



ALEP+PC
Alianza Liderazgo en Positivo
y Poblaciones Clave



MLC
MONITOREO
LIDERADO POR LA
COMUNIDAD



ITPC

INTERNATIONAL TREATMENT
PREPAREDNESS COALITION

"Regional Office for Latin American and Caribbean Networks"

ITPC LATCA

INFORME DE RESULTADOS DEL PRIMER CICLO

MONITOREO LIDERADO POR LA COMUNIDAD (MLC)
BOLIVIA

Mayo, 2024



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	3
II. CONTEXTO	4
III. METODOLOGÍA	6
Diseño de la Encuesta.....	6
Población y muestra	6
Planteamiento Técnico del Estudio.....	7
Recolección de información	8
Indicadores del MLC y sus objetivos.....	9
Pilares de MLC para el monitoreo de la atención del VIH.....	9
Análisis de resultados	10
IV. HALLAZGOS	12
Alcance de la recolección de la información.....	12
OE1. Analizar la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud para personas con VIH y poblaciones claves de cinco centros de atención en el país.....	12
OE2. Identificar las barreras de acceso a los servicios de salud y tratamiento de las personas con VIH y poblaciones clave, generando recomendaciones para los centros y servicios destinados para VIH en cinco centros de atención por país.	19
OE3. Establecer la calidad de prestación de servicios para mejorar la disponibilidad, atención y tratamiento para personas con VIH y poblaciones clave en cinco centros de atención.....	23
V. CONCLUSIONES.....	29
VI. RECOMENDACIONES	32
VII. ANEXOS	35
Anexo A:	35
Indicadores priorizados	35
Anexo B:	36
Indicadores por Objetivo Específico y su resultado en la implementación por país	36
Anexo C:.....	46
Cumplimiento en el levantado de la información: Encuestas a Usuarios.....	46
Anexo D:.....	46
Cumplimiento en el levantado de la información: Entrevista Grupales	46
Anexo E:	46
Cumplimiento en el levantado de la información: Encuestas por Centro de Salud	46



I. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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



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

II. CONTEXTO

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

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

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

De acuerdo con los datos globales de ONUSIDA, la tasa de prevalencia del VIH en Bolivia ha incrementado de 0.1% en edades entre 15-49 durante la década de los 90s; a 0.2% a principios de los 2000; y a 0.3% para el primer trimestre de 2019. "La caracterización epidemiológica del VIH, muestra una epidemia concentrada en poblaciones clave, principalmente gay, bisexual, otros hombres que tienen sexo con hombres (GB-HSH) y mujeres transgénero (trans), con prevalencias del orden del 20% en la población GB-HSH y 23% en la población trans, para el año 2017" (Bolivia, 2021)

A pesar de los esfuerzos, aún persisten brechas significativas en el diagnóstico temprano y la atención oportuna para personas con VIH. Algunos de los desafíos incluyen la falta de acceso a pruebas de detección, estigma social asociado al VIH/SIDA, y barreras en el acceso a la atención médica integral. Las personas con VIH de zonas rurales presentan importantes desafíos en cuanto a la atención oportuna.

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, persisten 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.

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

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

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



III. METODOLOGÍA

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

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

La implementación del MLC incluyó las siguientes fases:

Diseño de la Encuesta

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

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

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

Población y muestra

El estudio se llevó a cabo en cinco Centros de Salud priorizados, los cuales fueron: Centro de Vigilancia, Información y Referencia (CDVIR) Cochabamba; CDVIR Santa Cruz; CDVIR El Alto; CDVIR La Paz, y Centro de Salud Divino Niño.

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

definidos por las comunidades, los cuales se basaron en sus experiencias previas con los servicios de salud.

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

Planteamiento Técnico del Estudio

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

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

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

Técnicas cuantitativas

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

Técnicas cualitativas

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

Recolección de información

El proceso de recolección de datos, establecido en el Protocolo MLC ITPC ALEP en Bolivia, se organizó en tres etapas distintas pero complementarias, para lo cual se contó con 4 Coordinadores Nacionales y 20 recolectores que fueron capacitados para la captura de la información de los indicadores cuantitativos y la conducción de entrevistas grupales cualitativas.

1era. Etapa: consistió en encuestas con Usuarios de servicios de salud, iniciando el 30 de octubre de 2023 y concluyendo el 14 de diciembre del mismo año. Durante esta fase, se realizaron visitas a Centros de Salud en Bolivia, donde se obtuvieron los permisos necesarios de las autoridades médicas para la recolección de datos. 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: comenzó entre una y dos semanas después del inicio del levantamiento en campo en el país, incluyó entrevistas grupales con personas identificadas como población clave. Estas discusiones profundizaron en temas previamente identificados y facilitaron el diálogo entre las personas usuarias, quienes compartieron sus experiencias y percepciones sobre los servicios de atención del VIH en espacios seleccionados para garantizar su privacidad y comodidad.

3era. Etapa: consistió en el levantamiento de información en los Centros de Salud a través de una encuesta dirigida al personal de los servicios de atención médica. Esta etapa se completó en Bolivia, logrando obtener datos de los cinco centros médicos.

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

Indicadores del MLC y sus objetivos

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

- **OE1.** Analizar la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud para personas con VIH y poblaciones claves de cinco centros de atención en cuatro países.
- **OE2.** Identificar las barreras de acceso a los servicios de salud y tratamiento de las personas con VIH y poblaciones clave, generando recomendaciones para los centros y servicios destinados para VIH en cinco centros de atención por país.
- **OE3.** Establecer la calidad de la prestación de servicios para mejorar la disponibilidad, atención y tratamiento para personas con VIH y poblaciones clave en cinco centros de atención por país

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

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

Pilares de MLC para el monitoreo de la atención del VIH

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

Accesibilidad: se refiere a la facilidad con la que las personas con VIH acceden a los servicios necesarios. Incluye la proximidad geográfica de los servicios, la disponibilidad de transporte



adecuado, y la eliminación de barreras físicas y sociales. También abarca la adaptación de los servicios para personas con discapacidades, asegurando que todos tengan acceso sin impedimentos.

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

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

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

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

Análisis de resultados

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

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

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



social, el apoyo comunitario y la estigmatización, los cuales juegan roles cruciales en el acceso y la calidad de la atención recibida. El resultado que responde a cada uno de los indicadores utilizados se integra en el Anexo B.

Con respecto al levantamiento de información de los centros médicos a través de una encuesta para personal de los servicios de atención médica, se logró obtener datos completos de cinco Centros de Salud en Bolivia.



IV. HALLAZGOS

Alcance de la recolección de la información

El levantado de información del primer ciclo del MLC obtuvo una recolección a nivel nacional para el país de Bolivia de alrededor de 300, esto a través de encuestas a personas usuarias, entrevistas grupales e información brindada por personal de salud en los diferentes centros priorizados.

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

	Bolivia
Provincias/Región	5
Centros de Salud	5
Personas viviendo con VIH	3,665
PVIH y PCVIH (encuestas individuales y entrevistas grupales)	303
Encuestas a Centros de Salud	5

Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

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

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

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

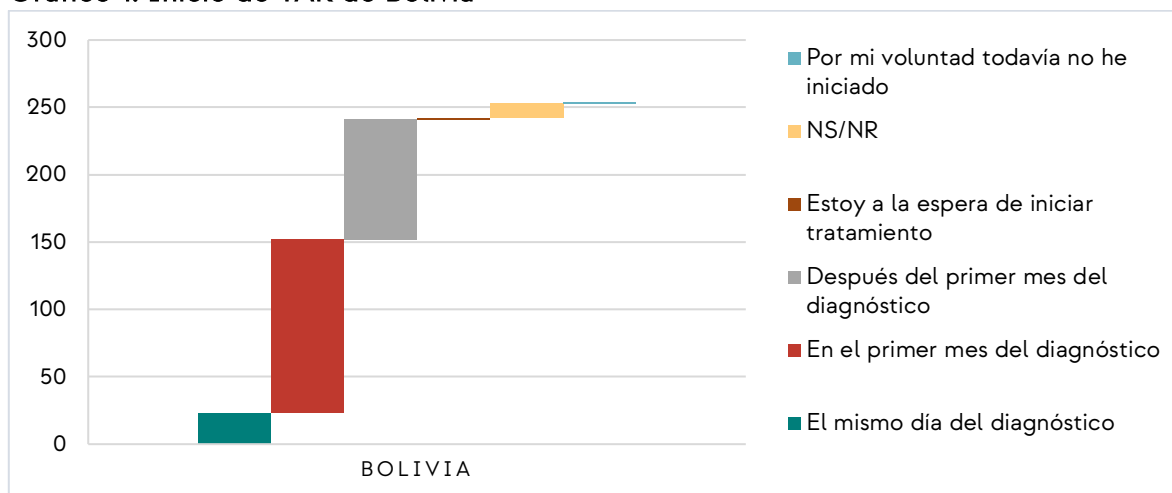
OE1. *Analizar la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud para personas con VIH y poblaciones claves de cinco centros de atención en el país.*

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

Monitoreo del inicio y entrega de TAR

En relación con disponibilidad y entrega de TAR posterior al diagnóstico, a nivel nacional las personas encuestadas indicaron haber recibido el tratamiento, sin embargo, no en todas las ocasiones, este fue brindado dentro de los primeros 7 días posterior al diagnóstico, o como mínimo durante el primer mes. Solamente, el 9.01% del total de encuestados indicó haber recibido el TAR el mismo día del diagnóstico. El 50.8% indica que se entregó en el transcurso del 1er. mes, quedando una brecha del 40.15 % de personas usuarias, que indicaron que la entrega fue posterior al 1er. mes o que aún están a la espera de este. Lo cual se puede observar en el gráfico 1.

Gráfico 1: Inicio de TAR de Bolivia



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

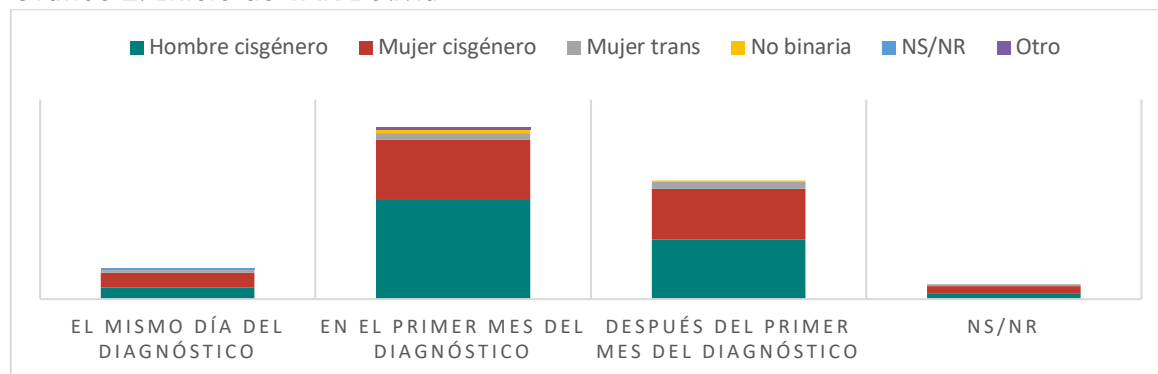
Al desagregar estos datos por género, observamos que la mayoría de los que inician el mismo día o el primer mes en Bolivia son hombres y mujeres cisgénero con un 55%. Predominando la entrega en hombres.

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

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

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

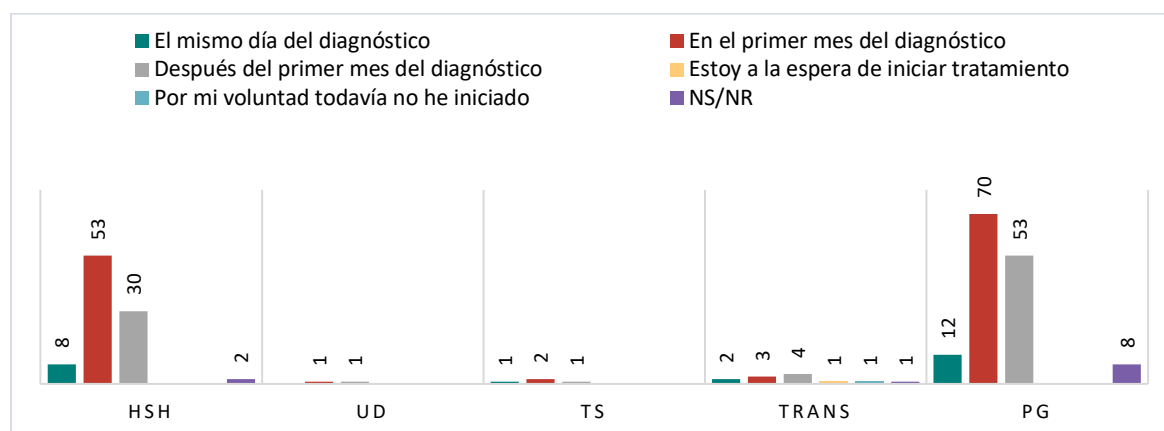
Gráfico 2: Inicio de TAR Bolivia



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

En Bolivia se observa que el inicio de TAR se da de forma igual dentro de todas las poblaciones, siendo la población Trans quien tiene una menor entrega oportuna del TAR. Sin embargo, la mayoría de las veces el inicio se da durante el primer mes posterior al diagnóstico.

Gráfico 3: Inicio de TAR por población - Bolivia²

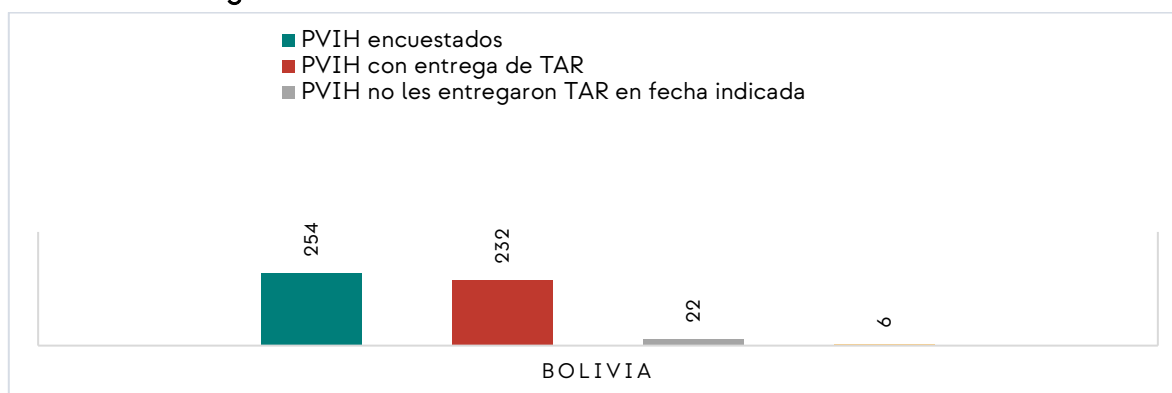


Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

En el contexto de la **disponibilidad** de atención de la salud para personas con VIH en Bolivia, los datos disponibles revelan varios desafíos en cuanto a la **accesibilidad** y continuidad del tratamiento y el monitoreo. Datos que se ven respaldados con la información obtenida a partir de las entrevistas grupales, en las cuales las personas usuarias indicaron que han tenido desabastecimiento de TARV (Tratamiento Anti Retro Viral), lo que, en algunos casos, llevó a discontinuar el tratamiento en algún momento, como se observa en la gráfica siguiente.

² HSH (Hombres que tienen sexo con Hombres); UD (Usuarios de Drogas); TS (Trabajadores del Sexo); Trans (Personas Trans); PG (Población General)

Gráfico 4: Entrega de TAR en Bolivia



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Un 2% (5/254) de las personas usuarias encuestados reportó haber enfrentado negativas de atención en los Centros de Salud, un indicativo de barreras en el acceso a servicios necesarios, y el 9% (22/254) indicó que no recibió el TARV prescritos debido a la falta de disponibilidad en bodega o retrasos en el traslado de estos, destacando problemas en la gestión y logística de suministros médicos esenciales, lo que en algunos casos llevó a la persona usuaria a discontinuar el tratamiento.

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

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

"...yo recuerdo cuando he venido a recoger recuerdo que me dieron medio bote y tenía que volver en otra fecha a recoger medio bote y así"³

Respecto a los cambios de tratamiento o esquemas, algunas personas usuarias comentan que les han dado la explicación del por qué han cambiado, sin embargo, hay otra parte de personas usuarias que comentan que no han recibido información suficiente sobre su cambio de medicamento. En algunos casos el personal médico explica únicamente que los

³ Recuperado de la entrevista grupal día 8/11/2023. CDVIR El Alto, Bolivia.

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

"...te dicen que es mejor pero no te dicen mejor en que, o sea toma tu medicamento, este no te va a hacer daño, no es muy toxico, no hay información, no hay calidad"⁴

Tabla 2: Personas usuarias que descontinuaron TARV

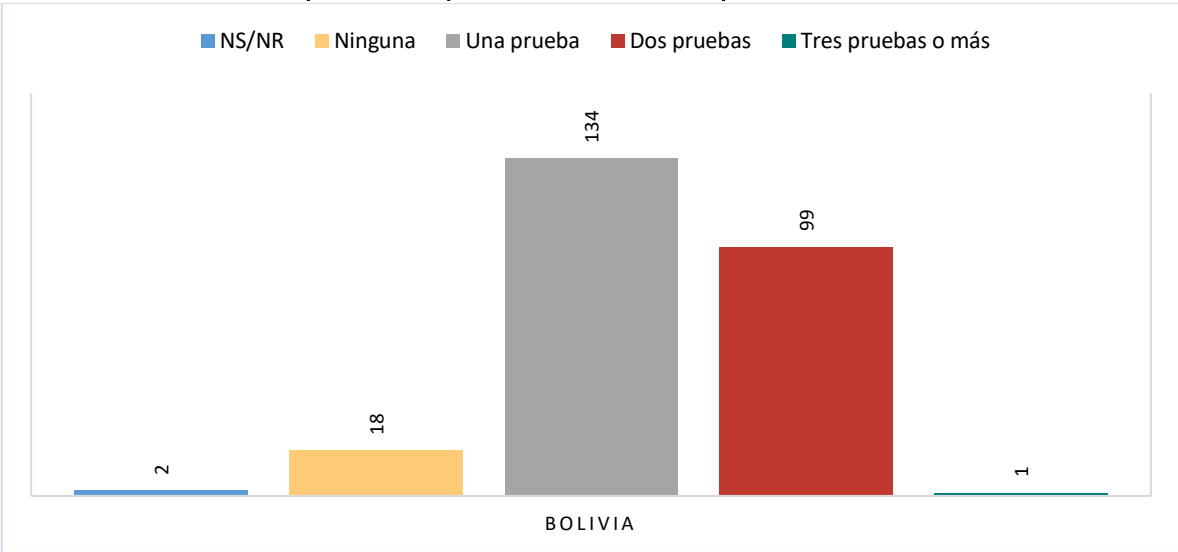
No.	País	%	Personas	Total
1	Bolivia	2%	6	254

Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Monitoreo de Carga Viral (CV)

Con relación al monitoreo de la realización de la prueba de carga viral, en Bolivia, solamente el 48% de las personas usuarias se realizó las dos pruebas de CV recomendadas a nivel internacional⁵ en el último año, lo que sugiere un inadecuado seguimiento.

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



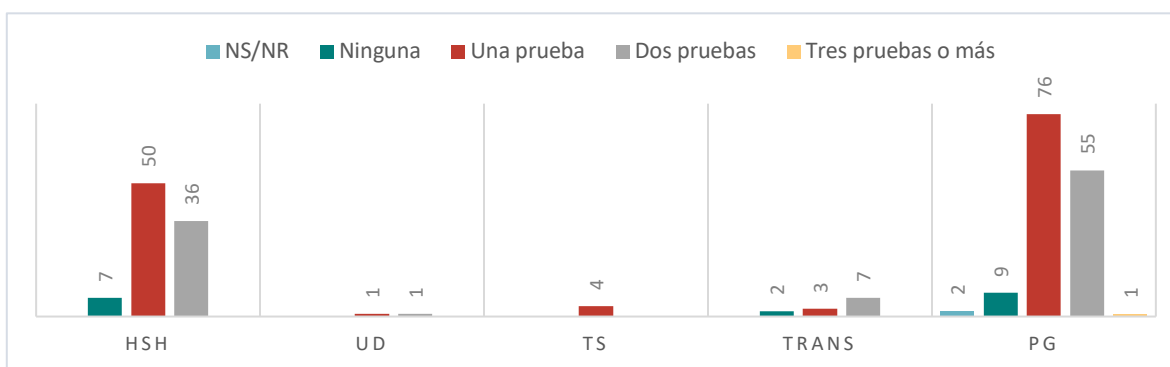
Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

En Bolivia, solo el 39.4% de las personas usuarias se realizó las dos pruebas de CV recomendadas en el último año, lo que sugiere un inadecuado seguimiento.

⁴ Recuperado de la entrevista grupal día 10/11/2023. CDVIR Cochabamba, Bolivia.

⁵ De acuerdo con la Normativa Nacional, se indica una prueba al año.

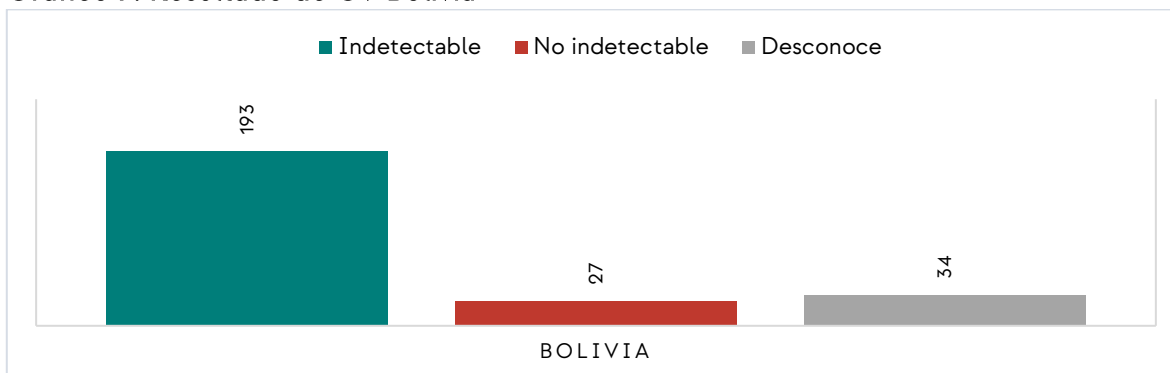
Gráfico 6: No. PVIH pruebas de CV - Bolivia



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

De los que se identificaron como indetectables, el 42% reportó haberse someterse a dos pruebas de CV, reflejando una mejor situación en este grupo, siendo la mayoría perteneciente a población general.

Gráfico 7: Resultado de CV Bolivia

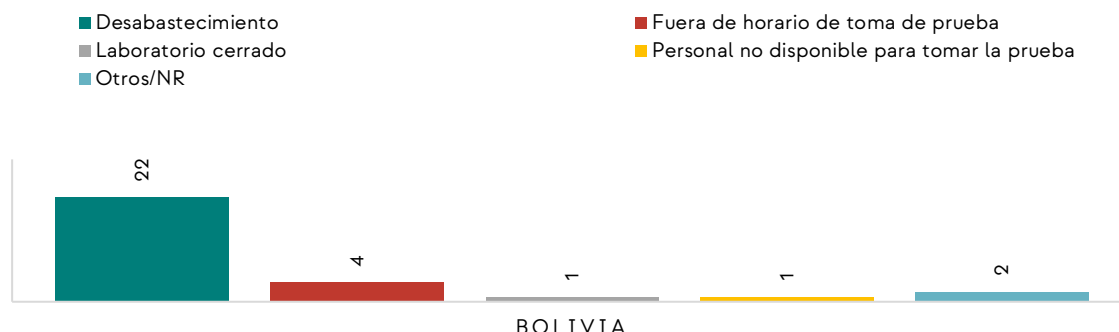


Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

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

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

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



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

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

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

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

*"...si fuéramos a ver... el laboratorio donde está congelada nuestra sangrecita ya debe estar hecho flan esa sangre"*⁶

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

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

⁶ Recuperado de la entrevista grupal día 17/11/2023. CDVIR Santa Cruz, Bolivia.

⁷ Recuperado de la entrevista grupal día 10/11/2023. CDVIR de Cochabamba, Bolivia.

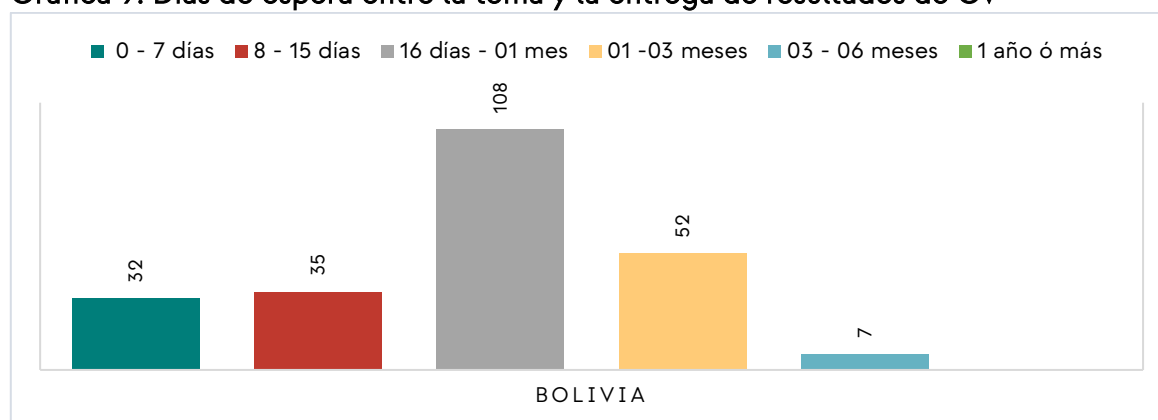
En los GF, en términos generales se identificó que la mayor parte de las personas usuarias se les realiza la medición de CV y para quienes no se les realizó, la cita se reprogramó y la razón principal ha sido por desabastecimiento de insumos de laboratorio, por lo que en ocasiones se le refiere a otro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

*"...las muestras de CD4 y CV por lo menos este año se toma solamente aquí en CDVIR o Colcapirhua, pero no hay más"*⁸

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

*"...Sólo para añadir, generalmente en el hospital de Colcapirhua si bien realizan ahí las pruebas de rutina, pues es simplemente un cupo de cinco pruebas para pacientes que son del Programa y después el resto es población general, no sé cómo será en el hospital del sur y en hospital del norte donde están los desconcertados, pero en Colcapirhua tengo referencia que son sólo 5 reactivos para los pacientes con diagnóstico de VIH"*⁹

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



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

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

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

⁸ Recuperado de la entrevista grupal día 16/11/2023. CDVIR Montero, Bolivia.

⁹ Recuperado de la entrevista grupal día 16/11/2023. CDVIR Montero, Bolivia.

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

"...yo tuve que esperar, cada jueves sacan la prueba aquí, yo tuve que esperar como 2 jueves porque no había el doctor en la este... (Centro de Salud) y tampoco este...no llegaba esa, no sé, creo que es una solicitud que mandan acá para llevar esas pruebas, donde me dice que vuelva de aquí a 2 sábados, 2 jueves, otra vez yo creo se hicieron 4 jueves y al finalizar no supe si subió, bajó la carga viral que como me está yendo el tratamiento, solamente eso"¹⁰

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 en Bolivia. 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 del país.*

Monitoreo del acceso a los servicios

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

Para el caso de Bolivia los datos sobre la accesibilidad a los servicios de salud para personas con VIH reflejan varios desafíos significativos que pueden impedir que los pacientes reciban atención oportuna y efectiva: un 35% de las personas usuarias (89/254) expresa la necesidad de que los servicios de salud estén disponibles durante los fines de semana. Esto sugiere una demanda importante por una mayor flexibilidad en los horarios de atención,

¹⁰ Recuperado de la entrevista grupal día septiembre 2023. CDVIR La Paz, Bolivia.

que permita a más personas acceder a los servicios necesarios sin interferir con sus compromisos laborales o personales durante la semana.

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

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

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

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

"...yo tuve una emergencia estaba cerrado, era sábado supuestamente que tenía que atenderte los sábados y domingos para recoger los medicamentos y la cosa que he ido ese día y el doctor no me quiso atender por nada más que le dio asco la enfermera y eso tuve yo como una discriminación, con ese doctor y le pedí por favor no me atienda el, espere cuando le dieron la gana porque se enojaron y le hicieron caso a el entonces espere como una hora para que me dieran los medicamentos y me puse mal esa es mi queja"¹¹

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

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

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

Km	Bolivia
01 ó menos	26
02 a 05	73
06 a 10	85
10 a 25	33
25 a 100	7
más de 100	9

Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Si realizamos un análisis sobre el tiempo promedio que le toma a la persona usuaria trasladarse desde su domicilio hasta el Centro de Salud, podemos observar que, en algunos casos, ese supera las dos horas, tiempo considerable, dado que se duplica si tomamos en cuenta el retorno. A nivel nacional 4.3% invierte dos horas o más. La mayoría (72.4%) de las personas encuestadas indica que les toma de 15 a 60 minutos aproximadamente, y un 6.3% indica que le toma entre una a dos horas llegar al Centro de Salud.

Tabla 4: Tiempo promedio para llegar al Centro de Salud

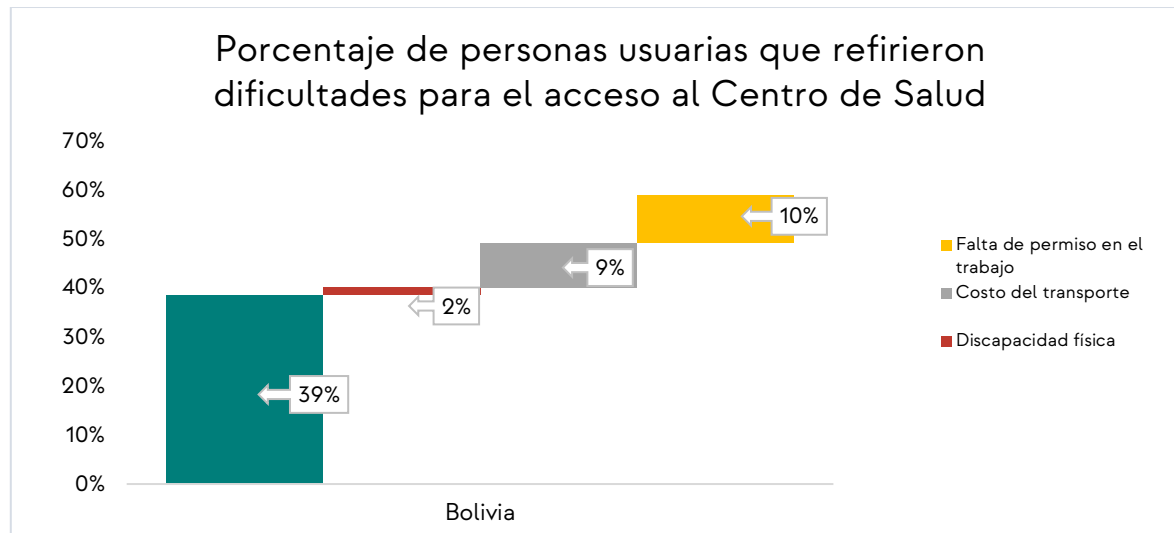
Tiempo promedio para llegar al Centro de Salud (minutos)	Bolivia
01 a 05	14
06 a 15	29
15 a 60	184
61 a 120	16
121 en adelante	11

Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

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

Estos datos resaltan problemas significativos en la logística y accesibilidad física a los servicios médicos, lo que puede disuadir a los pacientes de mantener un seguimiento regular y efectivo de su tratamiento.

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



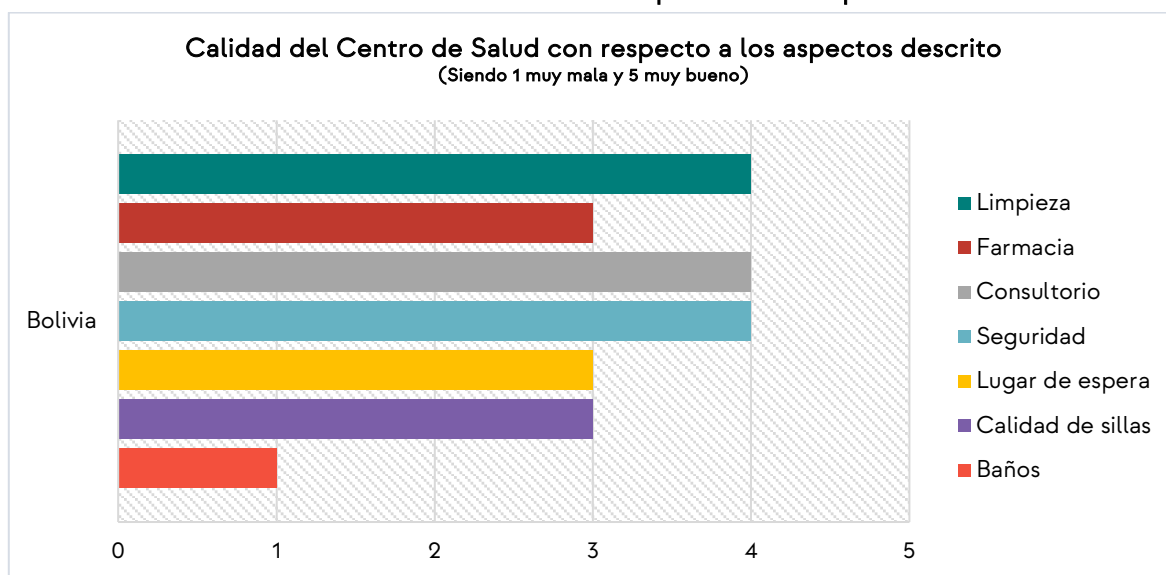
Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

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

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

En términos de **calidad** de los servicios, desagregados por área, y ciertos aspectos, podemos observar, que en Bolivia los datos presentados revelan varios aspectos que necesitan atención y mejora para asegurar una atención eficaz y digna para todas las personas usuarias. Otros de los factores que deben ser considerados y que fueron mencionado al momento de la realización de las entrevistas grupales fue el hecho de 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 "buena" en las encuestas para la calidad de los Centros de Salud, en las entrevistas grupales indicaron que la calidad de la atención es baja, que en ocasiones se observa sobrecarga de pacientes y largos tiempos de espera, lo que disminuye la atención con calidad de manera individual.

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



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

En Bolivia los datos sobre la **calidad** de los servicios de salud para personas con VIH revelan aspectos y áreas que requieren mejoras significativas para optimizar la experiencia y los resultados de salud de los pacientes:

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

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

"...creo que tienen que hacer un poco de control de personas, de lo que están haciendo nos hacen esperar mucho tiempo, como si tuviéramos sus ganas de ellos de desayunar o cuando les dé la gana atienden van al baño y vuelven y se enojan y van de mal humor, están algunos que hacemos otras pruebas tenemos otras cosas que hacer y tenemos que esperar a ellos"¹²

¹² Recuperado de la entrevista grupal día 8/11/2023. CDVIR El Alto, Bolivia.

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

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

*"...pues si vamos a pedir personal médico también que tienen que aumentar los espacios, los consultorios una sala más grande más cómoda por así decirlo, no queremos que sean sillones de lujo, suficiente cómodo para que una persona se sienta bien a gusto, tranquilo el momento de venir ya sea para recoger su medicamento o una cita médica"*¹³

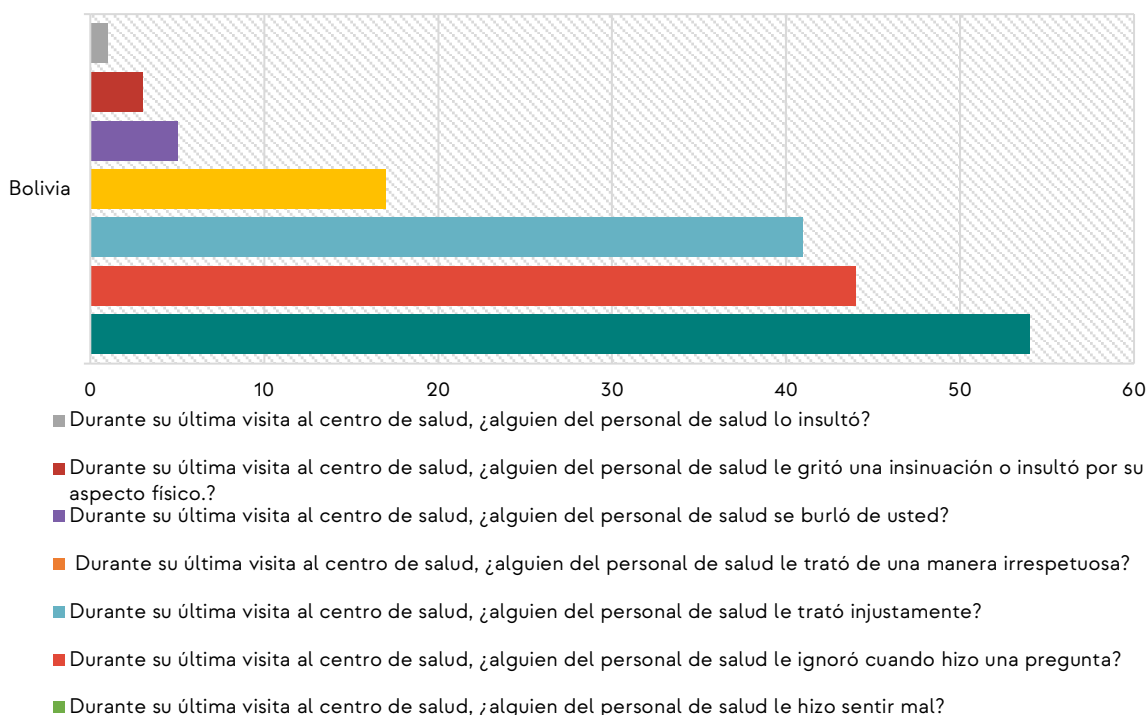
En la misma línea de la falta de espacio en algunas clínicas, esto provoca malestar e incomodidad de las personas usuarias pues por esta falta de espacio se mezclan durante la consulta personas que no tienen VIH y hace que estas personas se enteren del diagnóstico de VIH de las personas usuarias, además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

*"...yo le dije a la doctora porqué nos han mezclado con la población que no es PVVS y me dijo por muchos reclamos porque nosotros entrábamos iba 10 de mañana y te hacía la prueba ya que estabas en ayunas, ahora tienes que sacar ficha con todo el resto y dice que la misma gente te dedea por eso, cuando ibas te miraban mal, te trataban diferente"*¹⁴

¹³ Recuperado de la entrevista grupal día 17/11/2023. CDVIR Santa Cruz Bolivia.

¹⁴ Recuperado de la entrevista grupal día 8/11/2023. CDVIR El Alto, Bolivia.

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

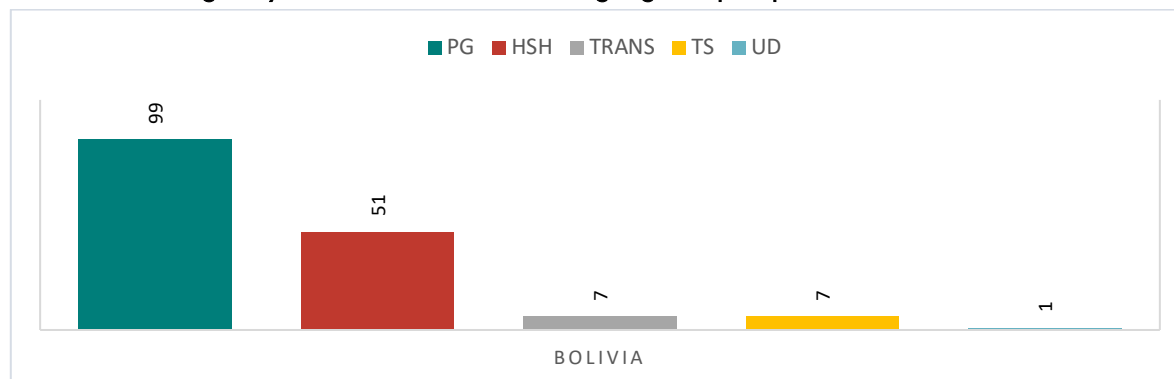


Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Observamos en el país manifestaciones de estigma y discriminación que deben ser erradicados para la adecuada atención a las personas usuarias.

Asimismo, al revisar los datos por población, observamos que las poblaciones clave manifiestan que el trato recibido no es adecuado, como se observa en el gráfico siguiente:

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



Fuente: 1er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

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

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

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

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

*"...en lo personal en muchas ocasiones el personal de salud constantemente está de mal humor y pienso yo que por ética mínimamente el personal tendría que dar un trato con calidad y calidez al paciente por así decirlo"*¹⁵

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

*...yo la verdad prefiero que sean ustedes los que hablen, porque si en algo tiene razón mi compañero; cuando eres líder a ti te tratan muy bien, yo tengo un liderazgo de muchos años y yo no he recibido maltrato del CDVIR, pero se y he visto en algunas compañeras y compañeros que a veces les han maltratado y sería bueno que ustedes lo digan porque es un momento importante para decirlo"*¹⁶

"...farmacia es pésimo con la atención con la entrega de medicamentos..., cuantas veces se han quejado, incluso parece que han hecho cartas, pero parece que, no sé qué pasa nunca

¹⁵ Recuperado de la entrevista grupal día noviembre 2023. CDVIR La Paz Bolivia.

¹⁶ Recuperado de la entrevista grupal día 10/11/2023. CDVIR Cochabamba, Bolivia.

cambia por lo menos mejoraría su trato con las personas nunca cambio y nos hace sentir incomodos de ir a recoger los medicamentos”¹⁷

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

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

“... hasta a mí me ha pasado cuando yo no tenía el cambio de nombre yo iba vestida de mujer siempre y me miraban todos los chicos y me llamaban por mi nombre, me decían no eres tú pero y me devolvían y tenía que volver a sacar mi carnet hasta aquí me hicieron lo mismo, me riñó la doctorcita y me dijo dónde está tu nombre, yo le mostré carnet y hasta presenté fotocopia de carnet de mi cambio de mi nombre pero seguía mi nombre de hombre que tenía”¹⁸

“...no, yo nunca dije nada porque tenía miedo de que después ya no me quieran atender a dar mi tratamiento”¹⁹

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.

¹⁷ Recuperado de la entrevista grupal día 8/11/2023. CDVIR El Alto, Bolivia.

¹⁸ Recuperado de la entrevista grupal día 8/11/2023. CDVIR El Alto, Bolivia.

¹⁹ Recuperado de la entrevista grupal día 16/11/2023. CDVIR Montero, Bolivia.

V. CONCLUSIONES

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

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

Persiste la dificultad para el inicio rápido del tratamiento ARV, el 40.1% de las personas usuarias del país indican que iniciaron tratamiento 30 días o más después del diagnóstico. Esto se correlaciona al analizar la disponibilidad de medicamentos y pruebas antirretrovirales (ARV), en donde el 9% (22/254) 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 6 (2.3%) personas a discontinuar el tratamiento hasta que les fue entregado nuevamente, factor que incide en la resistencia al medicamento, necesidad de cambio de esquema y otros, así como a no alcanzar la supresión viral, tercer pilar de la cascada del continuo de la atención, pudiendo observar que, con base en los resultados obtenidos, ninguno de los países presenta esta meta cumplida. La información sobre la falta de recolección de medicamentos, es atribuible en mayor medida al desabastecimiento, lo cual sugiere áreas de mejora, en pro de garantizar la disponibilidad del mismo basado en la necesidad de brindar una cobertura total en tratamiento para las personas usuarias de los servicios de salud.

Asimismo, observamos el dato del resultado de carga viral en Bolivia, para el cual el 75.9% de los encuestados indicó ser indetectable, presentando una brecha del 24.01% que aún no logran la supresión viral. Es interesante contrastar este dato con la entrega de medicamento, dado que del total de encuestados solamente el 2.3% suspendió su tratamiento a causa de la no entrega del mismo, por lo que es necesario evaluar que se brinde el manejo efectivo del VIH por parte de los servicios, para garantizar que todas las personas usuarias, que son adherentes, logren 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 64% de las personas usuarias manifestó tener en

ocasiones dificultad para asistir a sus citas, las complicaciones más reportadas incluyen el tráfico, el costo y la disponibilidad del transporte, además de restricciones laborales, que limitan el acceso continuo al tratamiento y resaltan la importancia de establecer políticas de apoyo más flexibles y holísticas que consideren las realidades de vida de los pacientes. Por lo que se considera importante tomar medidas que mejoren la accesibilidad de la persona usuaria a los servicios de salud, tales como subsidios para el transporte, acercamiento de los servicios, desconcentración de la atención, entre otros.

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

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

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

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

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



diferencia significativa en el éxito de las políticas de salud pública dirigidas a la mejora en la atención en salud.

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

VI. RECOMENDACIONES

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

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

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

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

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

Específicas

- Crear políticas de salud a nivel del ministerio de salud, a nivel departamental y en los CDVIR, para que se establezcan estas políticas claras en atención, tanto para el personal de salud como para los Usuarios.
- Aumentar el presupuesto que el Ministerio de Salud tiene para los servicios de salud.
- Asegurar el acceso a otros servicios dentro del hospital, principalmente en el servicio de odontología.
- Contar con medicamentos (no TAR) e insumos para atender otros problemas de salud o emergencias que las personas pudieran presentar mientras están en su consulta.
- Asegurar la sostenibilidad para el acceso a medicamentos para infecciones oportunistas pues actualmente está financiado por la cooperación internacional.

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

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

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

Específicas

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

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

En lo relativo a la calidad de atención, se manifestó la necesidad de recibir un trato libre de estigma y discriminación, por lo que se recomienda crear a lo interno de cada Centro de Salud estrategias de sensibilización y formación del personal de salud, garantizando la atención a las personas usuarias libre de estigma y discriminación. Es crucial abordar las barreras sistémicas presentadas en los hallazgos que impiden el acceso a la atención, reducir los incidentes de negativa de atención, las acciones de estigma y/o discriminación para asegurar una respuesta integral y justa frente al VIH en la Bolivia.

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

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

Específicas

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

VII. ANEXOS

Anexo A:

Indicadores priorizados

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

Anexo B:

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

Consideraciones para el análisis de los indicadores:

Un indicador es una expresión cualitativa o cuantitativa observable que permite describir características, comportamientos o fenómenos de la realidad a través de la evolución de una variable o el establecimiento de una relación entre variables, la que comparada con períodos anteriores o bien frente a una meta o compromiso, permite evaluar el desempeño y su evolución en el tiempo.²⁰

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

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

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

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

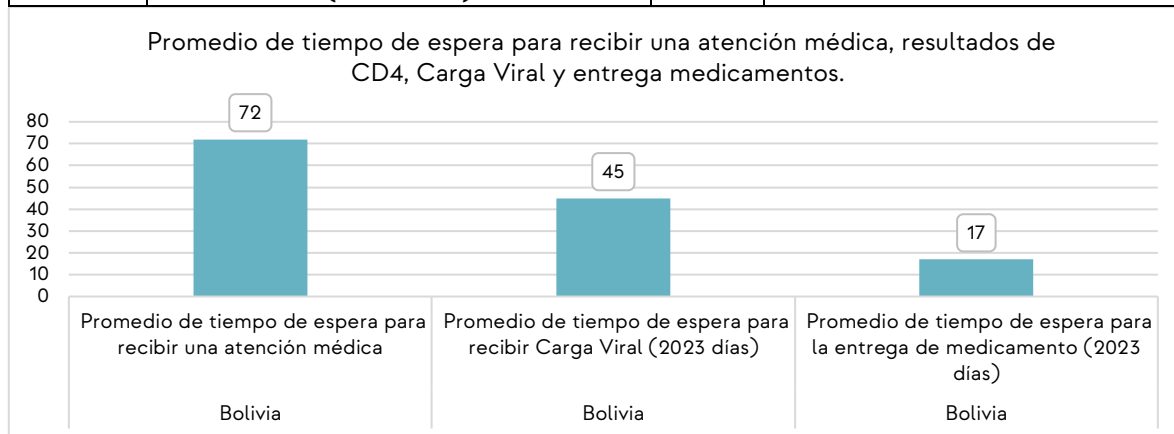
País	Resultado	Observación
Bolivia		No se registra información sobre las personas en los centros médicos.

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

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

²⁰ [Departamento Administrativo Nacional de Estadística \(DANE\). Guía para diseño, construcción e interpretación de indicadores, p. 13.](#)

País	Valor		Observación
Bolivia	Promedio de tiempo de espera para recibir una atención médica	72	La información obtenida corresponde solo a las encuestas en Centros de Salud, en esta no existe información sobre el tiempo promedio para obtener el CD4, el tiempo de atención real no se proporcionó en Centros de Salud
	Promedio de tiempo de espera para recibir resultados de CD4	N/D	
	Promedio de tiempo de espera para recibir Carga Viral (2023 días)	45	
	Promedio de tiempo de espera para la entrega de medicamento (2023 días)	17	



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

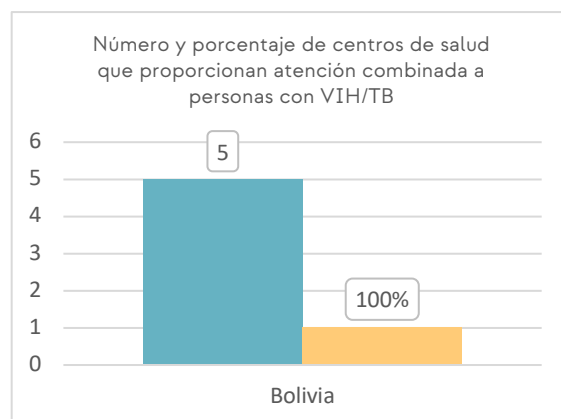
Las fuentes de información de donde se origina el dato son “Encuesta a Centros de Salud y Encuesta a Usuarios en Centros Médicos”.

País	Resultado	Observación
Bolivia		La información de la respuesta es imprecisa

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

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

País	Resultado	Observación
Bolivia	5	



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

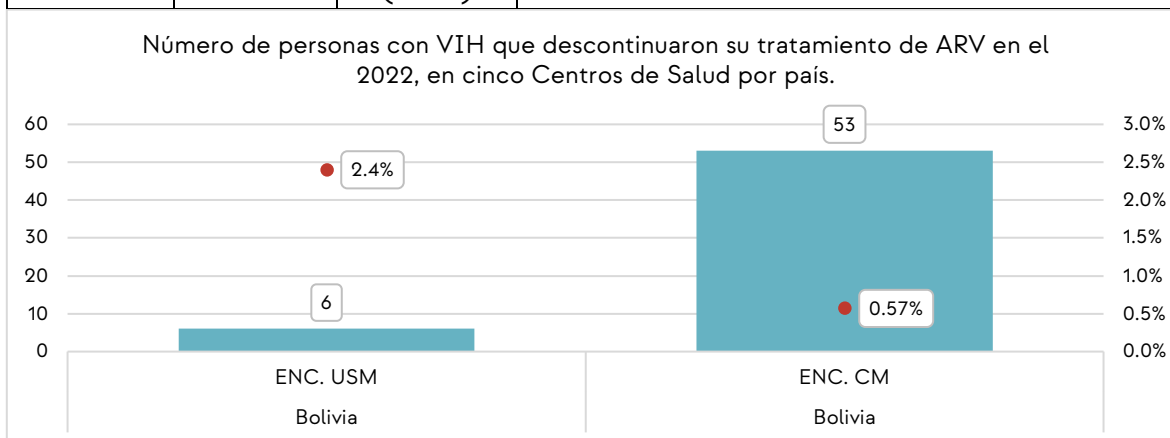
Las fuentes de información de donde se origina el dato es la “Encuesta a Centros de Salud”.

País	Resultado	Observación
Bolivia		No se registra información sobre las personas en los Centros de Salud

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

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

País	Resultado		Observación
Bolivia	ENC. USM	2%	No se contó con información del centro médico. Para el caso de las encuestas con Usuarios se consideró que se hubieran retirado del Centro de Salud sin sus medicamentos
	ENC. CM	0.57% (2022)	



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

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

País	Resultado		Observación
Bolivia	ENC. USM	93%	No se contó con información del centro médico.
	ENC. CM	N/D	

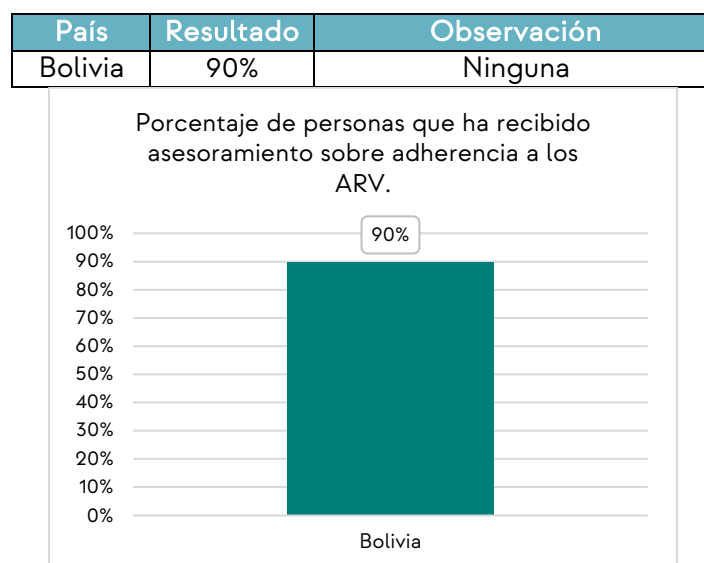
Indicador 8. Número y porcentaje de personas con VIH que recibieron el resultado de la prueba de carga viral en el plazo establecido en la guía de tratamiento de ARV, en cinco Centros de Salud por país, durante el año 2022.

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

País	Resultado	Observación
Bolivia	SR	No se registra información sobre las personas en los centros médicos.

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

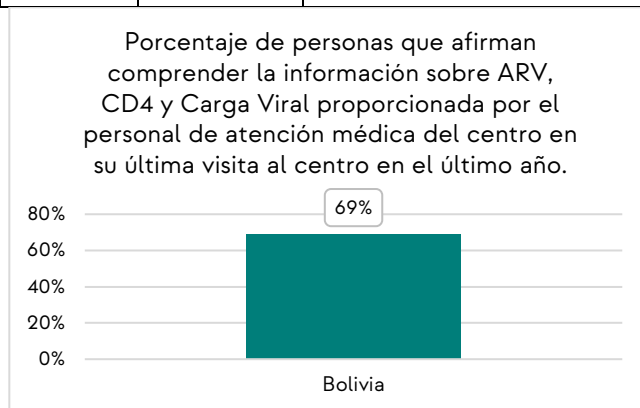
La fuente de información establecida para este indicador es la “Encuesta con Usuarios en Centros de Salud”.



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

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

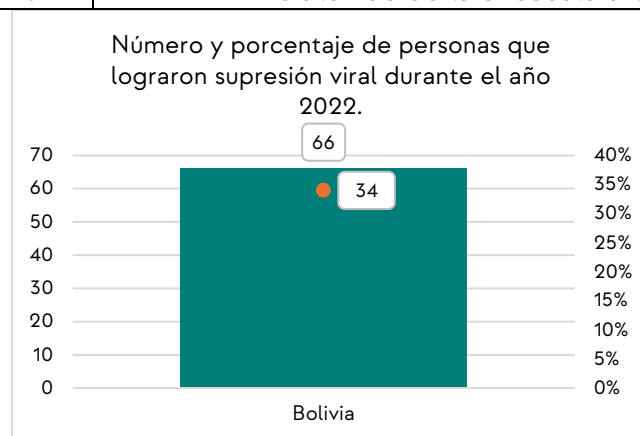
País	Resultado	Observación
Bolivia	69%	Obtenido de la encuesta a Usuarios



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

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

País	Resultado	Observación
Bolivia	34%	Obtenido de la encuesta a Usuarios



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

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

País	Resultado	Observación
Bolivia	N/D	No se registra información sobre las personas en los centros médicos.

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

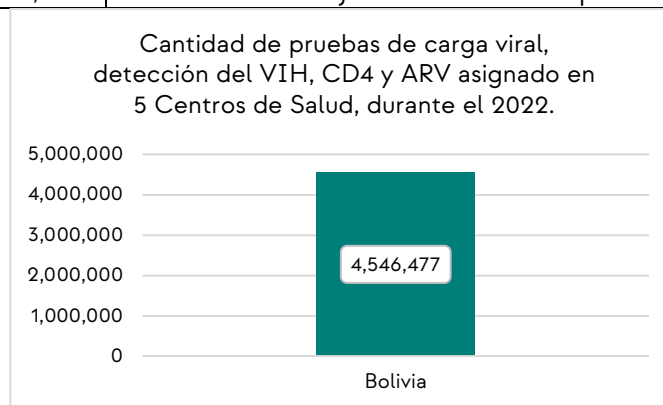
La fuente de información establecida para este indicador es la **“Encuesta en Centros de Salud y la encuesta con Usuario en Centros de Salud”**.

País	Resultado	Observación
Bolivia		No se registra información sobre las personas en los centros médicos.

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

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

País	Resultado	Observación
Bolivia	4,546,477	Dato conjunto de todas las pruebas realizadas

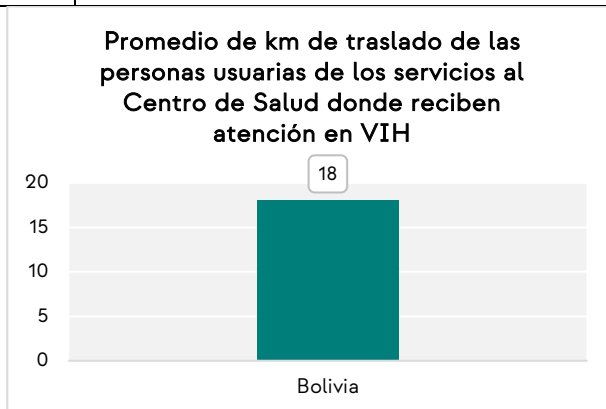


Indicadores OE2. Identificar las barreras de acceso a los servicios de salud y tratamiento de las personas con VIH y poblaciones clave, generando recomendaciones para los centros y servicios destinados para VIH en cinco centros de atención por país.

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

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

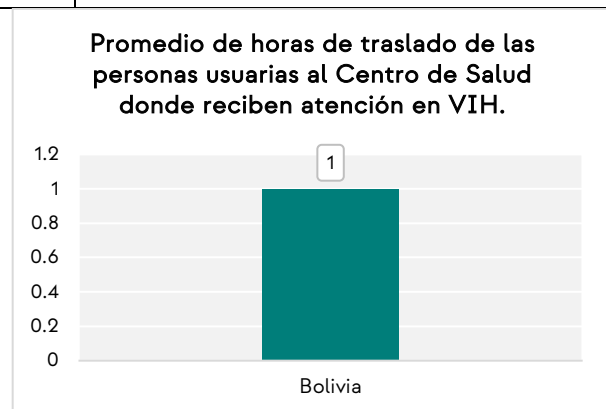
País	Resultado	Observación
Bolivia	18	Obtenido de la encuesta a Usuarios



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

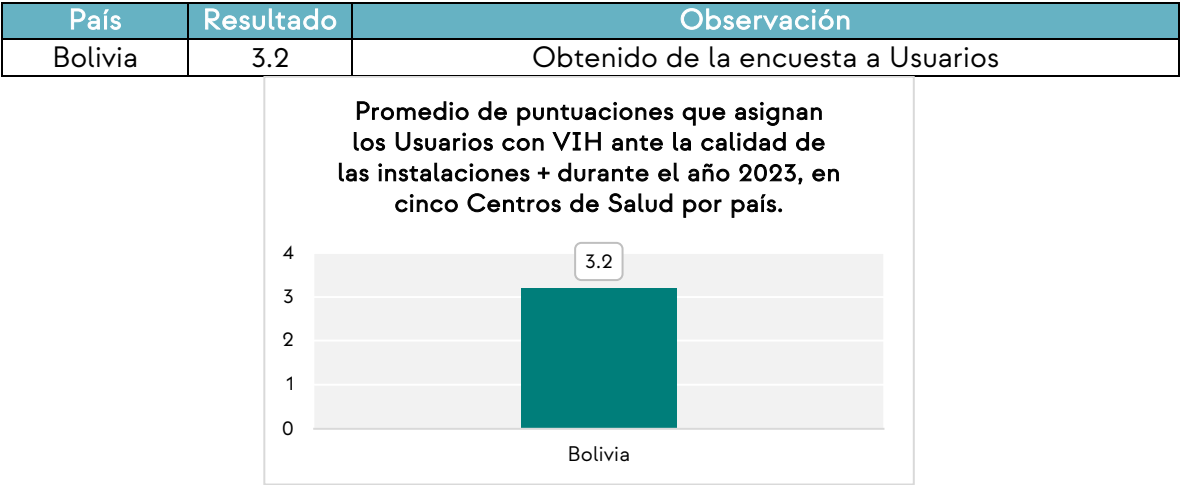
La fuente de información establecida para este indicador son la **encuesta con Usuario en Centros de Salud**.

País	Resultado	Observación
Bolivia	1	Obtenido de la encuesta a Usuarios



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

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



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

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

País	Resultado	Observación
Bolivia		No se obtuvo información sobre la frecuencia

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

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

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

País	Resultado	Observación
Bolivia	N/D	No se obtuvo la información

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

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

País	Resultado	Observación
Bolivia		No se registra información sobre las personas en los centros médicos.

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

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

País	Resultado	Observación
Bolivia		No se registra información sobre el indicador.

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

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

País	Resultado	Observación
Bolivia		No se registra información específica para el indicador.

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

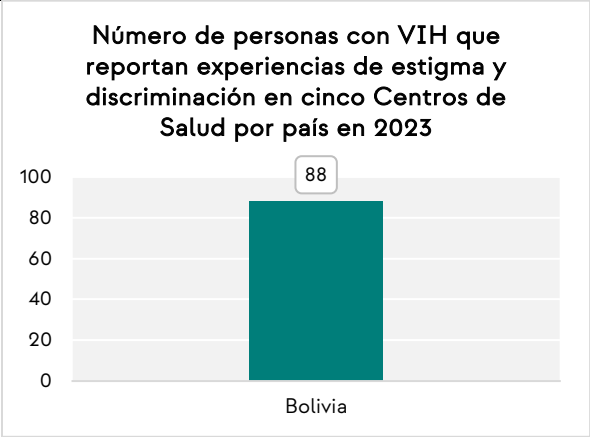
La fuente de información establecida para este indicador son la **encuesta en Centros de Salud** y la **encuesta con Usuario en Centros de Salud**.

País	Resultado	Observación
Bolivia		No se recogió información en la encuesta

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

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

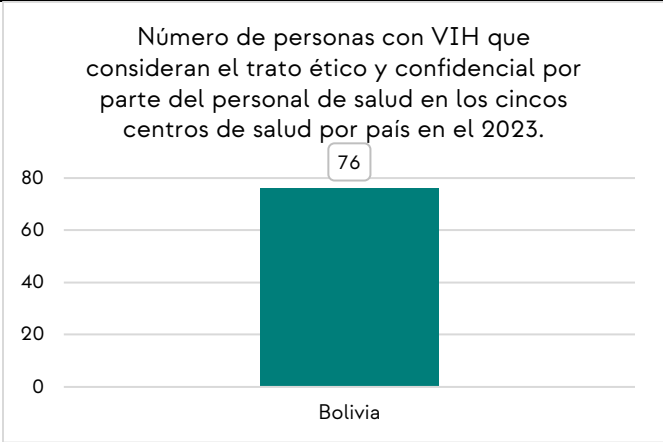
País	Resultado	Observación
Bolivia	88	Obtenido de la encuesta a Usuarios



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

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

País	Resultado	Observación
Bolivia	76	Obtenido de la encuesta a CS



Anexo C:

Cumplimiento en el levantado de la información: Encuestas a Usuarios

INFORMACIÓN SOBRE LA PLANIFICACIÓN DE LAS ENCUESTAS PERSONAS USUARIAS PARA EL 1ER. CICLO					
PAÍS	PROVINCIA	CENTRO	PLANEADAS	REALIZADAS	ALCANCE
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%
TOTAL			967	967	100%

Anexo D:

Cumplimiento en el levantado de la información: Entrevista Grupales

INFORMACIÓN SOBRE LA PLANIFICACIÓN DE LAS ENTREVISTAS GRUPALES PARA EL 1ER. CICLO					
PAÍS	PROVINCIA	CENTRO	PLANEADAS	REALIZADAS	ALCANCE
Bolivia	Cochabamba	CDVIR	1	1	100%
		Cochabamba			
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%
TOTAL			25	25	100%

Anexo E:

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

INFORMACIÓN SOBRE LA PLANIFICACIÓN DE LAS ENCUESTAS POR CENTRO DE SALUD					
PAÍS	PROVINCIA	CENTRO	PLANEADAS	REALIZADAS	ALCANCE
Bolivia	Cochabamba	CDVIR Cochabamba	1	1	100%
Bolivia	Santa Cruz	CDVIR Santa Cruz	1	1	100%
Bolivia	El Alto	CDVIR El Alto	1	1	100%
Bolivia	La Paz	CDVIR La Paz	1	1	100%
Bolivia	Montero	Centro de Salud Divino niño	1	1	100%
TOTAL			25	25	100%



ALEP+PC
Alianza Liderazgo en Positivo
y Poblaciones Clave



MLC
MONITOREO
LIDERADO POR LA
COMUNIDAD



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

MLC 2024

