



ALEP+PC
Alianza Liderazgo en Positivo
y Poblaciones Clave



MLC
MONITOREO
LIDERADO POR LA
COMUNIDAD



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



INFORME FINAL DE BOLIVIA

CICLO III

MONITOREO LIDERADO POR LA COMUNIDAD

MLC un legado, desde las Comunidades, para las Comunidades.



Septiembre, 2025

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. CONTEXTO	4
III. METODOLOGÍA	9
Diseño de la Encuesta	9
Población y muestra.....	10
Planteamiento Técnico del Estudio	10
Recolección de información.....	11
Indicadores del MLC y sus objetivos	12
Pilares de MLC para el monitoreo de la atención del VIH	13
Inferencia e Interpretación.....	15
Consideraciones Éticas y de Calidad de Datos	15
IV. CARÁCTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES	17
Alcance de la recolección de la información	17
V. HALLAZGOS	21
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.....	21
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.....	29
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	32
V. CONCLUSIONES.....	39
VII. RECOMENDACIONES	42
VIII. BIBLIOGRAFÍA	45
IX. ANEXOS.....	46
Anexo A: Indicadores priorizados	46
Anexo B: Cumplimiento en el levantado de la información: Encuestas a personas usuarias	47
Anexo C: Cumplimiento en el levantado de la información: Entrevista Grupales	47
Anexo D: Cumplimiento en el levantado de la información: Encuestas por centro de salud	47

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 tercer 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 663 millones de personas para el 2024, y se proyecta que la región alcanzará su población máxima en 2053, con un total de 730 millones de personas (CEPAL 2024).

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).

En América Latina y el Caribe, cambios sociales, económicos y culturales coexisten con una transición demográfica acelerada: las tasas de natalidad y mortalidad han descendido rápidamente, lo que ha impactado la tasa de crecimiento poblacional y la estructura por edades (CEPAL 2024).

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 VIH (CEPAL 2022).

Se estima que 39 millones de personas viven con VIH en el mundo; no obstante, la mortalidad y la incidencia de nuevos casos han disminuido de forma notoria durante las últimas dos décadas, asociado a una expansión en el acceso a terapia antirretroviral en forma global.

A diferencia del resto del mundo, América Latina presenta una tendencia de alza en las nuevas infecciones y se registra un aumento en nuevos casos durante los últimos 10 años, coincidiendo con un aumento en los flujos de migrantes que ha afectado a la región. Algunas estrategias preventivas como la profilaxis pre exposición se han implementado a un ritmo lento, tanto a nivel mundial, como latinoamericano (Blamey Rodrigo 2024).

El acceso limitado al diagnóstico de la infección por el VIH, la escasez de profilaxis previa a la exposición y la inmigración procedente de países con una mayor carga de VIH pueden contribuir a un aumento agudo de la incidencia. El porcentaje de personas en América Latina y el Caribe que conocen su estado serológico, reciben tratamiento adecuado y logran una supresión virológica sostenida ha aumentado lentamente. Sin embargo, se mantiene por debajo de las metas porcentuales establecidas, con 85%, 72% y 66% para el diagnóstico, el tratamiento y la supresión del VIH en América Latina y 83%, 68% y 57% en el Caribe, respectivamente (OPS 2024).

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 2024, se reportaron aproximadamente 120,000 nuevos casos de VIH en la región en personas mayores de 14 años y 4,000 menores. (ONUSIDA 2025)

El número anual de nuevas infecciones por VIH en América Latina aumentó un 9% entre 2010 y 2023, con ocho países experimentando aumentos desde 2015. En 2022, una proporción significativa (66%) de las nuevas infecciones por VIH se dio entre personas de poblaciones clave y sus parejas sexuales. En 2022, el número de nuevas infecciones por VIH fue un 20% más alto que en 2010 entre hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres, un 42% más alto entre trabajadores sexuales, y un 19% más alto entre mujeres transgénero. Las muertes relacionadas con el VIH han disminuido en un 28% desde 2010 en general, pero han aumentado entre mujeres en Costa Rica, El Salvador, México, Panamá, Paraguay y Perú (ONUSIDA 2025)

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 (OPS 2022) (ONU, Informe sobre los derechos humanos y el VIH en América Latina 2022).

En relación con la inversión en salud en torno a VIH, para este año 2025, la arquitectura de financiación del VIH ha experimentado cambios sin precedentes. En particular, la congelación y la incertidumbre en torno a los compromisos de financiación de PEPFAR. Si PEPFAR no recupera su nivel de financiación de 2024, el déficit actual de financiación del 17% podría aumentar significativamente, poniendo en peligro el progreso hacia los objetivos globales de 2030 (ONUSIDA 2025).

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, teniendo actualmente una estimación de 33,000 personas (adultos y niños) que viven con VIH (ONUSIDA 2024).

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 Cruz (Bolivia 2021). A nivel nacional, se detectan una prevalencia en hombres del 0.5 y en mujeres del 0.2, con una incidencia de 0.16 por cada 1000 habitantes, lo que refleja el continuo desafío de la propagación del VIH en Bolivia (ONUSIDA 2024)

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 25.8% en la población GB-HSH y 30.8% en la población trans, para el año 2024 (ONUSIDA 2024).

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 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.

El estigma y la discriminación continúan afectando la salud y el bienestar de las personas que viven con VIH o están en riesgo de contraerlo. Las encuestas del Índice de Estigma 2.0 realizadas en Bolivia, Ecuador, Nicaragua, Perú y Paraguay, muestran que aproximadamente el 15% de los encuestados han experimentado estigmatización al buscar servicios de VIH, y más de una cuarta parte (27%) informó haber experimentado estigmatización al intentar acceder a otros servicios de salud (GNP+ 2023)

Notablemente, alrededor del 70% de las personas transgénero informaron haber experimentado estigmatización al buscar atención médica. Otros datos, revelan que el 96% de las mujeres trans han experimentado violencia, el 62% se dedica al trabajo sexual debido a la falta de otras oportunidades de ingresos, y solo el 5% ha completado la educación secundaria (ONUSIDA 2025).

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 tercer 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 de edad, 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 tercer 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 del año 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 4 Coordinadores Nacionales (Bolivia 1, Costa Rica 1 y Ecuador 2) 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.

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, una previo al levantado de la información, y otra 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.

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 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 tercer 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 SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES

Alcance de la recolección de la información

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

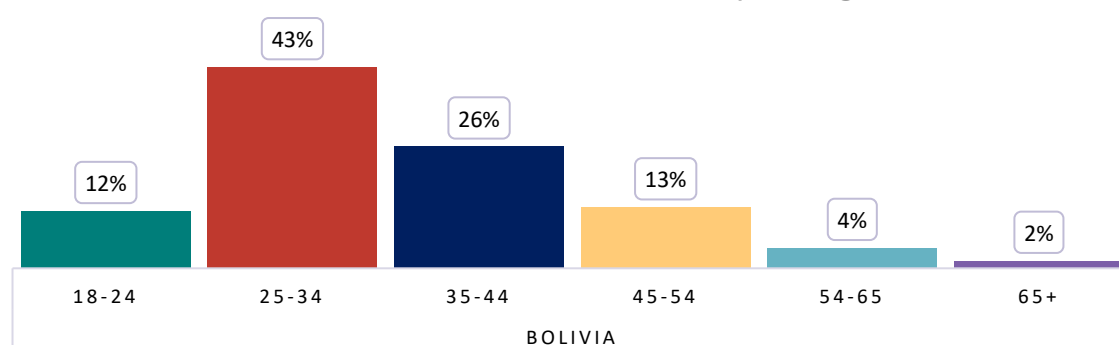
Tabla 1: Alcance en la implementación del MLC 3er. Ciclo

	Bolivia
Provincias/Región	5
Centros de Salud	5
Personas viviendo con VIH	3,665
PVIH y PCVIH (encuestas individuales y entrevistas grupales)	301
Encuestas a centros de salud	5

Fuente: 3er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

La mayor proporción de personas encuestadas perteneció al rango etario de 25-44 años, principalmente en Bolivia, ocupando más del 60%.

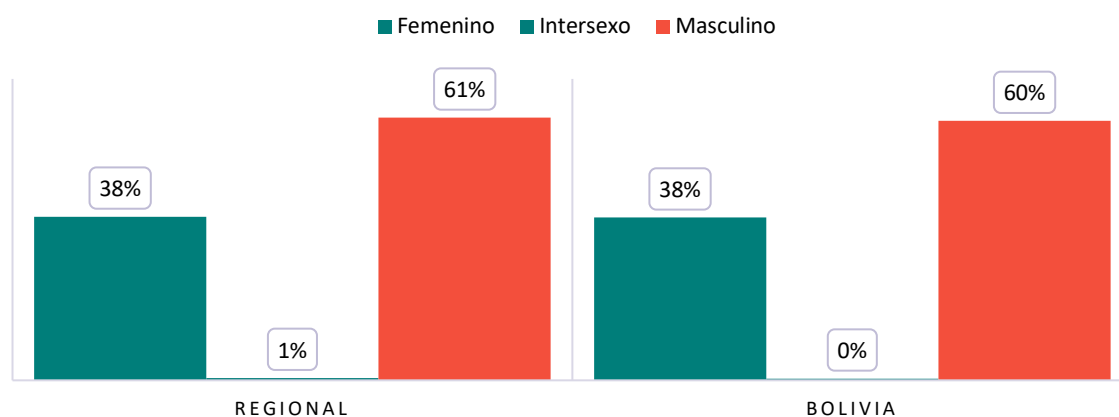
Gráfico 1: Personas usuarias abordadas por rango etario



Fuente: 3er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Al momento de desagregarlo por sexo al nacer vemos que la participación fue mayoritariamente del sexo masculino, con un 69.5% (501/720), como se muestra en el siguiente gráfico:

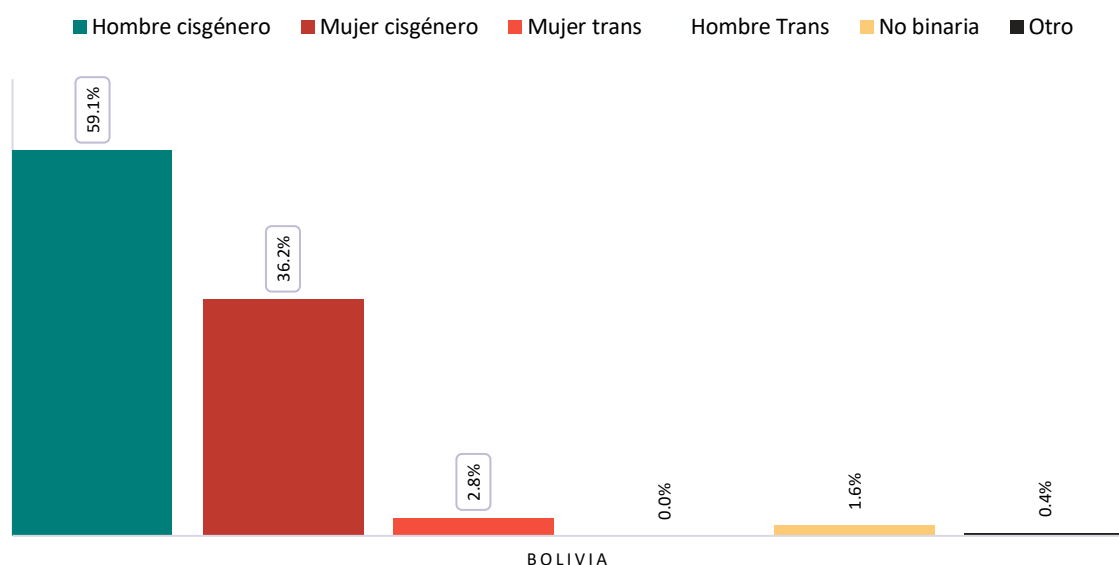
Gráfico 2: Personas usuarias abordadas por sexo



Fuente: 3er. 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 y hombres Trans y personas no binarias:

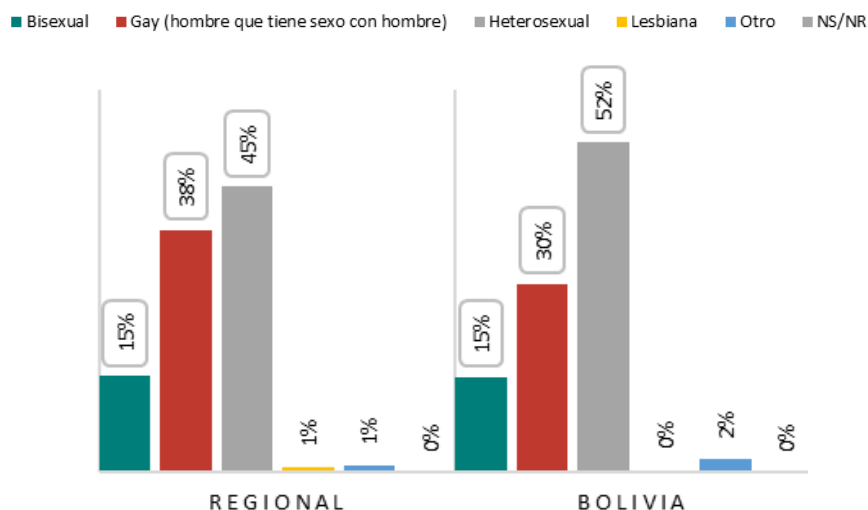
Gráfico 3: Personas usuarias abordadas por identidad de género



Fuente: 3er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Con relación a la orientación sexual, la población participante más alta estuvo conformada en un 52% por personas heterosexuales, seguidas con el 30% por personas gay, como se observa en la siguiente gráfica:

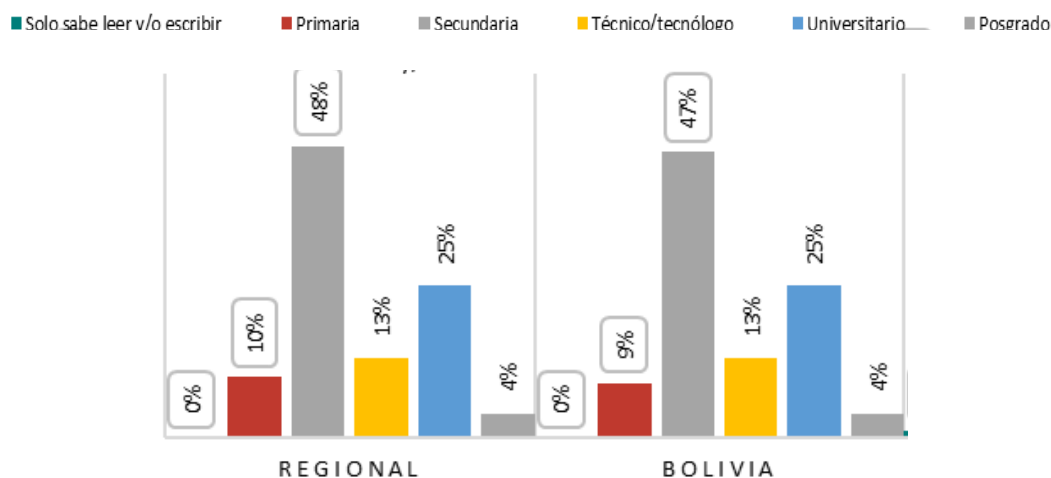
Gráfico 4: Personas usuarias abordadas por orientación sexual y país



Fuente: 3er. 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 se dio principalmente por participantes con un nivel académico de secundaria con 47%, en su mayoría en soltería 64% y con trabajo (formal, informal o negocio propio) un 70.3%.

Gráfico 5: Personas usuarias abordadas por nivel educativo



Fuente: 3er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Por último, podemos decir de las personas que respondieron a la consulta sobre el sector al que pertenecían, el 86.9% de las personas que participaron pertenecían a sectores del área urbana y solamente el 12% era de área rural, lo que, al momento de revisar los principales resultados, permite observar el acceso a los servicios que se tiene desde el área ambas áreas.

En esta sección podemos observar la distribución socio-demográfica que tuvo la muestra de usuaries quienes participaron en las encuestas del MLC. El detalle específico de los sitios 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.**

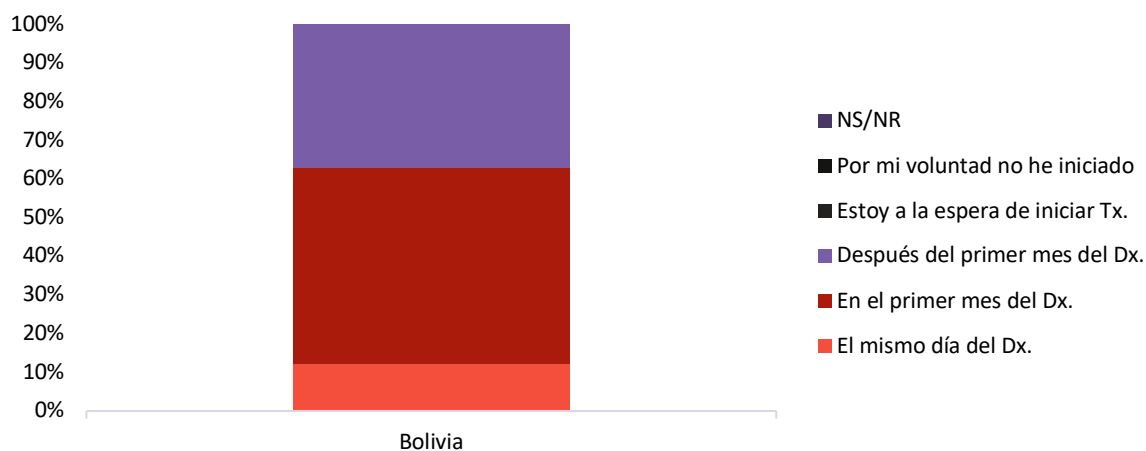
Para algunos indicadores, responsables de dar respuesta a este objetivo lamentablemente no se obtuvo información, sin embargo, revisaremos la información relativa a la disponibilidad y acceso al tratamiento antirretroviral y las pruebas de carga viral, indispensables para el cumplimiento de los objetivos 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 el 14.8% del total de encuestados indicó haber recibido el TAR el mismo día del diagnóstico, valor que al compararse con el segundo ciclo (18.6%) presenta un decremento de alrededor del 4%, lo que nos indica que probablemente se tuvo desabastecimiento de TAR nuevamente en alguno de los países participantes.

El 51% de les usuaries de Bolivia indican que iniciaron TAR en el transcurso del 1er. mes, quedando una brecha del 49% de personas usuarias que indicaron que la entrega fue posterior al 1er. mes o que aún están a la espera del mismo. Lo cual se puede observar en el siguiente gráfico.

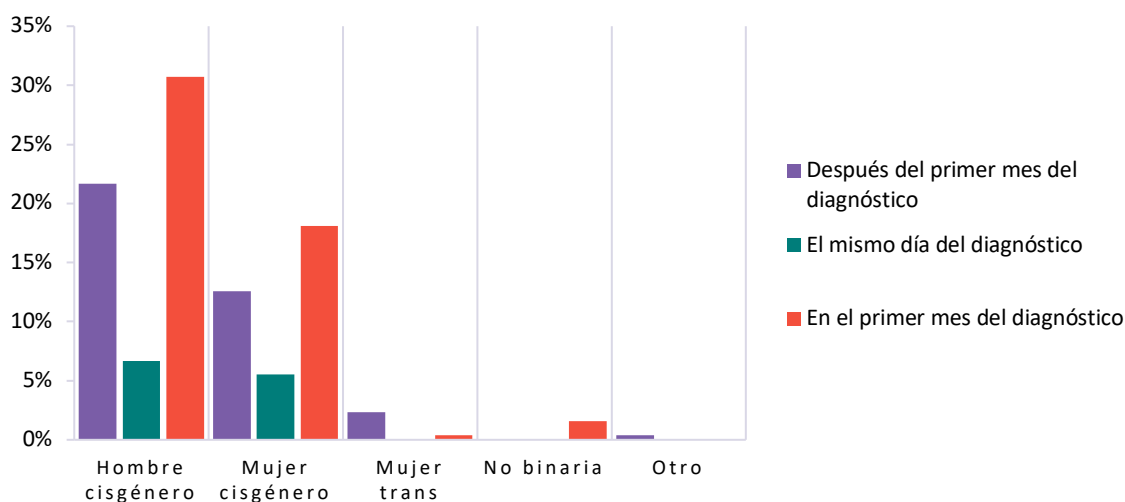
Gráfico 6: Inicio de TAR



Fuente: 3er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Al desagregar estos datos, encontramos que el 96.9% de los que inician el mismo día o el primer mes en Bolivia son hombres y mujeres cisgénero. El 3.1% restante es para la población de mujeres trans y personas no binarias. Es importante hacer notar que se tiene una brecha del 37% de les usuaries que recibieron su tratamiento posterior al primer mes posterior al diagnóstico.

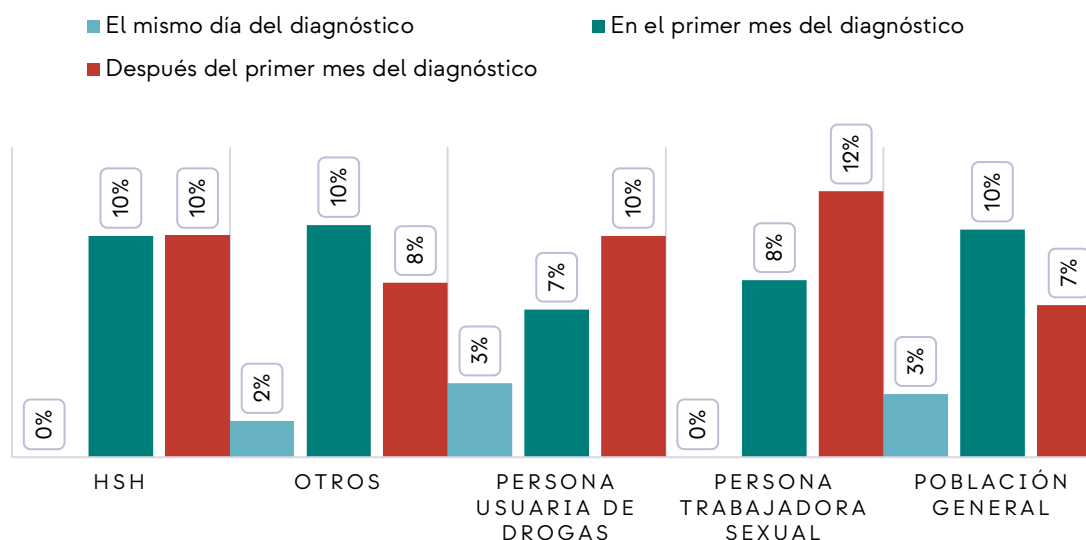
Gráfico 7: Inicio de TAR Bolivia por identidad de género



Fuente: 3er. 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).

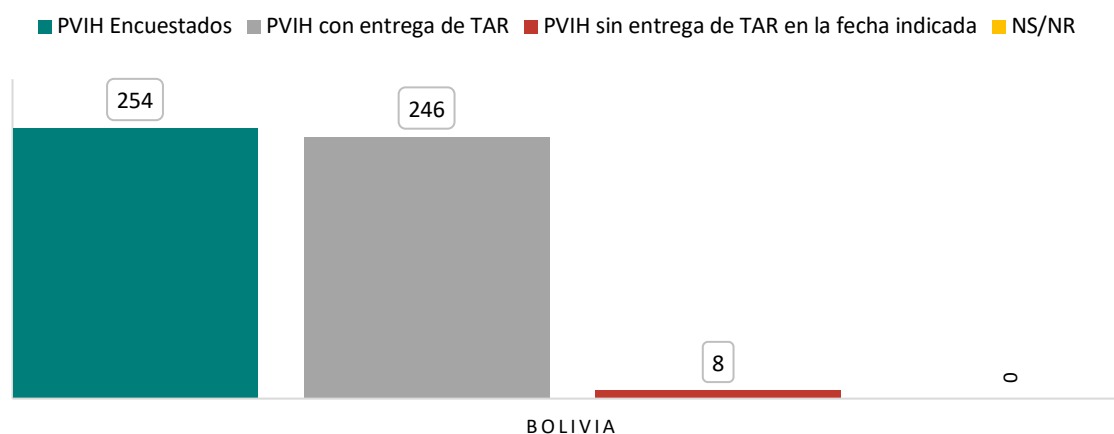
Gráfico 8: Inicio de TAR Bolivia por población clave



Fuente: 3er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

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 segundo ciclo (1.8%), con referencia al 0.83% encontrado en los resultados de este ciclo.

Gráfica 9: Entrega de TAR



Fuente: 3er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

En Bolivia solamente una de las personas usuarias encuestadas reportó haber enfrentado negativas de atención en los centros de salud, un indicativo de que las barreras en el acceso a servicios necesarios están disminuyendo, y el 3.4% indicó que no recibió el TARV prescritos debido a la falta de disponibilidad en bodega o retrasos en el traslado de los mismos, 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: "Fui a recoger mis medicamentos y me dijeron que no había, me pidieron volver la siguiente semana, y luego otra vez."¹.

En los cinco centros de atención se indicó que existe abastecimiento parcial, que últimamente les están fraccionando la entrega de TAR debido a la desconcentración de la atención. Les usuaries que reportaron que no se les entregó el medicamento debido a desabastecimiento, pertenecían a los centros de salud CS Divino Niño y CDVIR La Paz.

Una persona usuaria comentó que en una ocasión tuvo que regresar en otra fecha a recoger medicamento, ya que les han reducido la cantidad entregada. "Antes a mí me daban tres frascos, ahora me han reducido a dos. Entonces eso creo que también está afectando porque no está llegando tal vez el medicamento, no sé la verdad, pero ya el anterior mes yo ya no tendría que ver este mes que me toca recoger medicamentos, pero he recibido dos frascos. Entonces no están dando como antes."²

"Sí, al inicio, porque no todos los centros de salud tenían a disponibilidad del tratamiento, pero ya después con la organización del programa ya todos los centros están obligados en el mercado de dispensar el tratamiento, pero el año pasado sí, desde la desconcentración ha habido ese problema."³

"A mí... como hice el escándalo, me dieron mi frasco, pero a los que estaban conmigo ese día les dieron su bolsita... quedaban cinco pastillitas"⁴.

¹ Recuperado del GF del III Ciclo, 12 mayo, 2025, CS Divino Niño, Montero, Bolivia.

² Recuperado del GF del III Ciclo. 16 de mayo, 2025. CDVIR La Paz, Bolivia.

³ Recuperado del GF del III Ciclo. 14 de mayo, 2025. Cochabamba, Bolivia.

⁴ Recuperado del GF del III Ciclo. 13 de mayo, 2025. CDVIR Santa Cruz, 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.

"tal vez que es más importante, la carga viral que el CD4. Si estás clínicamente mal, es más importante el CD4. La carga viral nos mide nuestra adherencia. Entonces, yo entiendo que en otros países va a ser una vez al año, igual que aquí. Entonces también es caro, porque no hay... pero hay otros casos de si se necesita que san clínico por ejemplo, finada Fernandita ella se debió hacer un estudio farmacoterapéutico para ver su resistencia y ella le debieron hacer todo pero creo que no hicieron no había los recursos..."⁵

Respecto a los cambios de tratamiento o esquemas, algunas personas usuarias comentan que les han dado la explicación del por qué han cambiado. Fueron pocas las personas usuarias que indicaron no haber tenido información sobre el cambio de esquema.

Del indicador número y porcentajes de personas con VIH que descontinuaron su tratamiento de ARV en el 2024, se identificó que a nivel regional 20 de los participantes (4.3% del total encuestado) manifestaron haber dejado de tomar medicamento, derivado de la no entrega del mismo.

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

No.	País	%	Personas	Total
1	Bolivia	3.14%	8	254

Fuente: 3er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

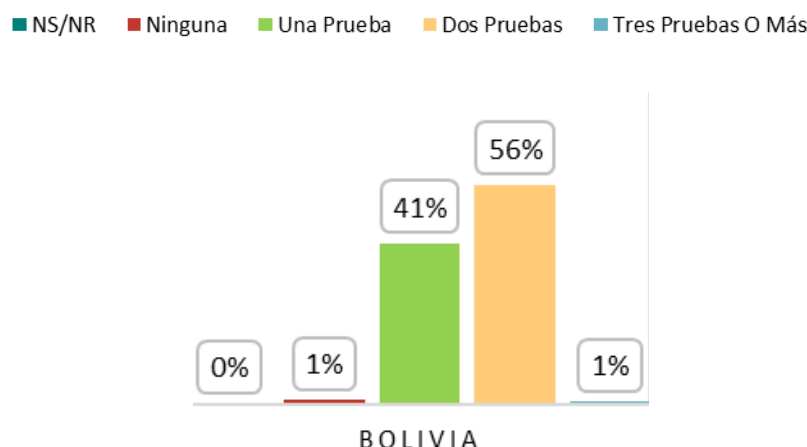
Monitoreo de Carga Viral (CV)

Con relación al monitoreo de la prueba de carga viral, se determinó que 16 personas usuarias a nivel regional, equivalente al 2.2% 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.

⁵ Recuperado del GF del III Ciclo, 13 mayo, 2025. CDVIR Santa Cruz, Bolivia

A nivel regional el 34% de usuaries refieren haberse realizado una prueba en el último año, 54% refiere haberse realizado dos pruebas de CV, y el 9% indican haberse realizado tres o más pruebas de CV.

Gráfico 10: Porcentaje de personas que se han realizado pruebas de CV



Fuente: 3er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

En Bolivia, el 56% 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 era del 55%. 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 una participante, quien mencionó la falta de resultados de pruebas cruciales como CD4 y carga viral:

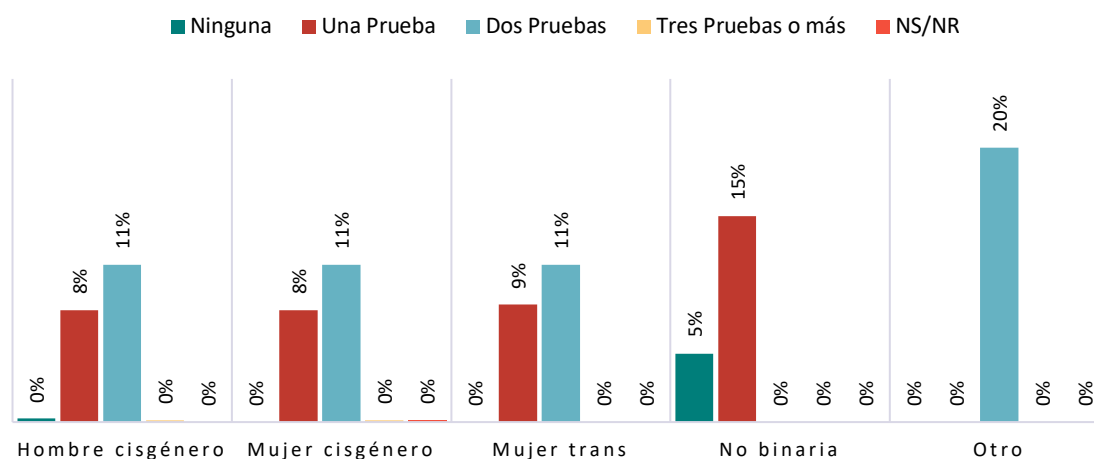
"Porque tienen o no tienen reactivos, a veces está o no está la persona del laboratorio... uno debería venir y ellos deberían controlarnos..."⁶.

"Desde que se ha descentralizado... me tengo que hacer la prueba en el Hospital del Sur... a veces se ha acabado..."⁷.

⁶ Recuperado del GF Ciclo III, 13 mayo, 2025. CDVIR Santa Cruz, Bolivia.

⁷ Recuperado del GF Ciclo III, 14 mayo, 2025. CDVOR Cochabamba, Bolivia.

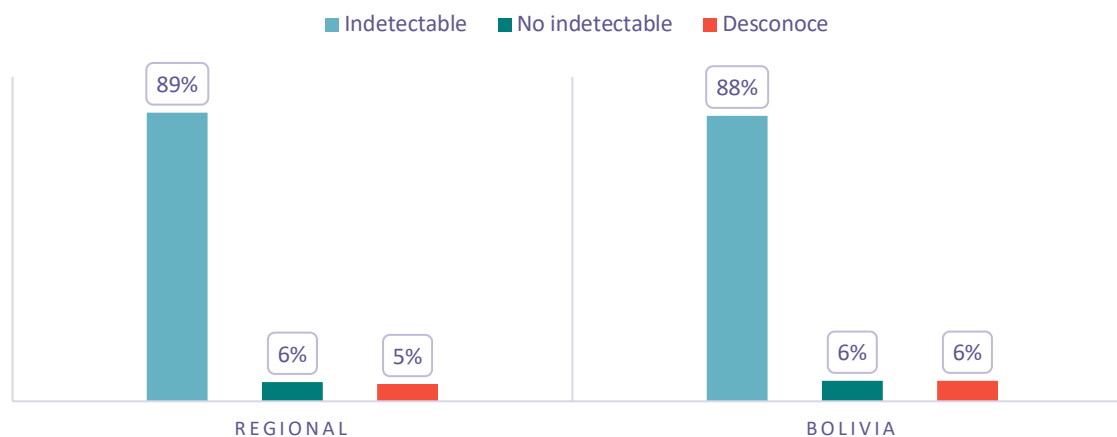
Gráfico 11: Porcentaje de PVIH con pruebas de CV - Bolivia



Fuente: 3er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

Al momento de consultar a las personas encuestadas sobre su estado de carga viral, la mayoría (89%) del total de la muestra de los tres países, indicó tener un resultado indetectable.

Gráfico 12: Resultado de CV



Fuente: 3er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

En Bolivia el 88% (223) de las personas usuarias reportó ser indetectable en su último resultado de CV, lo cual es positivo, aún hay una brecha del 12% de las personas usuarias que no alcanza la supresión viral. El 44.9% de las personas usuarias indetectables pertenece a poblaciones clave, superior al 32% obtenido en el ciclo II, 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.

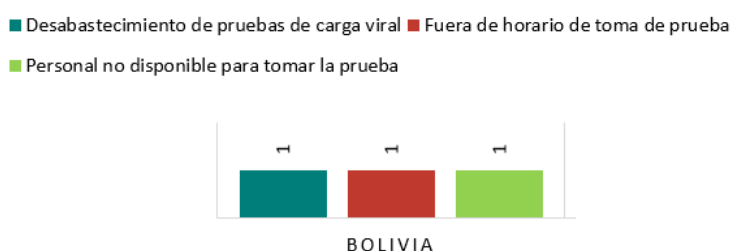
En algunos de los GF mencionaron situaciones en las cuales les hicieron varias veces para poder acceder a la prueba, comentando a su vez que en ocasiones hay falta de reactivos para las pruebas:

"desde el 2024 no me hicieron mi carga viral... me dijeron que no hay las cosas "⁸.

"a veces está uno, dos o tres días volviendo porque tiene que mandar una aprobación"⁹

Sin embargo, con relación al acceso para realizarse una prueba de CV, consulta realizada en las encuestas, es importante mencionar que en Bolivia ninguna de las personas usuarias indicó haberse retirado del centro de salud sin realizar la prueba de CV necesaria, lo que evidencia mejoras en la prestación de servicios críticos para la gestión efectiva del VIH. Esto permite un seguimiento adecuado del estado de salud de les usuaries, e incrementa la capacidad de realizar ajustes oportunos y efectivos en los tratamientos.

Gráfica 13:
Motivos indicados del por qué no se les realizó la prueba de CV en el día agendado



Fuente: 3er. 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. Para el caso de Bolivia, como se observa en la siguiente gráfica, existe un 44% de personas usuarias que demoran entre 1-3 meses en recibir sus resultados.

⁸ Recuperado del GF Ciclo III, 15 mayo, 2025. CDVIR El Alto, Bolivia.

⁹ Recuperado del GF Ciclo III, 12 mayo, 2025. CS Divino Niño, Bolivia.



“A veces hasta te hacen doler ¿no? Cuando sacan. pero lo más cuestionable de eso es cuando llegas al médico no te dan tus informes de cuánto es tu carga viral ¿no?”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 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 en relación con 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.

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 los GF se encontró que: “Yo tengo el problema de que yo viajo Y voy a una región que ya intenté que es lo más próximo pero no me dio resultado afiliarme allí Y volví otra vez a Santa Cruz En mutuo acuerdo ellos mismos me dijeron que iban a hacer un programa que te daban tres meses porque no

¹⁰ Recuperado del GF III Ciclo, 15 mayo 2025. CRVIR El Alto, Bolivia.

tenían el suficiente personal para atender a toda la población que ha crecido mucho últimamente. Entonces de ahí fue a dos meses y ahora me vienen con que es un mes. Entonces he tenido que dejar de trabajar porque no me da favor de cada mes.”¹¹

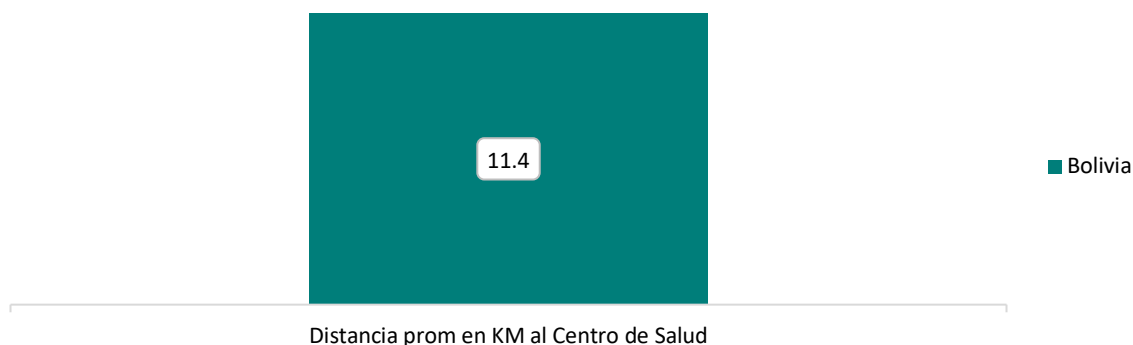
Durante los GF, se conversó sobre los horarios de atención en las clínicas de atención y la mayoría de las personas usuarias mostraron su malestar por el hecho de que llegan muy temprano. En algunos de los casos para poder salir rápido de la consulta llegan desde las 5 de la mañana, luego deben esperar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

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

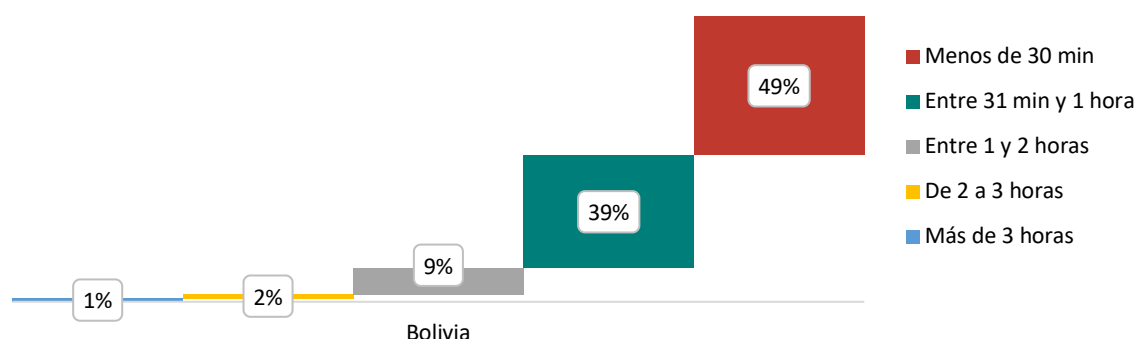


Fuente: 3er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

¹¹ Recuperado del GF Ciclo III, 13 mayo 2025. CDVIR Santa Cruz, Bolivia

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 1.94% (17/720) invierte tres horas o más. La mayoría, (38.4%) 277 de las personas encuestadas indica que les toma entre 30 minutos a una hora aproximadamente, y un 11% indica que le toma entre una a tres horas llegar al centro de salud.

Gráfica 15: Tiempo para llegar al centro de salud



Fuente: 3er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

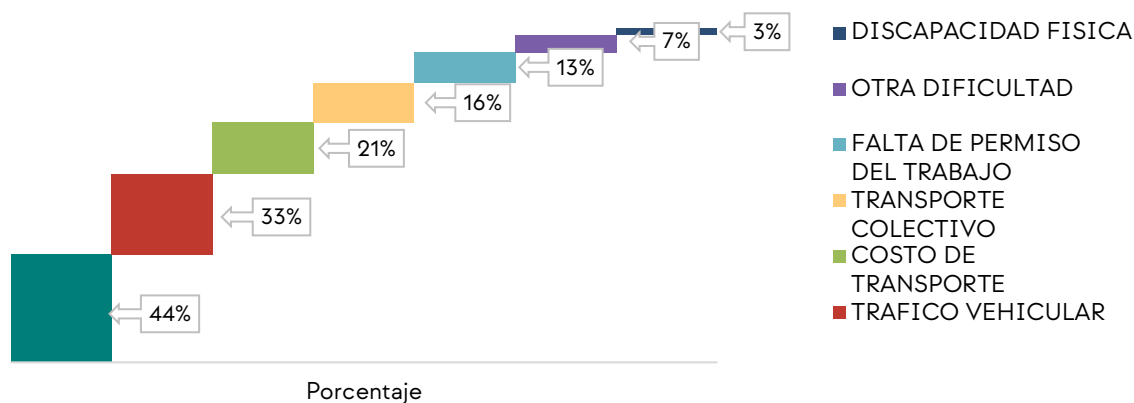
Asimismo, reportaron tener otras dificultades adicionales a la distancia o el tiempo invertido para acercarse al centro de salud, por ejemplo, en Bolivia un 32.3% (82/254) de las personas usuarias reporta tener dificultades para llegar a sus citas en el centro de salud a causa del tráfico vehicular. El 20.86% atribuye el problema al costo del transporte, un 19.3% a conflictos con su horario laboral, y el resto menciona la incapacidad física u otros motivos como barreras adicionales.

“Yo tengo el problema de que yo viajo Y voy a una región que ya intenté Que es lo más próximo, Pero no me dio resultado afiliarme allí Y volví otra vez a Santa Cruz En mutuo acuerdo ellos mismos me dijeron que iban a hacer un programa que te daban tres meses porque no tenían el suficiente personal para atender a toda la población que ha crecido mucho últimamente. Entonces de ahí fue a dos meses y ahora me vienen con que es un mes. Entonces he tenido que dejar de trabajar porque no me da favor de cada mes¹².”

¹²Recuperado del GF Ciclo III, 13 mayo 2025. CDVIR Santa Cruz, Bolivia.

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.

Gráfico 16:
Porcentaje de personas usuaria que refirieron dificultades para el acceso al CS



Fuente: 3er. Ciclo MLC. Elaboración propia.

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

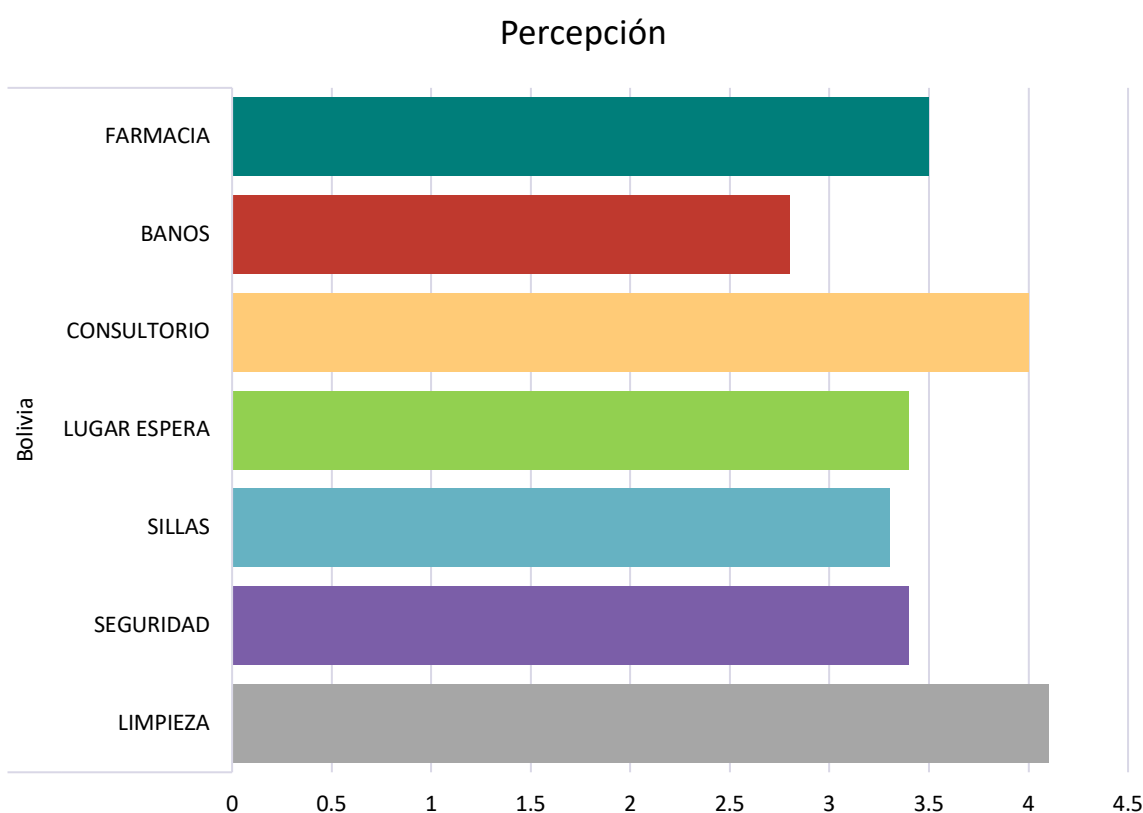
- **OE3. Establecer la calidad de la prestación de servicios para mejorar la disponibilidad, atención y tratamiento para personas con VIH y poblaciones clave en cinco centros de atención por país**

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

“Más que todo, la espera que tardan más por el tiempo de las personas que van. Hay días que no hay unas 5 o 10 personas, aparecen unas 100. Y el tiempo de espera para un PVV es largo”¹³.

Gráfico 17:
Calidad del centro de salud con respecto a los aspectos descritos
(Siendo 1 muy mala y 5 muy bueno)



Fuente: 3er. 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:

¹³ Recuperado del GF Ciclo III, 13 mayo 2025. CDVIR Santa Cruz, Bolivia.

- **Tiempo de espera:** Las personas usuarias reportan un tiempo promedio de espera para la atención de aproximadamente 44.8 minutos. Este tiempo es menos prolongado al reportado en el Ciclo II con 58 minutos, considerándose una mejora ante 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 esperaría. En otros casos, las personas usuarias no están conformes, ya que indican que existe preferencia con algunes usuaries

"La espera puede ser larga; algunos reciben atención más rápida por ser conocidos"¹⁴

"Porque en realidad la apertura que hay actualmente es muy buena nadie puede decir ahora yo vengo y no me hace porque antes se realizaba como dice solamente se hacía los días lunes ahora toda la semana y si viene en la mañana o si viene en la tarde igual le hace entonces ha mejorado mucho"¹⁵

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

"Porque la atención es mala, aparte que uno viene, o sea, con sus problemas de afuera y aquí que te traten mal, no, eso no está bien. Que te lo arrojen, los medicamentos mucho peor. Y en mi caso sí me paso, muchas veces, no las primeras veces. Sí."¹⁶

Durante los GF se ha identificado debilidades en algunos servicios sobre infraestructura y mobiliario, pues el espacio de espera es reducido y la cantidad

¹⁴ Recuperado del GF Ciclo III, 13 mayo, 2025. CDVIR Santa Cruz, Bolivia.

¹⁵ Recuperado del GF Ciclo III, 13 mayo 2025. CDVIR Santa Cruz, Bolivia.

¹⁶ Recuperado del GF Ciclo III, 13 mayo 2025. CDVIR Santa Cruz, Bolivia.

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.

"“No tienen personal de limpieza parece. A veces tenemos problemas los baños también”¹⁷.

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.

“No, hay una privacidad te atienden y la puerta está semiabierta y eso recontra incomoda entonces aparte que te gritan tu número de historia digamos.”¹⁸

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.

Ahora bien, en términos de estigma y/o discriminación, las personas usuarias, han referido situaciones en las cuales se han sentido agredidos o tratados con falta de respeto.

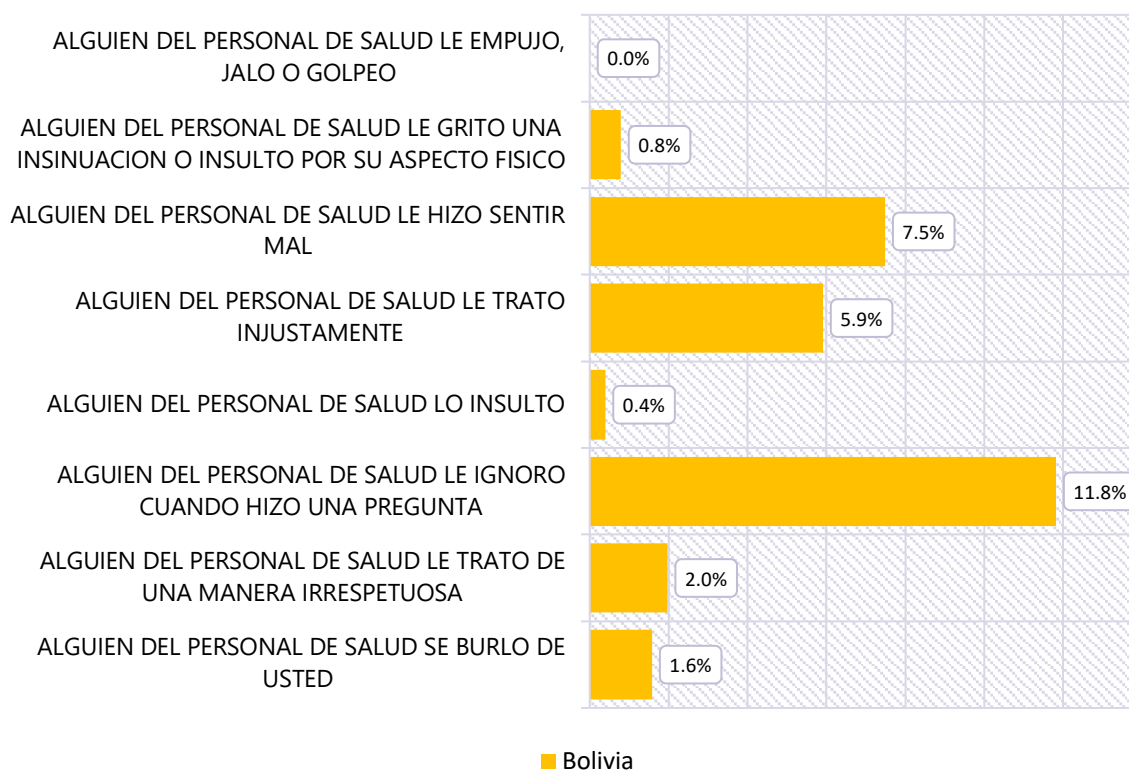
El mismo panorama se observó en las entrevistas grupales, en donde algunas de las personas participantes reportaron haber recibido un trato injusto en el que se vieron violentados sus Derechos Humanos fundamentales. Indicaron que existe poca sensibilización en temas de DDHH por parte de los profesionales de la salud, falta de privacidad y confidencialidad del diagnóstico, así como prejuicios en torno a la orientación sexual, identidad y expresión de género.

¹⁷ Recuperado del GF Ciclo III, 13 mayo 2025. CDVIR Santa Cruz, Bolivia.

¹⁸ Recuperado del GF Ciclo III, 13 mayo 2025. CDVIR Santa Cruz, Bolivia.



Gráfico 18: Si durante su última visita al centro de salud, alguien del personal de salud realizó alguna de las acciones descritas



Fuente: 3er. 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 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. Principalmente ante hechos violentos tales como jalones.

Al realizar el análisis por país se encontró:

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

“A mí una vez cuando yo recién estaba comenzando el asunto que yo todavía me preguntaba, Eso fue por la mansión, cuando estaba el CDVIR por la mansión. Yo tuve un comentario que a mí mucho me marcó, que ella me dijo, ¿qué habrás hecho? O quedó, así como si yo hubiera hecho lo peor, ¿qué habrás hecho? Y que ahora tenés paciencia en esperar. Yo recién estaba yendo los primeros meses, lo único que hice fue callar nada.”¹⁹

- **Trato injusto:** Según los datos disponibles, un 4.3% 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.

“creo que de este ingreso más que todo el personal que te recibe no está todavía bien capacitado hay un buen maltrato sienta un mal trato en realidad, mala cordialidad al momento de ingresar y pedir la ficha”²⁰

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:** 4.6% 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. Y como se observa en el gráfico anterior, si bien no lo reportan como discriminación, si percibieron actitudes no adecuadas.

En los GF hicieron referencia a sentirse discriminados, tales como: “A mí me ha pasado sí también un tema de, por ejemplo, no sé si ha sido estigma o discriminación que lo he sentido, porque un médico cirujano me tenía que hacer

¹⁹ Recuperado del GF Ciclo III, 13 mayo 2025. CDVIR Santa Cruz, Bolivia

²⁰ Recuperado del GF III Ciclo, 14 mayo 2025. CDVIR Cochabamba, Bolivia



una pequeña cirugía, y cuando yo le dije tengo VIH se asombró y es un médico muy famoso ahí en el seguro social y le digo doctor, le dije usted dígame, ¿me va a operar? ¿me va a hacer la cirugía? No, mejor es que vaya a otro espacio, busque otro lugar, pueda comprar otros servicios, yo me sentí bien así rara y yo decía, ucha, ¿por qué a mí me está pasando como mujer?"²¹.

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 supuesto:

"Las enfermeras, ha habido una enfermera que una vez sí me ha tratado de maltratar, me ha dicho este, como que indagándome donde me he contagiado y que era yo de las trabajadoras sexuales. Entonces yo me he dado tantas rabias y le dije, pues yo también soy doctora, y yo me he contagiado en otro lado, no es como usted piensa. Porque ella me ha dado rabia."²²

De la misma forma han recibido discriminación por la orientación de género, pues una usuaria compartía que no ha sido tratada con respeto a su identidad de género:

"Sí, al principio en el momento de mi transición sí he recibido ese maltrato de una doctora que era cuando me estaba pesando y yo justamente como soy de provincia no suelo venir así de señorita, más suelo venir de cholita. Y me dijo que me tenía que sacar todo que para la próxima venga así sin más ropa o sea más ligera y todo eso. no tenía, yo le dije soy una persona trans y todo eso y ella no me entendía y me decía que no, eso a mí no me interesa, no me importa, me hizo pasar un mal rato y o sea me puso en un estado donde incluso cuando llegué a mi casa me puse a llorar y todas esas cosas."²³

²¹ Recuperado del GF III Ciclo, 14 mayo 2025. CDVIR Cochabamba, Bolivia.

²² Recuperado del GF Ciclo III, 15 mayo 2025. CDVIR El Alto, Bolivia.

²³ Recuperado del GF Ciclo III, 15 mayo 2025. CDVIR El Alto, Bolivia..



ALEP+PC
Alianza Liderazgo en Positivo
y Poblaciones Clave



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 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 42.7% 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 2.9% (21/720) 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 y proceso de desconcentración que se está llevando a cabo, lo cual sugiere áreas de mejora, principalmente en logística para Bolivia en pro de garantizar la disponibilidad del mismo basado en la necesidad de brindar una cobertura total en tratamiento para las personas usuarias de los servicios de salud.

Asimismo, observamos el dato del resultado de carga viral en la región en la cual el 89% de los encuestados indicó ser indetectable, presentando una brecha del 11% 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 (11%) 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 Bolivia todas 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 33% de las personas usuarias manifestó tener en ocasiones dificultad para asistir a sus citas debido al tráfico vehicular, otras de las complicaciones más reportadas incluyen el costo del transporte (44%), 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, principalmente para el 13% que aún menciona como una barrera la falta de permiso en el trabajo para asistir a sus citas.

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 nuevamente 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 sus tres ciclos han permitido identificar fortalezas y debilidades, que nos llevan al seguimiento y la creación de propuestas de mejora, 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 una brecha en la disponibilidad del tratamiento para garantizar el inicio rápido, lo que impacta en la continuidad del tratamiento, ya que se los brindan de forma fraccionada, y en ocasiones no les es posible asistir a recogerlo de forma tan frecuente. 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 y logística de medicamentos que incluyan mejor coordinación en la compra, traslado y disponibilidad de los mismos.

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. 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 continuar con el fortalecimiento de 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 los usuarios, esencial para una gestión efectiva del VIH.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. «VIH 2013-2020.» 2021.
- CEPAL. «Perspectivas Poblacionales y cambios demográficos acelerados en el primer cuarto del siglo XXI en América Latina y el Caribe.» 2024.
- CEPAL. «Transición demográfica en América Latina y el Caribe.» 2022.
- ONU. «Informe sobre los derechos humanos y el VIH en América Latina.» 2022.
- —. Proyección de población mundial. Department of Economic and Social Affairs, Population Division , 2022.
- ONUSIDA. «Informe global sobre el VIH y el sida.» 2022.
- OPS. «Epidemiología del VIH en América Latina y el Caribe.» 2022.
- Ramos, X. «El Universo.» Abril de 2023.
<https://www.eluniverso.com/noticias/informes/alarmante-aumento-de-casos-reportados-de-vih-en-ecuador-donde-hay-45078-personas-con-la-enfermedad-el-estigma-y-el-miedo-a-la-discriminacion-limitan-el-acceso-a-los-servicios-medicos-nota/>.

IX. 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:

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

INFORMACIÓN SOBRE LA PLANIFICACIÓN DE LAS ENCUESTAS PERSONAS USUARIAS PARA EL 3ER. 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%

Anexo C:

Cumplimiento en el levantado de la información: Entrevista Grupales

INFORMACIÓN SOBRE LA PLANIFICACIÓN DE LAS ENTREVISTAS GRUPALES PARA EL 3ER. 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%

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%

MLC TERCER CICLO 2025

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 con Alianza Liderazgo en Positivo (ALEP) y Poblaciones Clave (PC)

ALEP+PC