Ecuador. Ecuador: s.n., 2022.

¹⁴ Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Informe VIH. Ecuador: El nuevo Ecuador.

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 basadas 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. Estos indicadores serán utilizados durante los tres ciclos de implementación del modelo.

La implementación del MLC para este segundo ciclo incluyó lo siguiente:

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 y Ecuador. Esta encuesta se utilizó en la recolección del primer ciclo del MLC, con lo que se evidenció la necesidad de realizar pequeños ajustes en dos indicadores previo a su uso en el segundo ciclo, los cuales se detallarán dentro del documento.

Desde el inicio, 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

La recolección de la información, al igual que en el primer ciclo, 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.

El tamaño de la muestra fue el mismo que se llevó a cabo durante el primer ciclo, el cual corresponde a un cálculo basado en el número total de consultas registradas en cada centro durante un mes específico. Estableciéndose la muestra originalmente 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 tres 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 segundo ciclo, cada país contó nuevamente 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 2023 y 2024 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 con VIH 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 y Ecuador", se organizó en tres etapas distintas pero complementarias, para lo cual se contó con 3 Coordinadores Nacionales y 15 personas recolectoras que fueron capacitadas 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, pese al esfuerzo realizado, no se consiguieron nuevamente 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.

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. En esta ocasión, se incluyen dos momentos para la realización de grupos focales, uno previo al levantado de la información, y otro durante el levantado de la información.

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 forma centralizada, mientras que en Costa Rica no se obtuvo el permiso necesario para realizar las encuestas, por lo que se encuentra un proceso de solicitud de información al Ministerio de Salud, con base en los documentos que recientemente fueron publicados con el apoyo del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Salud.

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 tres países de la Subvención ALEP+PC: Bolivia, Costa Rica y Ecuador", 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 tres 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.

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 les usuaries 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 les usuaries.

- **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.

Inferencia e Interpretación

Para este segundo ciclo de análisis se adoptó nuevamente un enfoque descriptivo detallado para sintetizar y organizar los datos obtenidos de la encuesta. Este proceso incluyó la realización de cálculos de frecuencias y porcentajes para muchas de las respuestas, abarcando desde datos demográficos básicos hasta percepciones y experiencias específicas relacionadas con la calidad y el acceso a los servicios de salud. A través de este método, se logró categorizar y entender la distribución de las respuestas, así como identificar patrones y tendencias que surgieron entre los participantes de los diferentes países.

Este análisis descriptivo permitió una caracterización más profunda de la población encuestada, destacando tanto las particularidades como los aspectos comunes que definen a los grupos dentro de cada contexto nacional. Esto facilitó una comprensión más completa de las dinámicas sociales y de salud que influyen en los individuos, lo que

permitió identificar áreas clave para posibles intervenciones y para la formulación de políticas públicas orientadas a mejorar la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud. Además, abordó de manera efectiva el estigma y la discriminación en el ámbito de la atención sanitaria.

Consideraciones Éticas y de Calidad de Datos

A lo largo de todo el proceso de investigación, se sostuvo con firmeza el compromiso con elevados estándares éticos, priorizando en todo momento la protección de la confidencialidad y el anonimato de los individuos que participaron en la encuesta. Con el fin de asegurar la integridad y fiabilidad de los datos recogidos, se implementaron rigurosas medidas de control de calidad. Estas medidas incluyeron la realización de una meticulosa verificación de la coherencia en las respuestas proporcionadas por los participantes, así como la eliminación selectiva de cualquier dato que resultara incompleto o que presentara inconsistencias evidentes.

Este enfoque exhaustivo hacia la calidad y la ética de los datos no solo subraya la seriedad y responsabilidad con la que se condujo el modelo, sino que también refuerza la validez de los hallazgos y conclusiones derivados de este. Al garantizar que cada respuesta fuera coherente y confiable, y al descartar aquellas entradas de datos que no cumplieran con los criterios establecidos, se mejoró significativamente la precisión del análisis final. Además, la garantía de anonimato y confidencialidad aseguró que los participantes pudieran responder con honestidad y sin temor a la repercusión, lo que es esencial para recabar información veraz y profunda sobre temas sensibles.

La adopción de estas prácticas éticas y de control de calidad no solo cumple con los imperativos éticos inherentes a cualquier investigación que involucre a seres humanos, sino que también contribuye a la construcción de un cuerpo de evidencia sólido y fiable. Este fundamento es crucial para informar y orientar futuras políticas, programas y prácticas destinadas a abordar las problemáticas identificadas a través de la investigación.

IV. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES

Alcance de la recolección de la información

El levantamiento de información del primer ciclo del MLC obtuvo una recolección a nivel regional para los países de Bolivia, Costa Rica y Ecuador de alrededor de 750 resultados, esto a través de encuestas a personas usuarias, entrevistas grupales e información brindada por personal de salud en los diferentes centros priorizados.

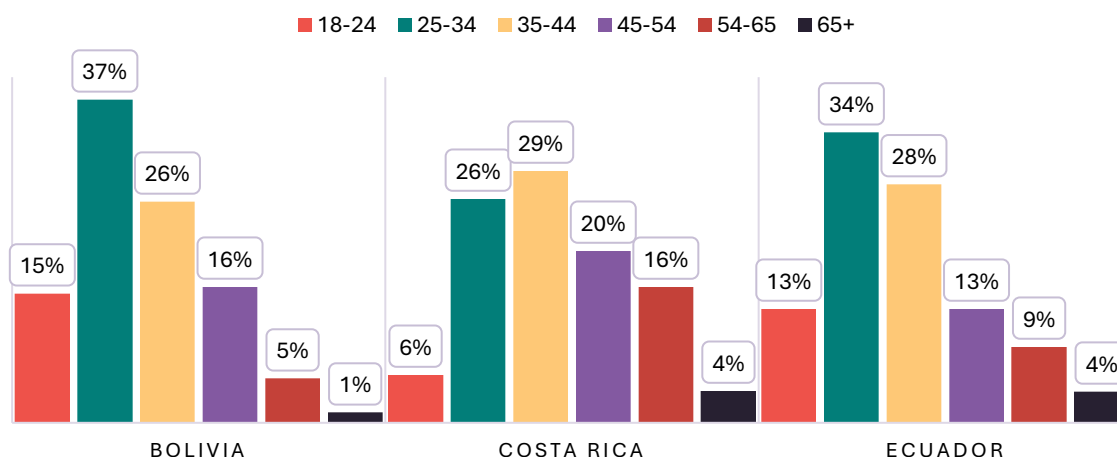
Tabla 1: Alcance en la implementación del MLC 2do. Ciclo

	Bolivia	Costa Rica	Ecuador
Provincias/Región	5	3	4
Centros de Salud	5	5	5
Personas viviendo con VIH	3,665	894	2,809
PVIH y PCVIH (encuestas individuales y entrevistas grupales)	289	251	285
Encuestas a centros de salud	5	0	5

Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

La mayor proporción de personas encuestadas perteneció al rango etario de 25-34 años, principalmente en Bolivia y Ecuador, ocupando para cada país más del 30%. En el caso de Costa Rica la muestra tuvo una distribución más homogénea, en la cual se observó participación similar entre los rangos del 25-34 años y de 35- 44 años, con el 26 y 29% respectivamente.

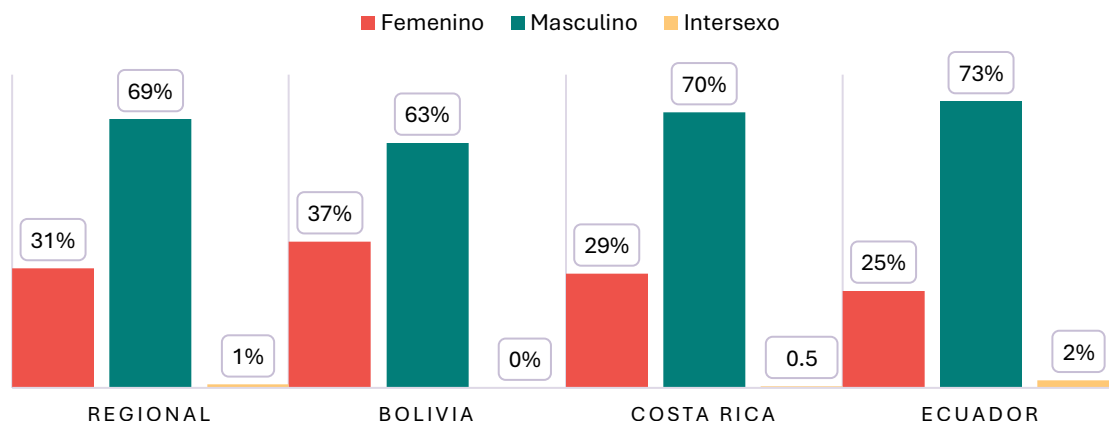
Gráfico 1: Personas usuarias abordadas por rango etario



Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Al momento de desagregarlo por sexo al nacer vemos que la participación fue mayoritariamente del sexo masculino, con un 68.61% (494/720), como se muestra en el siguiente gráfico:

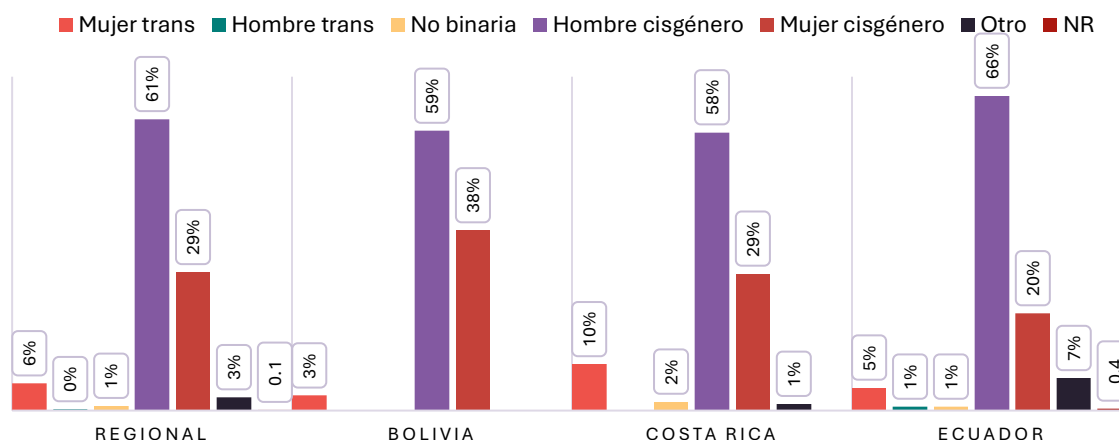
Gráfico 2: Personas usuarias abordadas por sexo al nacer



Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Ahora bien, en lo relativo a la identidad de género, fue mayor la participación de los hombres y mujeres cisgénero, pero con representación de otras identidades de género, tales como mujeres Trans y personas no binarias:

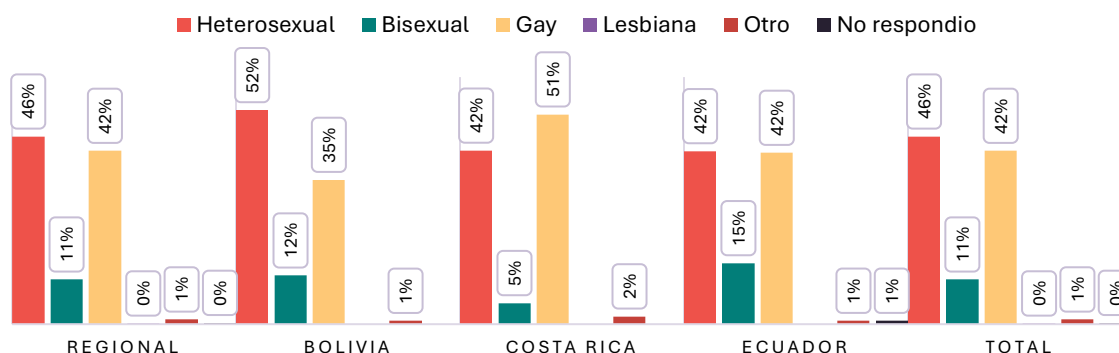
Gráfico 3: Personas usuarias abordadas por identidad de género y país.



Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Con relación a la orientación sexual, a nivel regional la población participante más alta estuvo conformada en un 46% por personas heterosexuales, seguidas con el 42% por personas gay, como se observa en la siguiente gráfica:

Gráfico 4: Personas usuarias abordadas por orientación sexual y país



Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Asimismo, dentro de la encuesta se consultó con los participantes sobre su nivel académico, su estado civil, y si se encontraban laborando al momento de la realización de la encuesta. La participación a nivel regional se dio principalmente por participantes con un nivel académico de secundaria con 39.8%, en su mayoría en soltería 60% y con trabajo (formal, informal o negocio propio) un 68.75%.

Gráfico 5: Personas usuarias abordadas por nivel educativo de los tres países evaluados

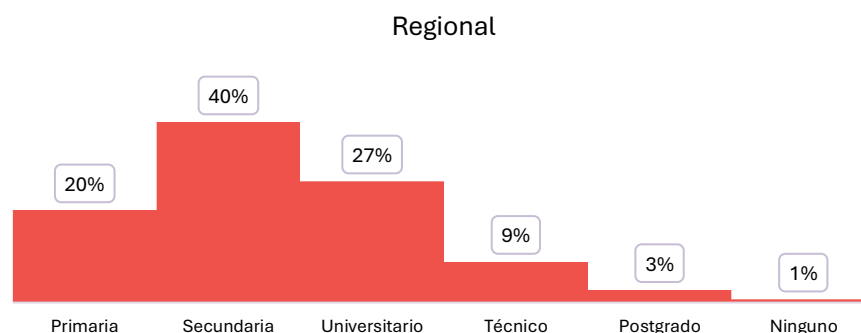
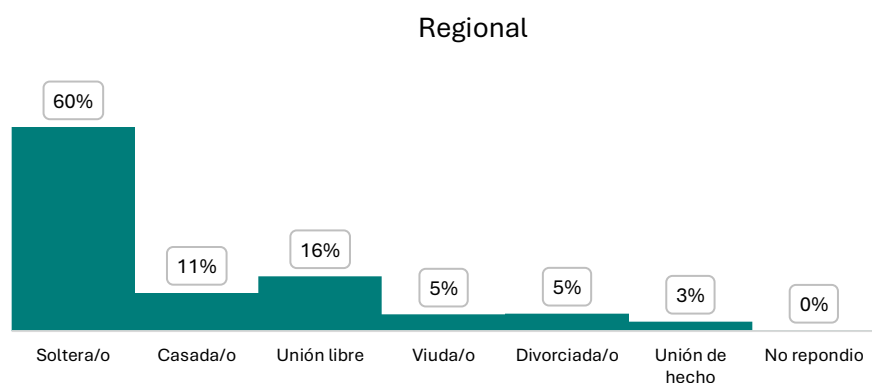


Gráfico 6: Personas usuarias abordadas por estado civil de los tres países evaluados



Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Por último, podemos decir que el 81% de las personas que participaron pertenecían a sectores del área rural y solamente el 19% era de área urbana, lo que, al momento de

revisar los principales resultados, permite observar el acceso a los servicios que se tiene desde el área rural.

En esta sección podemos observar la distribución sociodemográfica que tuvo la muestra de usuaries quienes participaron en las encuestas del MLC. El detalle específico de los sitios por país y alcance individual se puede observar en el Anexo B (Encuestas).



V. HALLAZGOS

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 tres países de la subvención ALEP+PC: Bolivia, Costa Rica y Ecuador?**

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 tres países.

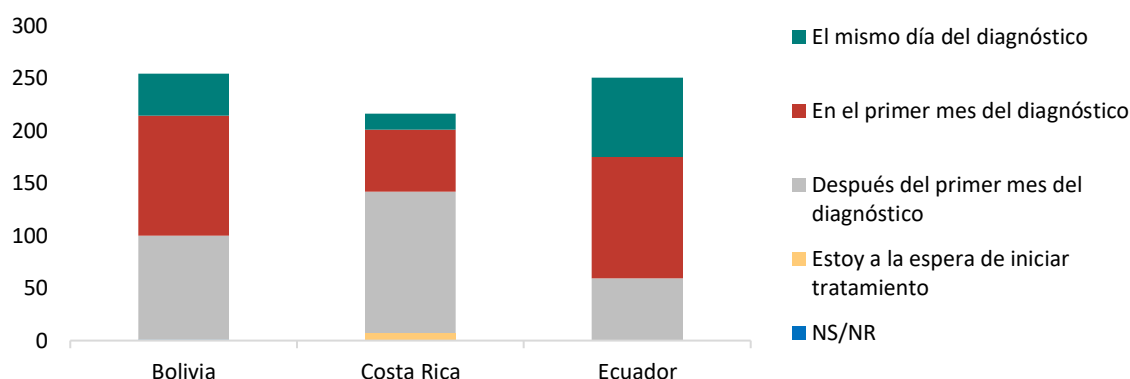
Para algunos indicadores, responsables de dar respuesta a este objetivo lamentablemente no se obtuvo información, sin embargo, revisaremos la información relativa a la disponibilidad y acceso al tratamiento antirretroviral y las pruebas de carga viral, indispensables para el cumplimiento de los objetivos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

Monitoreo del inicio y entrega de TAR

En relación con la disponibilidad y entrega de TAR posterior al diagnóstico, a nivel regional las personas encuestadas indicaron haber recibido el tratamiento, sin embargo, al igual que lo encontrado durante el primer ciclo, no en todas las ocasiones el tratamiento inició dentro de los primeros 7 días posterior al diagnóstico o por lo menos durante el primer mes. Los resultados indican que solamente el 18.06% del total de encuestados indicó haber recibido el TAR el mismo día del diagnóstico, valor que al compararse con el primer ciclo (12.4%) presenta un incremento de alrededor del 6%.

El 40.14% de los usuarios de los tres países indican que iniciaron TAR en el transcurso del 1er. mes, quedando una brecha del 41.80% 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.

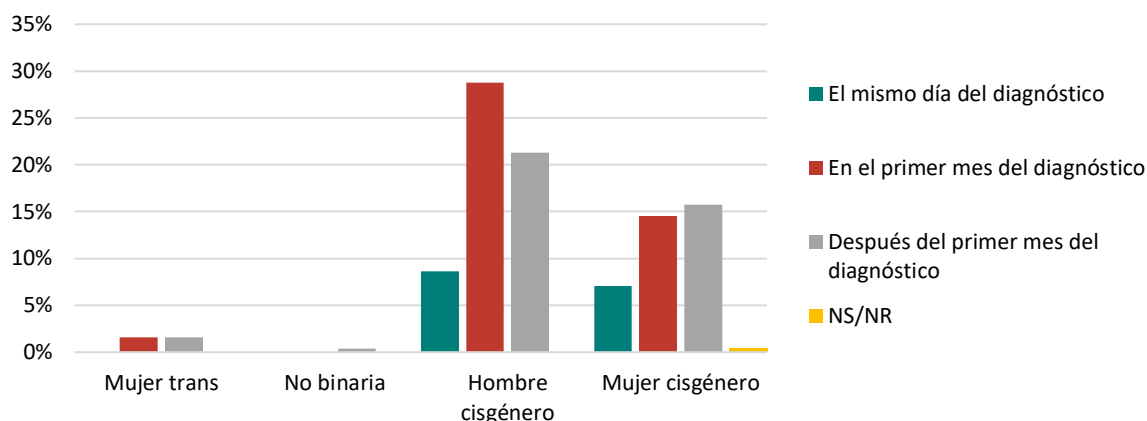
Gráfico 7: Inicio de TAR por país



Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Al desagregar estos datos por país y género, encontramos que el 97.40 de los que inician el mismo día o el primer mes en Bolivia son hombres y mujeres cisgénero. El 2.6% restante es para la población de mujeres trans. Es importante hacer notar que se tiene una brecha del 39% de les usuaries que recibieron su tratamiento posterior al primer mes posterior al diagnóstico.

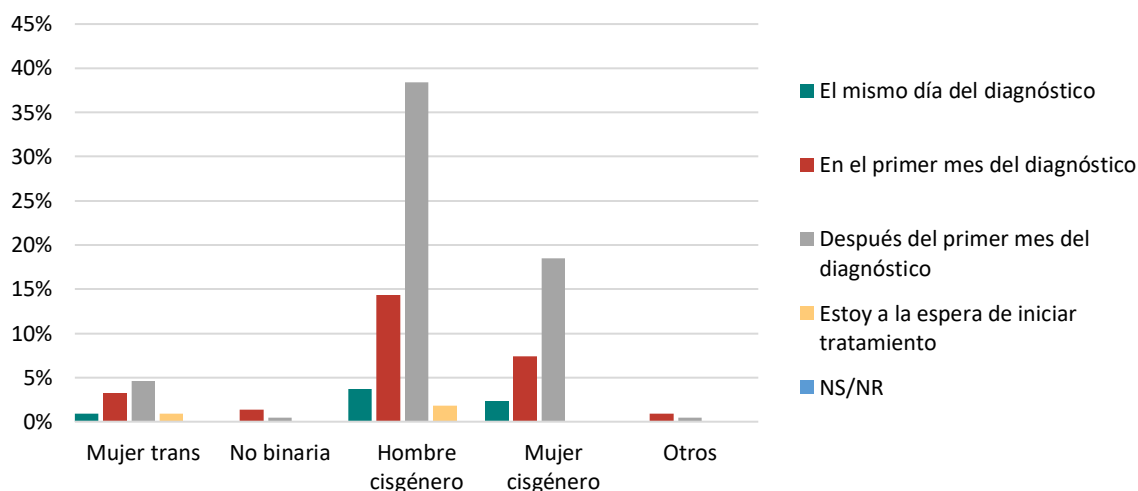
Gráfico 8: Inicio de TAR Bolivia por identidad de género



Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

De igual forma podemos observar que para Costa Rica solamente el 7% de los encuestados indicó haber iniciado el tratamiento dentro de los primeros 7 días posterior a su diagnóstico. La mayoría (62%) indicó haberlo iniciado posterior al primer mes del diagnóstico, y existe un pequeño porcentaje (3%) que indica estar a la espera para el inicio del tratamiento.

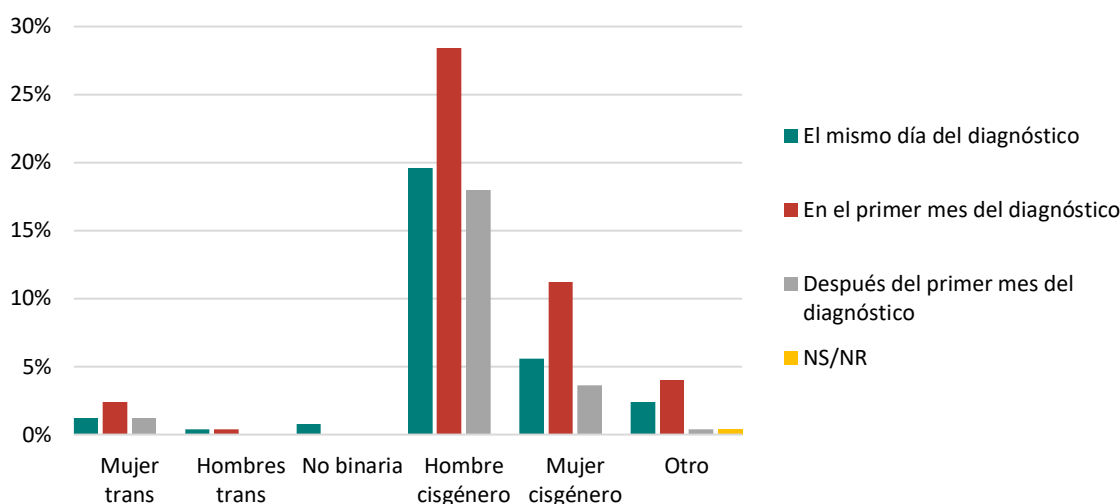
Gráfico 9: Inicio de TAR Costa Rica por identidad de género



Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Para el caso de Ecuador, el 28% de los usuarios, indican haber iniciado tratamiento el mismo día del diagnóstico, de estos, el 20% corresponde a hombres cisgénero. El 42% indica haberlo recibido en el transcurso del primer mes posterior al diagnóstico, por lo que se tiene una brecha del 24% que indican haber recibido su tratamiento posterior a estos periodos.

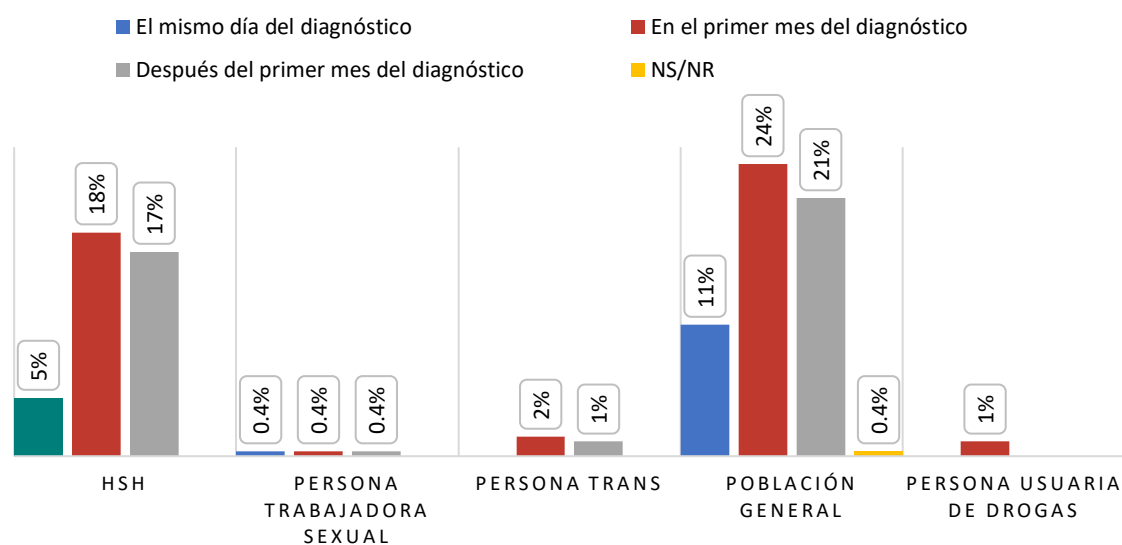
Gráfica 10: Inicio de TAR Ecuador por identidad de género



Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Ahora bien, al desagregar la información de entrega de TAR a partir del diagnóstico por población clave, podemos observar para Bolivia que la mayoría de los inicios el mismo día y primer mes después del diagnóstico corresponden a población general y Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

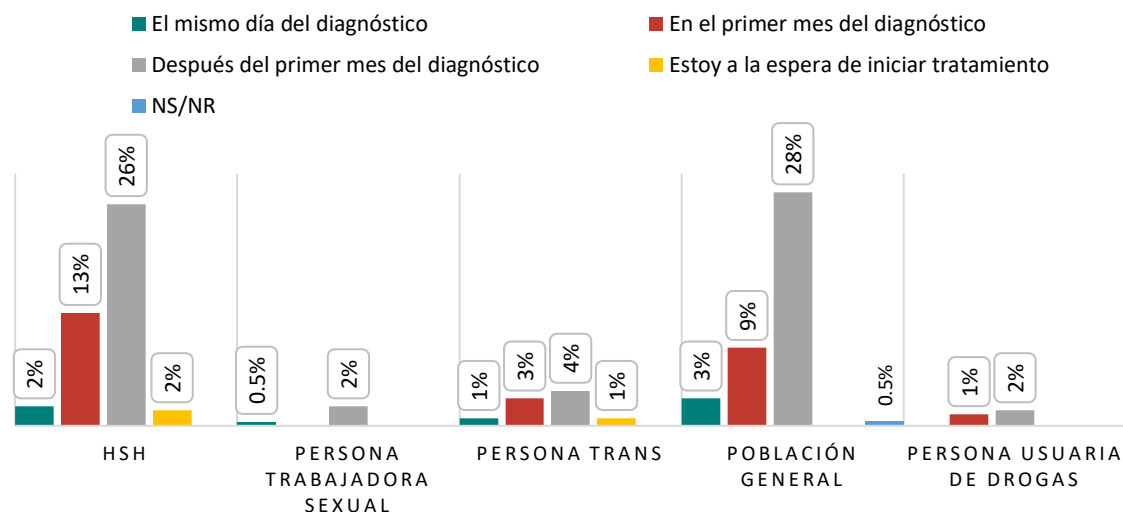
Gráfico 11: Inicio de TAR Bolivia por población clave



Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Ahora bien, al desagregar la información de entrega de TAR a partir del diagnóstico por población clave, podemos observar que en Costa Rica se está iniciando en su mayoría (62%) posterior al 1er. mes del diagnóstico

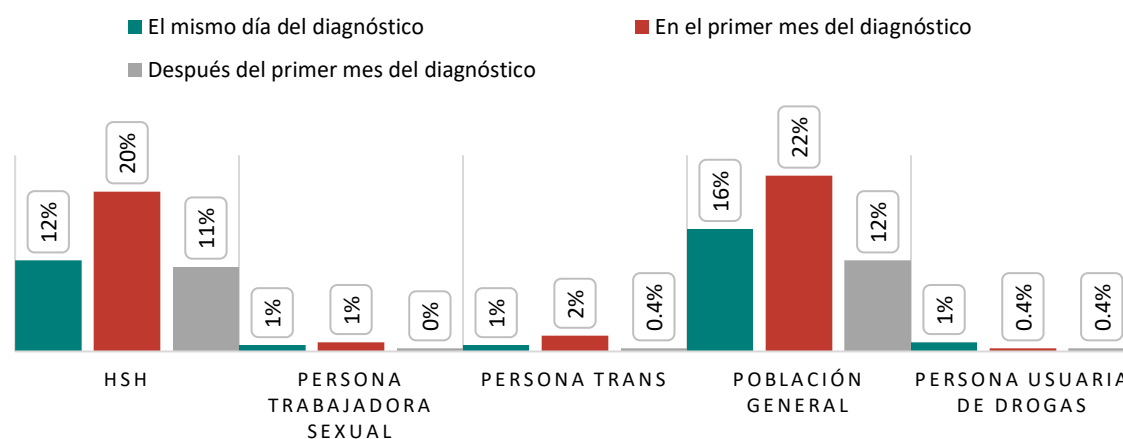
Gráfico 12: Inicio de TAR Costa Rica por población clave



Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Ecuador con porcentaje de inicio el mismo día y primer mes de inicio de TAR para hombres y mujeres cisgénero del 83%. Con relación a las poblaciones clave la distribución se observa en el gráfico, la cual refleja que el 38% de los encuestados que indican haber iniciado dentro del primer mes posterior al diagnóstico pertenecen a la población general, seguidos por HSH con el 32%.

Gráfico 13: Inicio de TAR Ecuador por población clave



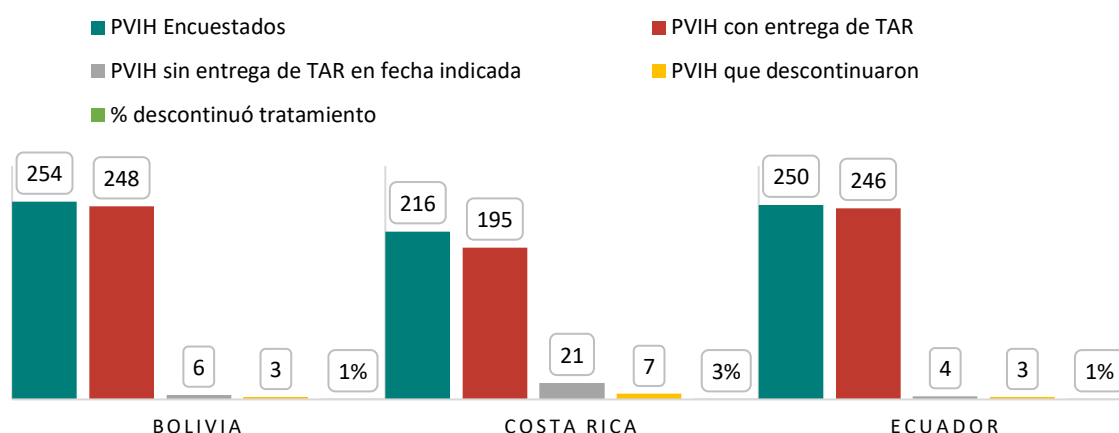
Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Como se observa esta información por población clave, Costa Rica está iniciando en su mayoría (65%) posterior al 1er. mes del diagnóstico, sin embargo, en Bolivia, y Ecuador el inicio de TAR se da desde el primer día del diagnóstico o durante el primer mes.

En el contexto de la **disponibilidad** de atención de la salud para personas con VIH para los tres 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 TAR, lo que, en algunos casos, llevó a discontinuar el tratamiento en algún momento, como se observa en la gráfica 14. El porcentaje de usuaries que discontinuaron es menor al registrado durante la recolección del primer ciclo (3.6%), con referencia al 1.8% encontrado en los resultados de este ciclo.

Gráfica 14: Entrega de TAR en los tres países



Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

En Bolivia un 2.3% 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 1% 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.

Al indagar sobre este tema en los grupos focales, indican de forma general que se tiene acceso al medicamento, sin embargo, algunos participantes se quejaron de los problemas en la administración de resultados y tratamientos, como lo señaló uno de los participantes "Realmente hay veces... retrasan en la compra de los medicamentos, entonces hay veces no nos dan lo que es justo"¹⁵.

En los cinco centros de atención se indicó que existe abastecimiento, pero que el problema es que el centro de salud no hace el requerimiento en tiempo. Les usuaries que reportaron que no se les entregó el medicamento debido a desabastecimiento, pertenecían a los centros de salud CDVIR El Alto y CDVIR Santa Cruz.

Una persona usuaria comentó que en una ocasión tuvo que regresar en otra fecha a recoger medicamento, pues no había en ese momento. "...A veces los mismos centros de salud no hacen la solicitud a tiempo a su red..."¹⁶

¹⁵ Recuperado del GF del II Ciclo, 30 agosto 2024, CDVIR La Paz, Bolivia.

¹⁶ Recuperado del GF intermedio, julio 2024. CDVIR Cochabamba, Bolivia.

En general en los GF se destaca la disponibilidad continua de los ARV, pero hay retrasos en la entrega de resultados de pruebas como la carga viral y CD4, especialmente cuando el sistema se satura, lo que impacta directamente en la entrega del tratamiento.

"en mi caso, yo he iniciado mi tratamiento el año pasado ...en enero, pero lamentablemente a mí, no me han otorgado los ARV, sino que me han hecho laboratorio, he esperado un mes, después de un mes aún no ha salido mi CD4...pues ese es el problema...que nos hacen y sale de 3 meses, tardan mucho, entonces me han dado recién, han salido en febrero del año pasado, después me han dado un solo frasquito de retroviral..."¹⁷

Respecto a los cambios de tratamiento o esquemas, algunas personas usuarias comentan que les han dado la explicación del por qué han cambiado, como caso de este usuario, que indicó: " A mí sí me cambiaron el medicamento porque al hacerme la carga viral el año pasado, estaba con la carga viral muy alta pese a que estaba con los medicamentos. Entonces es por eso que me han cambiado el medicamento, no sé, el nombre, la verdad del medicamento de memoria, pero sí me lo cambiaron por esa razón"¹⁸

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 mejorar, pero las personas usuarias quisieran saber en qué es mejor y saber también sobre los efectos secundarios de este nuevo medicamento.

"...A mí desde el diagnóstico me han cambiado como unos cuatro veces esquemas"¹⁹ "...Yo no nunca estuve de acuerdo... me cambiaron a lo nuevo no de una tableta."

"A mí no me explicaron, a mí me lo cambiaron. Doctora porque me lo está cambiando me dijo es casi igual el medicamento así me dijo la doctora, Si es para vivir bien bueno le dije bueno"²⁰.

En Costa Rica el 9.7% de las personas usuarias ha experimentado situaciones donde se fueron sin recibir los medicamentos necesarios. Las razones incluyen que no se ha actualizado el medicamento por parte de farmacia, falta de personal disponible en bodega 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 les usuaries. De hecho, para este ciclo se registra un incremento del 1.7% con relación al número de personas que descontinuaron tu tratamiento a causa de la no entrega del mismo en la fecha indicada por el servicio de salud.

Estas causas se han registrado para cuatro de los cinco centros en Costa Rica, solamente las personas encuestadas que asisten al Hospital Monseñor Sanabria indicaron haber recibido siempre sus medicamentos en la fecha indicada.

En los GF realizados indicaron: "... el tratamiento digamos no me lo entregaron en tiempo ni en la fecha que correspondía por atraso en el traslado de la bodega a la farmacia del hospital a la semana fui y me dijeron pero esto le tocaba retirar la semana pasada y les dije que si había ido y que la persona que me atendió me marcó con unas letras azules me dijo

¹⁷ Recuperado del GF del II Ciclo, 30 agosto 2024, CDVIR La Paz, Bolivia

¹⁸ Recuperado del GF del II Ciclo, 30 agosto 2024, CDVIR La Paz, Bolivia

¹⁹ Recuperado del GF intermedio, julio 2024. CDVIR Santa Cruz, Bolivia.

²⁰ Recuperado del GF Ciclo II, 27 agosto 2024. CDVIR San Cruz, Bolivia.

que llegara a tal fecha yo vengo esta fecha que aquí mismo me indicaron que viniera y no me lo no me lo dieron porque dijeron que ya se me había pasado el tiempo y por ese error de ellos mismos no me lo entregaron"²¹

"...Desde el Covid nos pasaron a las clínicas o Ebáis y ahí es más lento a mí me duran hasta quince días para entregarlos."²² ...Si llegue y no había medicamento y solo me dijeron no hay y que me llaman que estaba agotado esto me dio mucha ansiedad..."²³

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

"Digamos mal la entrega porque lo están dando en partes" "el tratamiento digamos no me lo entregaron porque dijeron que no había en stock"²⁴

"...No había en existencia y por eso me estaban dando ese"²⁵ "Las personas deben regresar varias veces debido a que no se entrega todo el tratamiento en una sola visita"²⁶

Les usuaries mencionaron en los GF algunos desafíos relacionados con la disponibilidad de los medicamentos y el proceso de entrega de ARV. Se reporta que, si bien el personal intenta cumplir con las recetas, en ocasiones hay problemas de disponibilidad de ciertos medicamentos.

"Luego las otras recetas de los demás meses se van sacando en diferentes momentos porque no siempre hay todos los medicamentos disponibles"²⁷ "Cuatro personas mencionaron que les cambiaron el ARV debido a la falta del medicamento, lo que generó complicaciones en su tratamiento"²⁸

Ahora bien, al consultar en los GF sobre el cambio de esquema, y si se les había indicado el motivo por el cual se había realizado el cambio, les usuaries mencionaron que no siempre se les explica por qué cambian su esquema

"El cambio de ARV no siempre fue explicado a les usuaries, lo que generó incomodidad y desconfianza"²⁹

"Les usuaries a menudo no entienden por qué ciertos tratamientos son necesarios, y esto genera desconfianza, especialmente en comunidades indígenas"³⁰

²¹ Recuperado del GF Ciclo II, agosto 2024. Hospital Calderón Guardia, Costa Rica.

²² Recuperado del GF intermedia agosto 2024. Hospital Calderón Guardia, Costa Rica.

²³ Recuperado del GF intermedia agosto 2024. Hospital Calderón Guardia, Costa Rica.

²⁴ Recuperado del GF Ciclo II, agosto 2024. Hospital Calderón Guardia, Costa Rica.

²⁵ Recuperado del GF intermedio julio 2024. Hospital San Rafael de Alajuela, Costa Rica.

²⁶ Recuperado del GF Ciclo II, agosto 2024. Hospital Monseñor Sanabria, Costa Rica.

²⁷ Recuperado del GF Ciclo II, agosto 2024. Hospital San Juan de Dios, Costa Rica.

²⁸ Recuperado del GF Ciclo II, agosto 2024. Hospital San Juan de Dios, Costa Rica.

²⁹ Recuperado del GF Ciclo II, agosto 2024. Hospital San Juan de Dios, Costa Rica.

³⁰ Recuperado del GF Ciclo II, septiembre 2024. Hospital San Rafael de Alajuela, Costa Rica.

En Ecuador un 2.4% 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.

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. “A veces me hacen esperar para entregarme la medicina³¹”.

En los GF se documenta inconformidad por la forma es que es entregado el medicamento

"Eso es algo molesto se interrumpe, en cuanto a la farmacia al momento de retirar los medicamentos de la farmacia no hacen ir a un costado para retirar la medicina, desde mi perspectiva no lo veo bien como que desde ese momento se ve que tú eres de otro lado, o como sugerencia se debe entregar en el consultorio de esta Dra."³²

Del indicador número y porcentajes de personas con VIH que descontinuaron su tratamiento de ARV en el 2023, se identificó que a nivel regional 13 de los participantes (1.8% del total encuestado) manifestaron haber dejado de tomar medicamento, derivado de la no entrega del mismo. Porcentaje notablemente menor al identificado en el primer ciclo, el cual fue de 3.1%.

Tabla 2: Personas usuarias que no recibieron TAR en la fecha indicada

No.	País	%	Personas	Total
1	Bolivia	2.4%	6	254
2	Costa Rica	9.7%	21	216
3	Ecuador	1.6%	4	250
Total		4.3%	31	720

Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Monitoreo de Carga Viral (CV)

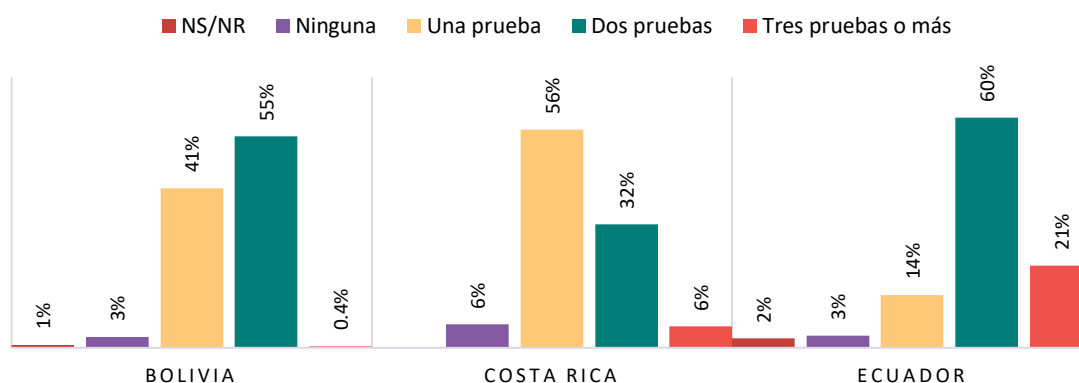
Con relación al monitoreo de la prueba de carga viral, se determinó que 26 personas usuarias a nivel regional, equivalente al 3.6% de la muestra total, no se ha realizado ninguna prueba de CV en el último año. De igual forma, en las entrevistas grupales se manifestó que han tenido acceso a la prueba de CV en los diferentes países priorizados. Siendo Costa Rica quien manifestó el mayor porcentaje con un 6%. Como se observa en la gráfica 15.

A nivel regional el 22.3% de usuaries refieren haberse realizado una prueba en el último año, 49.4% refiere haberse realizado dos pruebas de CV, y el 9.2% indican haberse realizado tres o más pruebas de CV.

³¹ Recuperado del GF intermedio julio 2024. Hospital General Liborio Panchana Sotomayor, Ecuador.

³² Recuperado del GF Ciclo II 2024. Hospital General Liborio Panchana Sotomayor, Ecuador.

Gráfico 15: Porcentaje de personas que se han realizado pruebas de CV en los 3 países priorizados



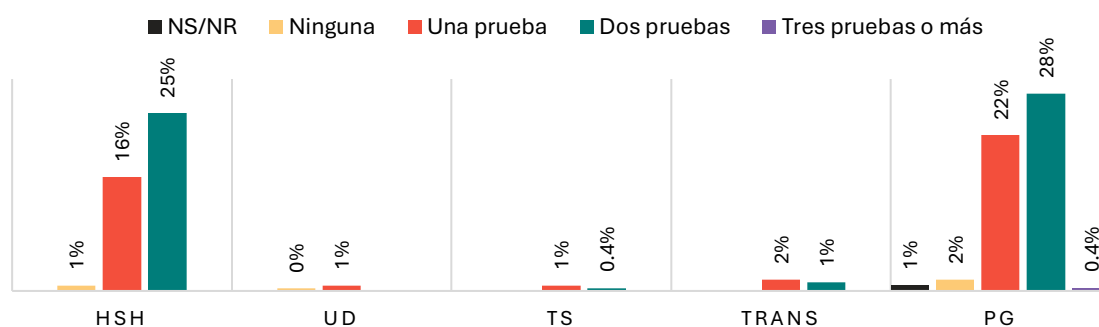
Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

En Bolivia (Gráfico 15), el 55.1% de las personas usuarias se realizó las dos o más pruebas de CV recomendadas en el último año, lo que sugiere una mejora en el seguimiento con relación al ciclo anterior, en el cual no supera el 50%. De los que más adelante veremos, que indicaron ser indetectables, el 58.8% reportó haberse sometido a dos pruebas de CV, reflejando una mejor situación en este grupo, siendo la mayoría perteneciente a población general.

Ahora bien, referente a las opiniones emitidas en los GF señalaron múltiples problemas relacionados con la disponibilidad de servicios y medicamentos. Un ejemplo de esto es el comentario de un participante, quien mencionó la falta de resultados de pruebas cruciales como CD4 y CV:

"Nos hacen [la carga viral], pero no tenemos los resultados, o sea, algo muy atrasado y eso es lo que realmente nos preocupa"³³.

Gráfico 16: Porcentaje de PVIH con pruebas de CV - Bolivia



Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

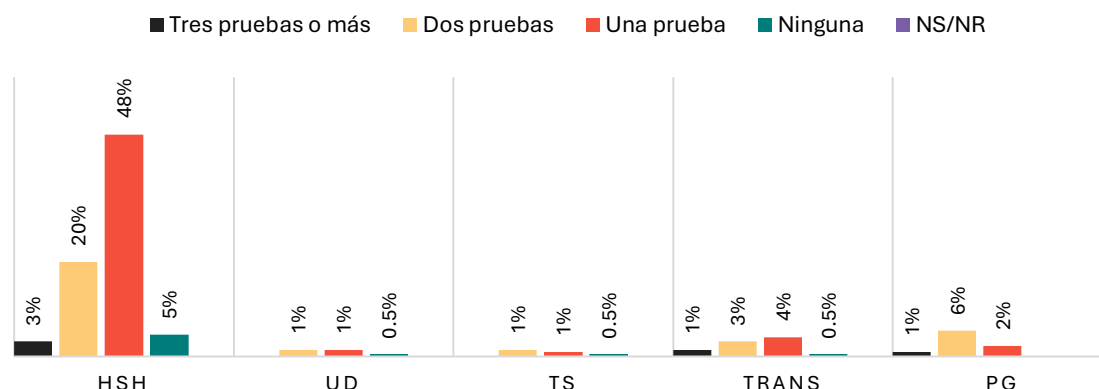
Para Costa Rica (Gráfico 15) únicamente el 38% de las personas usuarias se ha realizado las dos o más pruebas de CV recomendadas en el último año, concentradas en población

³³ Recuperado del GF Ciclo II, 27 agosto 2024. CDVIR La Paz, Bolivia.

general y HSH principalmente, porcentaje menor al encontrado en el primer ciclo, lo que indica una brecha considerable en el seguimiento y manejo del tratamiento del VIH.

Además, solo el 30% 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.

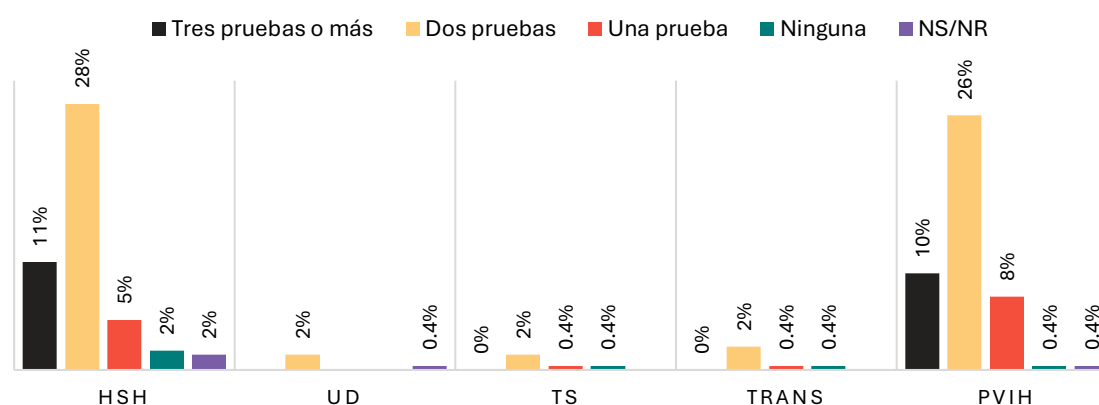
Gráfico 17: Porcentaje de PVIH con pruebas CV - Costa Rica



Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Para el caso de Ecuador, el 81% se realizó dos o más pruebas de CV en el último año, resultado menor en comparación del 89% encontrado en el primer ciclo de recolección. Con un 39% perteneciente a la población HSH, 36% PG y 2.8% Trans, lo cual es relativamente alto y positivo, en comparación con otros países. Sin embargo, esto significa una brecha del 19%, lo que puede impactar el seguimiento adecuado de su estado de salud.

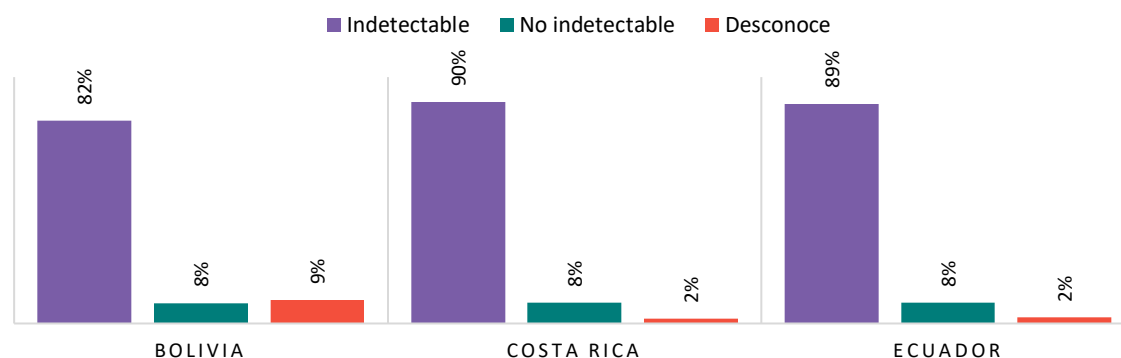
Gráfico 18: No. PVIH pruebas de CV - Ecuador



Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Al momento de consultar a las personas encuestadas sobre su estado de carga viral, la mayoría (86.9%) del total de la muestra de los tres países, indicó tener un resultado indetectable

Gráfico 19: Resultado de CV



Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

En Bolivia el 82% (209) de las personas usuarias reportó ser indetectable en su último resultado de CV, lo cual es positivo, aún hay una brecha del 21% 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 usuaries alcanzan este objetivo crítico.

En algunos de los GF mencionaron situaciones en las cuales les hicieron ir a otro lugar para poder acceder a la prueba, comentando a su vez que en ocasiones hay falta de reactivos para las pruebas:

"En mi caso me hicieron la prueba de Carga Viral, pero no me entregaron, tuve que esperar, me dijeron que tenía que esperar dos semanas y tenía que volver. Fui y me dijeron que no había resultado, porque ya estaba en este proceso de desconcentrado, algo así cambiaban, y que las pruebas ahí se tenían que hacer en la Escuela Técnica de salud"³⁴.

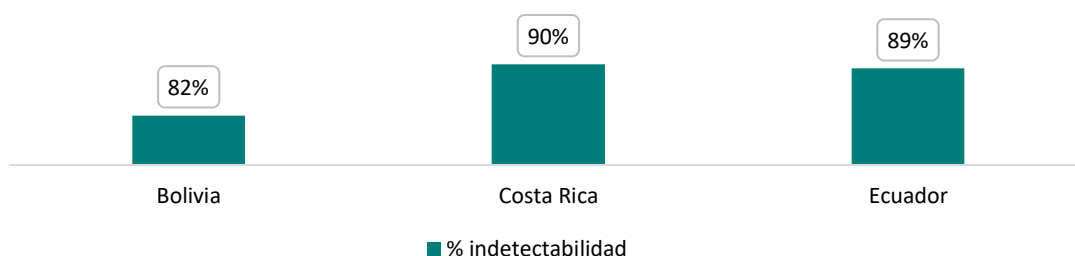
"Bueno yo tuve una mala experiencia el año 2023, primeramente, me mandaban a Labimed, luego me decían, no hay reactivos y aparte tienes que pagar, aparte después me reclamaban la fecha y cuando voy ya no estaba Labimed o sea prácticamente abrían en vano en ocasiones y después me dicen no todo es en la Escuela Técnica de salud, una vez ya estando en la Escuela Técnica de salud había una fila o un médico específico para los PVVs y te llamaban como el paciente de CDVIR o el paciente PVVs"³⁵

En Costa Rica un 90% de las personas usuarias indicó ser indetectable en su último resultado de CV, resultado que permanece desde el primer ciclo. Esto es indicativo de una efectividad general en la adherencia al 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.

³⁴ Recuperado del GF Ciclo II, 28 agosto 2024. Cochabamba, Bolivia.

³⁵ Recuperado del GF Ciclo II, 28 agosto 2024. Cochabamba, Bolivia.

Gráfico 20: Porcentaje de usuaries con CV indetectable por país



Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

El 1.8% de las personas usuarias encuestadas en Costa Rica, indicó haberse retirado del centro de salud sin realizar la prueba de CV, sin embargo, en la encuesta no indicaron los motivos por los que no se les realizó la prueba.

Los comentarios indicados dentro de los GF son muy positivos, tienen acceso a las pruebas de CV y CD4 y obtienen sus resultados.

"ninguno se ha ido sin realizarse las pruebas de carga viral ni de CD4"³⁶

Para Ecuador un 89% 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 mayor porcentaje 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.

Con relación al acceso para realizarse una prueba de CV, es importante mencionar que en Bolivia el 6.4% de las personas usuarias se retiró del centro de salud sin realizar la prueba de CV necesaria, lo que evidencia deficiencias que persisten 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 les usuaries, sino que también limita la capacidad de realizar ajustes oportunos y efectivos en los tratamientos.

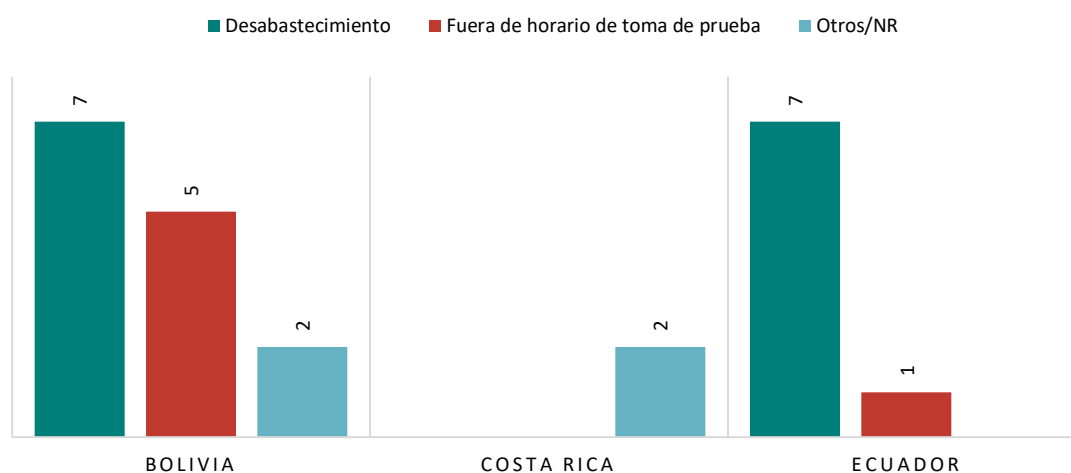
Para el caso de Ecuador, los comentarios de GF identificaron que existen casos en los que no se le realiza la prueba a la persona usuaria

"...no me realizaron por la falta de reactivo, que no había no porque no quisieron realizar en el laboratorio"³⁷

³⁶Recuperado del GF Ciclo II, agosto 2024. Hospital San Juan de Dios, Costa Rica.

³⁷ Recuperado del GF Ciclo II, agosto 2024. Hospital Liborio Panchaná, Ecuador.

Gráfica 21: Motivos indicados del por qué no se les realizó la prueba de CV en el día agendado



Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Ahora bien, con referencia a la espera para la entrega de resultados, 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 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.

"...Porque lamentablemente cuando uno viene a hacerse sus exámenes. El año pasado particularmente me han hecho la prueba principios de año y me han entregado fin de año."³⁸

"Yo le pongo 1, porque hace 2 semanas, me hicieron que me tome la muestra, ya me tocaba el CD4 las defensas, y me salieron con que no había médico, no había quien me los tome. Yo creo que muy mala la atención, fue la primera vez que me pasó"³⁹.

"Bueno yo pongo un 3 porque a veces los resultados demoran porque en mi caso ha demorado 1 año. Y me dijo, tienes que esperar y espera y espera casi 1 año para ver los resultados"⁴⁰.

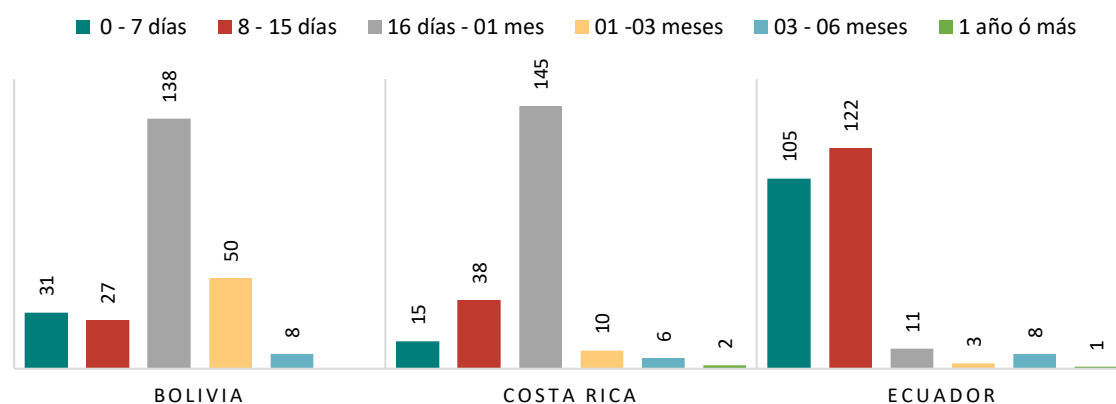
Para Costa Rica se observa que el promedio de entrega se encuentra entre los 15 días y un mes, sin embargo, el 5.5% ha esperado 3 meses o más, incluyendo a dos personas usuarias que indicaron que se tardaron un año en entregarles el resultado de la prueba.

³⁸ Recuperado del GF intermedio, julio 2024. CDVIR La Paz, Bolivia.

³⁹ Recuperado del GF Ciclo II, 26 agosto, CS Divino Niño, Bolivia.

⁴⁰ Recuperado del GF Ciclo II, 27 agosto 2024. CRVIR El Alto, Bolivia.

Gráfica 22: Días de espera entre la toma y la entrega de resultados de CV



Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

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

Con relación a lo indicado en los GF, en la mayoría de los casos, les usuaries indican recibir sus resultados, sin embargo, se tienen oportunidades de mejora con relación a lo indicado por algunos de los participantes

"A mí en lo personal me ha ido mal ya que no me los han entregado los resultados porque me ven por telemedicina, es más ni siquiera sé quién es mi infectólogo, solo me llama me dice que todo está bien"⁴¹

En Ecuador, el 90.8% de las personas usuarias indicaron haber recibido su resultado en 15 días o menos, siendo un 4.4% que indicó recibirlas dentro del mes y un 4% que lo recibió de uno a tres meses después.

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 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.

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 que es pertinente mencionar que

⁴¹ Recuperado del GF Ciclo II, agosto 2024. Hospital Calderón Guardia, Costa Rica.

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 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 32.6% de las personas usuarias (83/254) 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.

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.

Asimismo, en los GF indicaron que la calidad de la atención en el CDVIR se ve afectada por la infraestructura deteriorada y la falta de un reconocimiento claro del centro como una institución de primer, segundo o tercer nivel. Además, la falta de control sobre el personal provoca problemas como la salida temprana de los trabajadores, lo que aumenta los tiempos de espera para los usuarios.

Un factor positivo, es el hecho de que algunos de los centros de atención cuentan con horarios ampliados, esto ha permitido reducir la dificultad para asistir a las citas programadas.

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 les usuaries reciban atención oportuna y efectiva: Un 19.9% (43/216) de las personas usuarias expresa que los horarios actuales de atención deberían incluir 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 les usuaries. En los GF indican que en ocasiones se han quedado sin medicamento debido a la restricción de los horarios.

“...El horario de entrega es solo diurno y entre semana, y les ha ocurrido que no pudieron ir entre semana antes de las cuatro de la tarde y han pasado un fin de semana sin ARV...”⁴²

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

⁴² Recuperado del GF intermedio julio 2024. Hospital San Juan de Dios, Costa Rica.

personas usuarias desconocen este tipo de logística de personal que afecta los tiempos de espera y la cantidad de citas que atender. Asimismo, indican que en ocasiones el personal médico no es amable.

“A veces la persona que atiende es grosera como que están amargados”⁴³.

Asimismo, se documenta que la infraestructura no es la más adecuada, pues las personas usuarias muestran molestias al hecho de tener que ir a de un lado a otro para recibir los distintos servicios en el hospital al que asisten, así como la calidad de las instalaciones:

“...Los usuarios le dan un 3 por qué a veces el espacio está sucio aparte que es muy pequeño para la cantidad de personas que llegan, es caliente y uno tiene que esperar de pie a que lo llamen porque las sillas son pocas y no puede estar todos adentro...”⁴⁴

Se identificó algunos casos de personas que tienen limitaciones y deben de ir acompañados para poder trasladarse a los distintos servicios del hospital, las indicaciones no son claras

"Una de las personas participantes no lee ni escribe y dice que le da vergüenza, porque cuando la hija no puede ir por el ARV y va él, tiene que estar preguntando al personal para que lo orienten o cuando le entregan el medicamento"⁴⁵

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 las usuarias: un 10.8% (27/250) de las personas usuarias sugiere que se debería ofrecer atención durante los fines de semana. Este porcentaje, 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.

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 la saca del lugar. Hacen una comparación con otros hospitales donde los espacios son más amplios y sugieren que debería de tomarse como modelo para mejorar este tema.

"... No hay mucha privacidad porque ahí mismo está la farmacia."⁴⁶

"El área es muy pequeña hay tres consultorios el consultorio está con Dra. con la puerta cerrada el área está abierta se pierde la confidencialidad desde el guardia sabe que es infectóloga"⁴⁷

⁴³ Recuperado del GF intermedio julio 2024. Hospital San Rafael de Alajuela, Costa Rica.

⁴⁴ Recuperado del GF intermedio julio 2024. Hospital Puntarenas, Costa Rica.

⁴⁵ Recuperado del GF Ciclo II, agosto 2024. Hospital Monseñor Sanabria, Costa Rica.

⁴⁶ Recuperado del GF intermedio julio, 2024. Hospital General Docente de Riobamba, Riobamba, Ecuador.

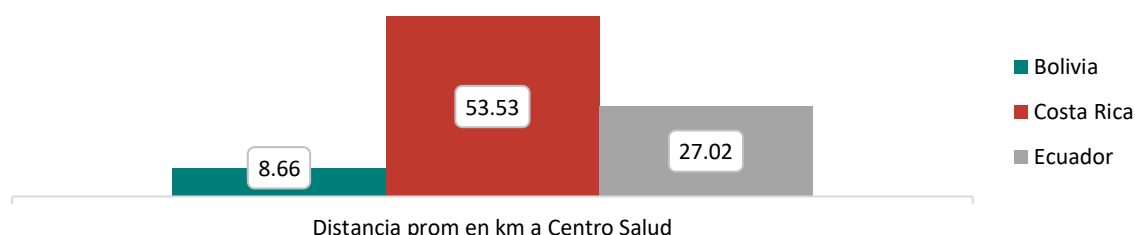
⁴⁷ Recuperado del GF Ciclo II, 2024. Hospital Eugenio Espejo, Ecuador.

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.

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 complica el ingreso a las instalaciones, hacen demasiadas preguntas para ingresar.

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 entre el lugar de vivienda de la persona usuaria y el centro de salud que le corresponde para su atención.

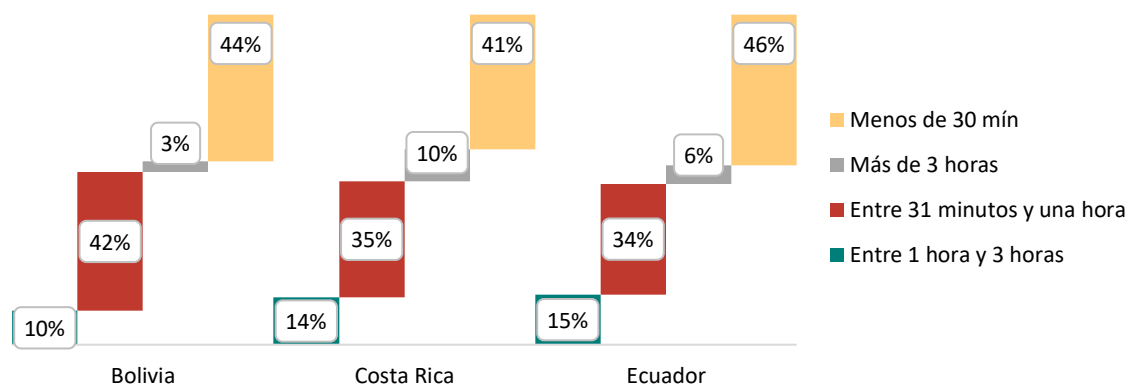
Gráfica 23: Distancia promedio en kilómetros aproximada que recorre la persona usuaria para asistir a su cita en el centro de salud



Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración Analista Regional.

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, se supera la hora, tiempo considerable, dado que se duplica si tomamos en cuenta el retorno. A nivel regional 5.97% (43/720) invierte tres horas o más. La mayoría, (43.7%) 315 de las personas encuestadas indica que les toma menos de 30 minutos aproximadamente, y un 13% indica que le toma entre una a tres 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.

Gráfica 24: Tiempo para llegar al centro de salud

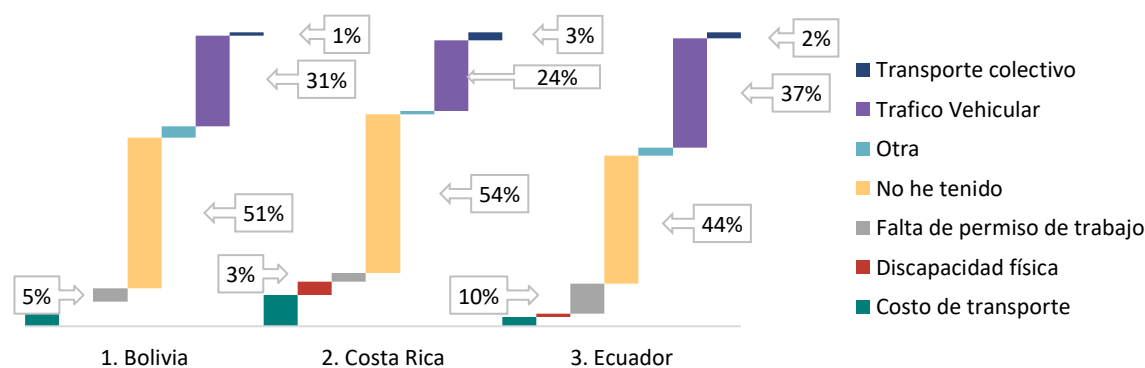


Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Asimismo, reportaron tener otras dificultades adicionales a la distancia o el tiempo invertido para acercarse al centro de salud, por ejemplo, en Bolivia un 48.8% (124/254) de las personas usuarias reporta tener dificultades para llegar a sus citas en el centro de salud. De estas, el 8.3% atribuye el problema al costo del transporte, un 4.7% 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 les usuaries de mantener un seguimiento regular y efectivo de su tratamiento

Gráfica 25: Porcentaje de personas usuaria que refirieron dificultades para el acceso al CS



Fuente: 2do. Ciclo MLC. Elaboración propia.

En Costa Rica un considerable 45.8% (99/216) de las personas usuarias reporta tener alguna dificultad para llegar a sus citas. De estos, el 10.6% menciona el costo del transporte como una barrera, el 2.8% 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.

Al momento de cruzar esta información con los participantes de los GF, mencionaron lo siguiente: "En algunas zonas rurales, les usuarios deben viajar grandes distancias para recibir atención en el segundo o tercer nivel, lo que no siempre es posible debido a la falta de transporte público"⁴⁸

"En ciertas comunidades rurales, no hay un transporte público fiable, y esto limita significativamente el acceso de los usuarios a la atención que necesitan"⁴⁹

Para el caso de Ecuador, aunque es un porcentaje bajo, el 3.2% indica tener dificultades a causa del costo del transporte, y el 10% indica tener dificultades por falta de permiso laboral.

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. En los GF indicaron "con el servicio no tengo ningún inconveniente, solo que no he podido acudir a sus controles por el inconveniente de la distancia y de no contar con los recursos económicos"⁵⁰

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

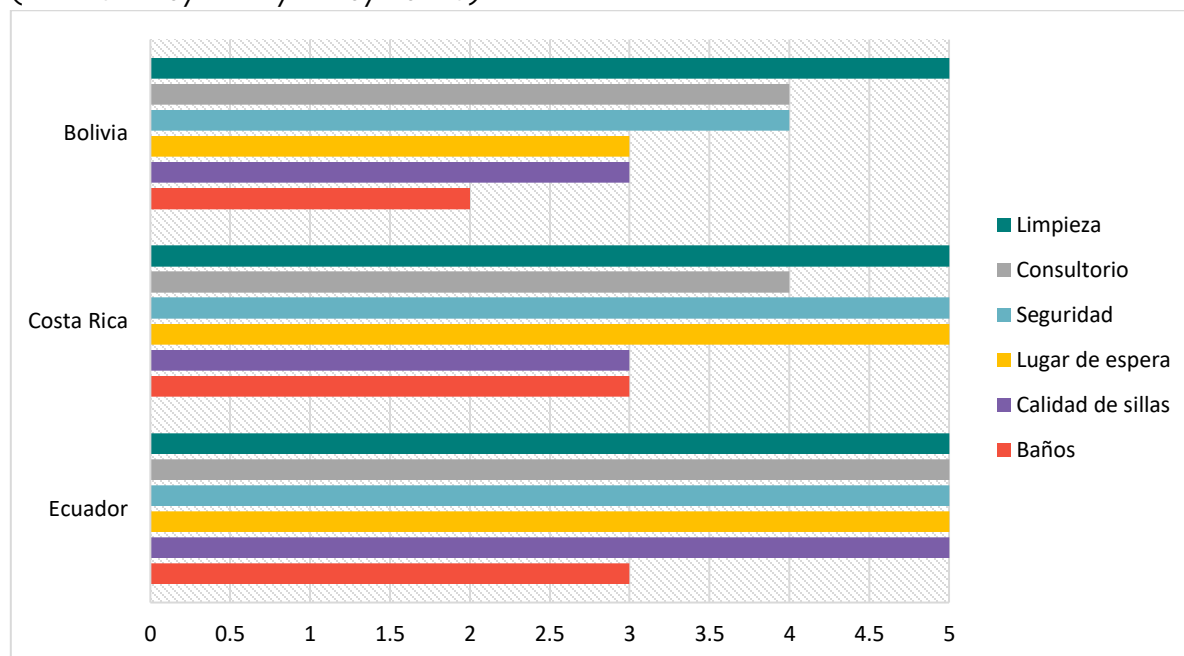
En términos de calidad de los servicios, desagregados por área, y ciertos aspectos, podemos observar, que en su mayoría se obtuvieron puntajes satisfactorios, siendo buena o muy buena la calificación. Exceptuando los baños, en donde se obtuvo calificaciones de malo a regular dependiendo del país en donde 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 usuarios y largos tiempos de espera, lo que disminuye la atención con calidad de manera individual.

⁴⁸ Recuperado del GF Ciclo II, septiembre 2024. Hospital San Rafael de Alajuela, Costa Rica.

⁴⁹ Recuperado del GF Ciclo II, septiembre 2024. Hospital San Rafael de Alajuela, Costa Rica.

⁵⁰ Recuperado del GF Ciclo II, agosto 2024. Hospital Liborio Panchaná, Ecuador.

Gráfico 26: Calidad del centro de salud con respecto a los aspectos descritos
(Siendo 1 muy mala y 5 muy bueno)



Fuente: 2do. 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 58 minutos. Este tiempo puede considerarse levemente prolongado, considerándose un factor de estrés y disconformidad para les usuaries, 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 esperaba. 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.

Cuando hacen cambio de personas se puede decir por... tengo que esperar y tengo que ir a comer..."⁵¹

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

⁵¹ Recuperado del GF intermedio agosto, 2024. CDVIR El Alto, Bolivia.

atención regularmente. Asimismo, lo relativo a la confidencialidad que debe ser garantizada a las personas usuarias.

En la farmacia no hay nada de privacidad... te entregan delante de la mirada de todos...⁵²

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.

"La atención, prácticamente la calidad de atención El servicio, empezando con la limpieza. Pésimo. El CDVIR parecía un basurero. No sé si solamente la contratan para que limpie los consultorios de solamente de arriba y los de abajo quedan. Llenitos de polvo ahorita están una belleza, antes no, hasta el baño es sucio"⁵³.

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.

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

- **El tiempo de espera:** reportado por las personas usuarias es de aproximadamente de 50 minutos. Aunque esto podría ser aceptable dependiendo del contexto específico y del tipo de servicios proporcionados, optimizar estos tiempos puede mejorar significativamente la experiencia del usuarie y reducir posibles inconvenientes o estrés asociado con largas esperas.
- **Percepción del servicio:** La percepción promedio del servicio en términos de limpieza, calidad de las sillas, lugar de espera, consultorio y baños fue de regular a buena. Sin embargo, los baños fueron específicamente mencionados como solo regulares y necesitados de mejoras, así como las sillas de espera, principalmente en el Hospital San Juan de Dios. Mejorar estas áreas puede contribuir a una percepción más positiva del entorno clínico y a la comodidad general de les usuaries durante las visitas.

Al realizar la consulta con los GF, indicaron que... "En este apartado todos los usuarios indican que están satisfechos con la calidad del servicio..."⁵⁴

De igual forma indicaron también... "falta de capacitación continua del personal y la obsolescencia de los equipos médicos afectaban la percepción de la calidad"⁵⁵

- **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

⁵² Recuperado del GF intermedia agosto, 2024. CDVIR Santa Cruz, Bolivia.

⁵³ Recuperado del GF Ciclo II, 27 agosto 2024. CDVIR Santa Cruz, Bolivia.

⁵⁴ Recuperado del GF Ciclo II, agosto 2024. Hospital México, Costa Rica.

⁵⁵ Recuperado del GF Ciclo II, septiembre 2024. Hospital San Rafael de Alajuela, Costa Rica.

del VIH, no solo por la sensibilidad de la información manejada sino también para asegurar la dignidad y el confort del usuario. Una persona indicó en la encuesta: Existe poca privacidad en ocasiones uno está con la doctora recibiendo la consulta y no cierra la puerta por lo que escucha la chica de recepción a veces., al momento de preguntarle sobre las dificultades que encuentra para acceder a los servicios del centro.

Asimismo, indicaron que dentro de las mejoras indispensables se encuentran mejorar la infraestructura de los cubículos de las secretarías para garantizar la confidencialidad y mejorar el trato con la persona con VIH.

Permanece la falta de personal sensibilizado en otros servicios del hospital. No saben cómo tratar, recibir y dar información. Como en el caso de las recepciones o ventanillas para el ingreso al hospital, donde no hay cuidado de mantener la confidencialidad sobre la razón de la consulta.

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 usuarios:

- **Tiempo de espera:** El tiempo promedio de espera reportado de aproximadamente 41 minutos, aunque para la atención aún puede ser un desafío para muchos usuarios, especialmente aquellos que pueden tener limitaciones de tiempo debido a compromisos laborales o personales, con relación a los resultados del primer ciclo, hubo una reducción de aproximadamente 15 minutos. Aunque no es excesivamente largo, reducir este tiempo ayudará a mejorar significativamente la experiencia del usuario 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 trámites 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.

"... A veces me hacen esperar para entregarme la medicina."⁵⁶

- **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.

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 usuarios. 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 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 estar ahí de pie.

⁵⁶ Recuperado del GF intermedio, julio 2024. Hospital General Liborio Panchana Sotomayor, Ecuador.

"... No son buenos porque si falta en este caso falta todo papel y no hay jabón..."⁵⁷

"Los baños no están limpios, no hay papel, no hay jabón líquido..." "A veces está limpio, a veces está sucio porque creo que también hay mucha demanda de usuaries..."⁵⁸

"Respecto al área de espera en lo que es la unidad todo bien. Pero la desorganización que tienen desde afuera mismo al momento e ingresar es de mucho que criticarles, les usuaries se colapsan quedan muchos usuaries de pie y pues así mismo el baño es verdad el baño no es tan limpio, tiene la manilla para abrir la puerta dañada. Entonces no hay privacidad, no hay como uno pueda estar tranquilo y haciendo pues lo que se hace en el servicio"⁵⁹

- **Privacidad:** Si bien se ha mencionado que existe privacidad en muchas de las áreas de atención en Ecuador, persisten los comentarios de inconformidad con relación a este tema, dentro de los GF mencionaron: "Hay interrupciones durante la consulta, lo cual afecta la privacidad..."⁶⁰

"En la infraestructura ningún problema, lo que sí nos hace falta es la privacidad, solo eso"⁶¹

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 les usuaries se sientan cómodos y bien cuidados durante sus visitas.

En términos de estigma y/o discriminación, como se observa en el gráfico 15, 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 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 confidencialidad del diagnóstico, así como prejuicios en torno a la orientación sexual, identidad y expresión de género.

⁵⁷ Recuperado del GF intermedio, agosto 2024. Hospital Docente Riobamba, Ecuador.

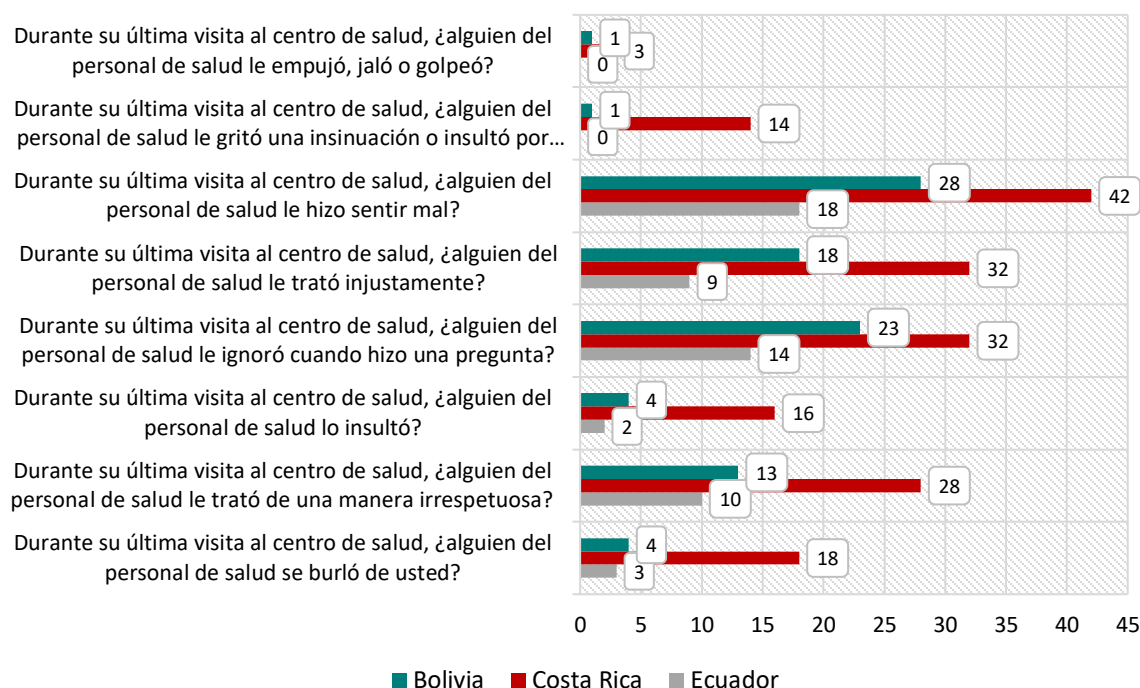
⁵⁸ Recuperado del GF intermedio, julio 2024. Hospital Enrique Garcés, Ecuador.

⁵⁹ Recuperado del GF Ciclo II, 2024. Hospital Monte Sinaí, Ecuador.

⁶⁰ Recuperado del GF intermedio, julio 2024. Hospital General Liborio Panchana Sotomayor, Ecuador.

⁶¹ Recuperado del GF Ciclo II, agosto 2024. Hospital Docente Riobamba, Ecuador.

Gráfico 27: Si durante su última visita al centro de salud, alguien del personal de salud realizó alguna de las acciones descritas



Fuente: 2do. 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.

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. Principalmente ante hechos violentos tales como jalones o golpes, como es el caso de Bolivia y Costa Rica.

Al realizar un análisis 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 4.8% de las personas usuarias ha reportado recibir un trato injusto en los centros de salud, lo que les hizo sentirse mal. De este porcentaje, destaca la particular vulnerabilidad a experiencias negativas en entornos de atención médica.

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.

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.

- **Discriminación:** Además, un 9% 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.

En los GF hicieron comentarios en referencia al sentirse discriminados, tales como: "Yo digo por como soy, supongo que la doctora se niega a veces sacarme la prueba o busca una excusa, ¿me entiende? Es la de laboratorio el problema, es ella"⁶².

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, indica que le hacen miradas despectivas.

"... tal vez sería en un área médica que siempre yo creo la mayoría vamos a llegar que es el del doctor...que te llega a cuestionar tal vez el aspecto sexual..."⁶³

"...Yo soy una mujer transgénero... y las miradas despectivas hacia mi persona..."⁶⁴

"¿Hay veces viene con términos muy tal vez vulgares no sé, pero dicen por qué no te gustan las mujeres y debería gustarte?"⁶⁵

"Yo solo en laboratorio, así como les comenté hace rato, que me discriminaron, me trataron mal y no me tomaron la muestra y me fui pues, eso fue en laboratorio ya, y después en el dentista también uno va temprano a sacar ficha y lo ponen de último"⁶⁶

Inclusive, dentro de un GF se mencionaron las denuncias que se conocen y las acciones que se están realizando para controlar estas actitudes discriminatorias

"Sí, específicamente, yo no he sentido discriminación, pero nos han llegado 11 denuncias del CDVIR que, que ha sido estigma, discriminación, vulneración de derechos. Ahora está se ha mandado una carta a la ministra de salud manifestando que haga una investigación a este profesional de salud que ha hecho toda esta vulneración de derechos. Sí hay, ha

⁶² Recuperado del GF II Ciclo, agosto 2024. CS Divino Niño, Bolivia.

⁶³ Recuperado del GF intermedio, julio 2024. CDVIR El Alto, Bolivia.

⁶⁴ Recuperado del GF intermedio, julio 2024. CDVIR Santa Cruz, Bolivia.

⁶⁵ Recuperado del GF intermedio, julio 2024. CDVIR La Paz, Bolivia.

⁶⁶ Recuperado del GF II Ciclo, agosto 2024. CS Divino Niño, Bolivia.

habido en el CDVIR mucha vulneración de derechos y creo que eso no debería de permitir a ninguna persona"⁶⁷.

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 usuarios en los centros de salud.

Estos aspectos negativos pueden impactar profundamente en la disposición de los usuarios a buscar y continuar con el tratamiento necesario, así como afectar su bienestar emocional y psicológico:

- **Trato injusto:** Un 8.3% de las personas usuarias reportó haber recibido un trato injusto que les hizo sentirse mal durante su visita al centro de salud. Este porcentaje, si bien inferior al encontrado durante la recolección del primer ciclo del MLC, indica una necesidad urgente de abordar las actitudes y comportamientos del personal de salud hacia los usuarios con VIH. Por parte de las personas médicas y demás áreas, hay un mal trato a las personas usuarias
- **Discriminación:** El 31.48% de las personas usuarias experimentó algún tipo de discriminación en el centro de salud. Este valor se triplicó con relación a los resultados del primer ciclo del MLC. La discriminación en un entorno médico puede ser particularmente dañina, ya que disuade a los usuarios 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.

"... Bueno a mi si me han tratado un poco diferente por ser trans creo que me ven como diferente no me dicen nada, pero las miradas también discriminan..."⁶⁸

Aún persiste la discriminación hacia los grupos de poblaciones LGBTIQ+, 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 6.0% de las personas usuarias informó haber recibido un trato irrespetuoso en su última visita. Este tipo de experiencias puede erosionar la confianza entre los usuarios y el personal de salud, fundamental para una gestión efectiva del VIH.
- **Incidente de violencia física:** El reporte de tres personas usuarias que fueron empujadas, jaladas o golpeadas 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 usuarios, particularmente aquellos que pertenecen a poblaciones clave. Estos problemas

⁶⁷ Recuperado del GF II Ciclo, agosto 2024. CDVIR Cochabamba, Bolivia

⁶⁸ Recuperado del GF intermedio, agosto 2024. Hospital Calderón Guardia, Costa Rica.

pueden afectar negativamente la calidad del cuidado, así como la disposición de los usuarios a continuar con sus tratamientos y asistir a futuras citas médicas.

- **Trato injusto y maltrato emocional:** Un 3.6% de las personas usuarias reportó haber recibido un trato injusto que les hizo sentir mal. Esto indica una mejora considerable con relación a los resultados del primer ciclo, y garantiza que las personas usuarias se sientan cómodas con la atención prestada.

Lo que persiste, son quejas sobre la falta de privacidad al momento de la atención en los diferentes contextos.

En los GF, se compartieron experiencias de mala atención en términos de la confidencialidad, no son cuidadosos de mantener la confidencialidad del usuario. "Hay interrupciones durante la consulta, lo cual afecta la privacidad..."⁶⁹

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

- **Discriminación en los centros de salud:** El 9.6% de las personas usuarias indicó haber experimentado discriminación en el centro de salud. Este porcentaje destaca un ambiente hostil o prejuicioso que puede disuadir a los usuarios 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.

- **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, persiste el dato con relación al resultado del primer ciclo de implementación del MLC, por lo que persiste la necesidad de implementar las acciones propuestas para abordar esta problemática y garantizar un entorno acogedor y profesional para todos los usuarios.

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.

"... Me atendieron muy bien, me dieron una charla sobre el medicamento y me entregaron los medicamentos correctamente."⁷⁰

⁶⁹ Recuperado del GF intermedia agosto, 2024. Hospital General Liborio Panchana Sotomayor, Ecuador

⁷⁰ Recuperado del GF intermedio, agosto 2024. Hospital General Monte Sinaí, Ecuador.

VI. 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 tres países.

A la luz de los resultados y hallazgos presentados podemos concluir que los países priorizados para la implementación 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 41.8% 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 TAR y pruebas CV, en donde el 4.3% (31/720) de las personas encuestadas, indicó que en alguna ocasión no le entregaron el medicamento en la fecha indicada en el último año, lo que llevó a 2% 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 Bolivia y Costa Rica en pro de garantizar la disponibilidad de este 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 86.9% de los encuestados indicó ser indetectable, presentando una brecha del 13.1% que aún no logra la supresión viral. Es importante mencionar que del total de personas encuestadas solamente el 2% suspendió su tratamiento por no recibir sus medicamentos por lo que es necesario obtener más información que permita determinar las causas de la brecha (13.1%) y continuar con las acciones establecidas dentro de los planes de mejora 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 50% 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 les usuaries.

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; se percibe en algunos centros de salud que ya se están implementando flexibilidad en los horarios de atención y 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 los 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 trans y los trabajadores sexuales, por lo que es imperante continuar con las acciones en 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 continuar con las 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 que ya los resultados evidencian en algunos aspectos las acciones que se están realizando en pro del cierre de brechas para los diferentes indicadores.

Por supuesto, es imperante continuar fortaleciendo las acciones en las 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, lo 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. y 2do. ciclo han permitido identificar fortalezas y debilidades, que nos llevan a la creación de propuestas de mejora, seguimiento de estas y cierre de brechas con el apoyo del monitoreo continuo desde las comunidades.

VII. RECOMENDACIONES

Los datos a nivel regional subrayan la importancia de una mejora en diferentes aspectos, los cuales se encuentran alineados a los resultados encontrados tanto en el primer y segundo ciclo de recolección de información, por lo que se presentan una serie de recomendaciones, basadas principalmente en dar continuidad a los documentados en el primer ciclo, y que ya se encuentra dentro de la propuesta del plan de mejora que se está implementando actualmente, en cada uno de los países priorizados. Acciones que se intentan abordar en un corto y mediano plazo.

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 tres países

Los resultados obtenidos muestran que persiste para Bolivia y Costa Rica 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, continuar con la implementación de sistemas más robustos para la gestión de medicamentos que incluyan mejor coordinación en la compra, traslado y disponibilidad de estos.

Se observa que, para este ciclo, solamente Bolivia, indica haber tenido desabastecimiento de las pruebas de carga viral, lo cual evidencia una mejora con respecto al primer ciclo en el cual los tres países tuvieron desabastecimiento, por lo que se hace necesario continuar con el fortalecimiento de los sistemas de adquisición para garantizar que todos los usuarios se realicen la prueba de carga viral de acuerdo con lo establecido para garantizar el monitoreo de su estado de salud de forma oportuna.

Asimismo, una barrera persistente es 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 hacer énfasis en 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.

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 ha incidido en los planes de mejora y se recomienda continuar, es brindar horarios ampliados que permitan a las personas usuarias acercarse a los centros de salud fuera del horario laboral. Ya se observa la implementación de estas acciones en algunos de los Centros en Costa Rica y Ecuador. También se recomienda considerar utilizar softwares de gestión de citas que permitan a les usuaries 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 persiste 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.

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, persiste la brecha en cuanto a un espacio libre de estigma y discriminación. Es indispensable fortalecer las acciones para 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. De manera transversal a todos los objetivos estratégicos, es de suma importancia dar seguimiento a la implementación de los planes de mejora con el apoyo del OCT.

Estas recomendaciones se dan en función de fortalecer las acciones incluidas en cada uno de los planes de mejora de los países priorizados, garantizando de esta manera 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 les usuaries, esencial para una gestión efectiva del VIH.

VIII. ANEXO

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

INFORMACIÓN SOBRE LA PLANIFICACIÓN DE LAS ENCUESTAS PERSONAS USUARIAS PARA EL 2DO. 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%
TOTAL			720	720	100%

Anexo C: Cumplimiento en el levantado de la información: Entrevistas Grupales

INFORMACIÓN SOBRE LA PLANIFICACIÓN DE LAS ENTREVISTAS GRUPALES PARA EL 2DO. 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 Sinaí	1	1	100%
Ecuador	Quito	Hospital Enrique Garcés (sur)	1	1	100%
Ecuador	Quito	Hospital Eugenio Espejo (norte centro)	1	1	100%
TOTAL			15	15	100%

Anexo D: 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	1	100%
Ecuador	Guayas	Hospital General Monte Sinaí	1	1	100%
Ecuador	Quito	Hospital Enrique Garcés (sur)	1	1	100%
Ecuador	Quito	Hospital Eugenio Espejo (norte centro)	1	1	100%
TOTAL			15	10	66%



ALEP+PC
Alianza Liderazgo en Positivo
y Poblaciones Clave



MLC
MONITOREO
LIDERADO POR LA
COMUNIDAD



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

MLC SEGUNDO CICLO 2024

PROYECTO

"Mejorando la calidad de vida, y el disfrute de los derechos humanos hacia el buen vivir de las personas con VIH y poblaciones clave de América Latina / Abya Yala" conocido también como Alianza Liderazgo en Positivo (ALEP) y Poblaciones Clave (PC)