



EVALUACIÓN FINAL

DESEMPEÑO DEL COMPONENTE DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DEL VIH DE USAID IMPLEMENTADO POR LOS PROYECTOS PREVENSIDA Y ASSIST



Managua, Nicaragua
Septiembre, 2017

EVALUACIÓN FINAL

DESEMPEÑO DEL COMPONENTE DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DEL VIH DE USAID IMPLEMENTADO POR LOS PROYECTOS PREVENSIDA Y ASSIST

Coordinación técnica y supervisión

Marianela Corriols. Asesora Regional en VIH e Información Estratégica, USAID Nicaragua

Marcela Villagra. Especialista en Desarrollo de Programas, Monitoreo y Evaluación, USAID Nicaragua

Consultores

Carlos Hernández- Líder del equipo especialista en evaluación y calidad

Maricela Larios Cruz- Especialista en género

Gioconda Vásquez- Especialista en VIH

Foto: Sesión de trabajo con organizaciones en Investigación Acción Participativa-PrevenSida realizada el 26 de mayo de 2017. Fotógrafo: Oscar Nuñez, PrevenSida

Agradecimiento por su amable y valiosa colaboración a:

Dr Oscar Nuñez, Dra Yudy Wong, Dr Rafael Arana de PrevenSida

Dra Ivonne Gomez, Dr Danilo Nuñez de ASSIST

Directivas, técnicos y promotores de las organizaciones de la red de PrevenSida

Directivas y docentes de las universidades

AVISO

Este documento fue elaborado por Univesity Research Corporation Co., LLC (URC) para la revisión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Los puntos de vista expresado por los autores de esta publicación, no necesariamente refleja la opinión de la USAID o el gobierno de los Estados Unidos de América.

Este reporte es posible gracias al generoso apoyo del pueblo de los Estados Unidos de América, través del Plan de Emergencia del Presidente de los EE UU para el Alivio del Sida (PEPFAR) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). PrevenSida es un proyecto implementado por University Research Corporation (URC) bajo el acuerdo cooperativo No. AID-524-A-I0-00003.

Managua, Nicaragua
Septiembre, 2017

Contenido

RESUMEN EJECUTIVO	6
1. INTRODUCCIÓN	11
2. ANTECEDENTES	11
3. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN	14
4. RESULTADOS	19
5. CONCLUSIONES.....	35
6. BIBLIOGRAFÍA	41
7. ANEXOS.....	43
Anexo N° 1. Términos de Referencia.....	44
Anexo N° 2. Matriz de operacionalización de preguntas directivas de la Evaluación.....	55
Anexo 3. Cuestionarios.....	60
Cuestionario N° 1. Encuesta a población atendida por OSC PrevenSida.....	60
Cuestionario N° 2. Encuesta a promotores y voluntarios de las ONG.....	62
Cuestionario N° 3. Encuesta a estudiantes de Medicina y Enfermería.....	65
Cuestionario N° 4. Encuesta a personal docente	67
Cuestionario N° 5. Entrevista a Directores de organizaciones que atienden PC y PVIH+.....	69
Anexo 4. Guías de grupo focales	71
Anexo 5. Tablas de informantes clave entrevistados.....	83
Anexo 6. Curriculum Vitae	84

TABLAS DE RESULTADOS

Tabla 1. Cobertura de muestra. Encuesta a población beneficiaria y proveedores	75
Tabla 2. Cambios de calidad en servicios de PrevenSida	75
Tabla 3. Valoración de la calidad de actividades de atención que ha recibido	76
Tabla 4 - Por qué considera más útil los servicios recibidos.....	76
Tabla 5 – Razones para valorar la calidad de los servicios recibidos	76
Tabla 6 – Perciben cambio en servicios/ Cual cambio	76
Tabla 7 –Estándares de calidad en fortalecimiento institucional 2011-2016. PrevenSida.....	77
Tabla 8 – Conocimiento de información sobre la epidemia de VIH en su municipio.....	77
Tabla 9 - Utilidad vinculada al conocimiento local de la epidemia	77
Tabla 10 - Estándares de calidad en fortalecimiento institucional 2011-2016 .ASSIST.....	78
Tabla 11 - Valoración de la calidad de actividades docentes que ha recibido.....	78
Tabla 12 - Valoración de la principal utilidad de las actividades docentes recibidas.....	78
Tabla 13 - Razones de valoración de la calidad de docencia.....	78
Tabla 14 - Identificación del principal cambio percibido en la docencia	79
Tabla 15 - Participación y capacidad de incidencia en la evaluación de la calidad	79
Tabla 16 - Actividades que más aportan a la transferencia de conocimientos. Población atendida	79
Tabla 17 - Actividades que más aportan a la transferencia de conocimientos. Proveedores PrevenSida	80
Tabla 18- Actividades que más aportan al desarrollo de habilidades. Proveedores PrevenSida.....	80
Tabla 19 - Actividades que más aportan al cambio de actitud. Población atendida	80
Tabla 20 - Actividades que más aportan al cambio de actitud. Promotores.....	80
Tabla 21 - Actividades que más aportan a la transferencia de conocimientos. Estudiantes ASSIST	81
Tabla 22 - Actividades que más aportan a la transferencia de conocimientos. Docentes ASSIST	81
Tabla 23 - Actividades para el cambio de actitud ante población LGBTI y PVIH. Estudiantes ASSIST	81
Tabla 24 - Actividades para el cambio de actitud ante población LGBTI y PVIH. Docentes ASSIST	82
Tabla 25 - Percepción de discriminación en la organización/Universidad.....	82

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACCCS	Asociación Campaña Costeña Contra el Sida
ADESENI	Asociación por los Derechos de la Diversidad Sexual Nicaragüense
ALLIANCES	Alianza Estratégica para la Inversión Social en Educación y Salud
AMODISEC	Asociación Movimiento de la Diversidad Sexual Costeña
ANICP+VIDA	Asociación Nicaragüense de Personas Positivas Luchando por la Vida
ASONVIHSIDA	Asociación Nicaragüense de Gente Positiva
ASSIST	Proyecto Aplicando la Ciencia para Fortalecer los Sistemas de Salud
BICU	Bluefields Indian and Caribbean University
CAP	Conocimientos, Actitudes y Prácticas
CAPACITY	Proyecto de Desarrollo de Capacidades de USAID
CEGODEM	Centro de Estudios para la Gobernabilidad y Democracia
CEPRESI	Centro de Prevención del Sida
CNU	Consejo Nacional de Universidades
CONISIDA	Comisión Nicaragüense del Sida
DELIVER	Proyecto de Asistencia técnica en Logística de Insumos Médicos
E&D	Estigma y Discriminación
EM	Empoderamiento de la Mujer
FAMISALUD	Familias Unidas por la Salud
FAREM	Facultad Regional Multidisciplinaria
FY	Fiscal Year (Año fiscal)
GAM	Grupo de Ayuda Mutua
GAO	Grupo de Autoayuda de Occidente
HCI	Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud
HSH	Hombre que tiene Sexo con otro Hombre
ITS	Infección de Transmisión Sexual
IAP	Investigación Acción Participativa
IG	Igualdad de Género
LGBTI	Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex
M&E	Monitoreo y Evaluación
MCC	Mejoramiento Continuo de la Calidad
MDS RACCS	Movimiento de la Diversidad Sexual Región Autónoma Costa Caribe Sur
MI	Materno Infantil
MIINSA	Ministerio de Salud
ODETRANS	Organización de Personas Transgénero de Nicaragua
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo no Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OVI	Organización Vida Integral
OSC	Organización de la Sociedad Civil
PASCA	Programa para Fortalecer la Respuesta Centroamericana del VIH
PASMO	Asociación Panamericana de Mercadeo Social
PGC	Programa de Gestión de la Calidad
PC	Población Clave
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida
PF	Planificación familiar
POLISAL	Politécnico de Salud
PREVENSIDA	Proyecto de Prevención del VIH en poblaciones claves de USAID
PVIH	Personas con VIH
QAP	Proyecto de Garantía de Calidad de USAID
RACCN	Región Autónoma de la Costa Caribe Norte

RU	Registro Único
SCMS	Supply Chain Management System (Sistema de gestión de la cadena de suministro)
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Humana
SPSS	Statistical Package for the Social Science (Paquete estadístico para las Ciencias Sociales)
TAR	Terapia Antirretroviral
TDR	Términos de Referencia
TRANS	Transgénero
TF	Transgénero Femenina
TS	Trabajadora Sexual
UCAN	Universidad Cristiana Autónoma de Nicaragua
UNAN	Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNICIT	Universidad de Ciencia y Tecnología
UPOLI	Universidad Politécnica de Nicaragua
UNICA	Universidad Católica
URACCAN	Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua
URC	University Research Co., LLC Compañía de Investigaciones Universitarias)
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VBG	Violencia Basada en Género
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

RESUMEN EJECUTIVO

INTRODUCCIÓN

El presente informe, responde a la solicitud del programa de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) para realizar la “Evaluación del componente de mejoramiento de la calidad de los proyectos de Prevención del VIH en poblaciones claves (PrevenSida) y el proyecto Aplicando la Ciencia para Fortalecer los Sistemas de Salud (ASSIST)” en el periodo comprendido desde 2010 -2020, en el marco de implementación de la estrategia del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR) en Centroamérica.

El propósito de la evaluación fue evaluar el desempeño del componente de mejoramiento de calidad de los proyectos PrevenSida y ASSIST, implementado por University Research Co., LLC (URC) en Nicaragua y proveer recomendaciones para actividades futuras.

PrevenSida (2010-2017) tiene como objetivo incrementar conductas saludables en personas en mayor riesgo, para disminuir la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) a través del uso de condón, reduciendo el número de parejas sexuales, e incrementado el acceso a la consejería y promoción de la prueba de VIH. Promueve un modelo de atención integral y continuada con base en organizaciones no gubernamentales (ONG) y asociaciones de base comunitaria para la prevención en poblaciones claves (PC): hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y población transgénero femenina (TF) y la atención integral a personas con VIH (PVIH) para fortalecer su adherencia a la terapia antirretroviral (TAR).

ASSIST (2013-2016) tuvo como objetivos: a) fortalecer la capacidad de las universidades para ofrecer capacitación en prevención de VIH a estudiantes de medicina y de enfermería (especialmente nuevas pautas de tratamiento, reducción del estigma y la discriminación, género y prevención del tráfico de personas) y b) promover la calidad del aprendizaje de pregrado con énfasis en la adopción de tecnologías de mejoramiento de la calidad. Promovió exitosamente el desarrollo e implementación de un paquete pedagógico sobre VIH en las carreras de medicina y enfermería de nueve universidades del país.

METODOLOGÍA

La metodología desarrollada partió de buscar respuesta consistente y con base a evidencias de cinco preguntas directrices que orientaron el proceso evaluativo:

1. ¿Qué cambios ocurridos en la calidad de los servicios provistos en cada actividad pueden ser directamente atribuidos al apoyo directo de USAID?
2. ¿Qué métodos fueron más efectivos para la transferencia de conocimiento, el mejoramiento de actitudes y la adopción de mejores prácticas en cada componente?
3. ¿Cómo fueron incorporados los principios de igualdad de género de USAID en el mejoramiento de la calidad?
4. ¿Hasta qué punto son sostenibles los programas de mejoramiento de la calidad?
5. ¿Qué lecciones pueden ser aprendidas y compartidas con otras contrapartes y países?

Dado que la 5ª pregunta es de naturaleza conclusiva, las primeras cuatro preguntas se operacionalizaron en variables cualitativas y cuantitativas que configuran el marco directriz establecido, y que delimita un estudio de tipo normativo, cuali-cuantitativo, que combina información de fuentes primarias y secundarias, asumiendo que cada pregunta requiere de información tanto de la documentación existente en proyectos y organizaciones; así como de entrevistas y grupos focales con los tres tipos de poblaciones involucradas en la implementación de los proyectos:

- Beneficiarios: que incluyen población clave atendida y estudiantes universitarios.
- Proveedores directos de servicios: incluye a promotores que realizan y ofertan de manera directa los servicios de atención al VIH en poblaciones claves, personas con VIH y a los docentes universitarios.

- Directivas institucionales: incluye a directores, coordinadores técnicos de las organizaciones, decanatura y coordinadores académicos universitarios.

Durante la revisión de las fuentes secundarias se revisaron numerosos documentos, bases de datos de registros, materiales educativos, informes oficiales, formatos e instrumentos e recolección de información, banners, etc.

Se desarrolló un trabajo de campo que recopiló amplia documentación y entrevistar a 50 personas PC, 73 PVIH, 66 promotores, 145 estudiantes y 40 docentes. Se realizaron 34 grupos focales de beneficiarios y proveedores y se entrevistaron 46 personas de las directivas de organizaciones, universidades y proyectos.

La evaluación se llevó a cabo durante los meses de julio a septiembre de 2017. El equipo evaluador estuvo conformado por un especialista en evaluación de la calidad, una especialista en VIH y una especialista en género. Ninguno de los miembros del equipo tiene conflictos de intereses para realizar esta propuesta.

La calidad fue evaluada considerando el desempeño de ambos proyectos en la implementación de las estrategias y los aspectos técnicos, la eficiencia de los procesos, la satisfacción de los usuarios, la equidad de género y el potencial de sostenibilidad. Aun cuando existen algunas evidencias de la efectividad de ambos proyectos en la reducción de prácticas de riesgo de las poblaciones clave, estas merecen un estudio aparte.

RESULTADOS

Resultado 1: ¿Qué cambios ocurridos en la calidad de los servicios proveídos en cada actividad pueden ser directamente atribuidos al apoyo directo de USAID?

En PrevenSida

Se ha desarrollado un vigoroso proceso encaminado al fortalecimiento institucional, al desarrollo de las capacidades gerenciales, administrativas y de provisión de servicios, que combinó un amplio proceso de capacitación estructurada al inicio de proyecto que después fue apuntalado con acciones de acompañamiento en servicio (coaching), encuentros evaluativos, colaborativos de mejoramiento, y la promoción de ciclos de mejora en las propias organizaciones. Se constatan los resultados de este proceso en el sistema de evaluación anual de estándares de calidad en los que la gran mayoría de las organizaciones ha superado sus brechas de calidad.

Este proceso ha adquirido mayor focalización en la calidad, con la formulación de Programas de Gestión de la Calidad (PGC) que amplía las dimensiones del mejoramiento con inclusión de mediciones del desempeño laboral, análisis del clima organizacional y encuesta de satisfacción de usuarios externos e internos y gestión de quejas.

Es alta la valoración por parte de promotores y directivas de las organizaciones acerca de estas dos fases en términos del desarrollo de sus sistemas y capacidades del personal, finalmente la mayoría destacan como resultado global el reconocimiento de las organizaciones en el escenario institucional de la respuesta nacional o local al VIH en los que participan.

La existencia de claros procesos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) ha promovido una dinámica de cambio que genera transiciones estratégicas en las formas y nivel de calidad de asumir la atención y en la incorporación de nuevas iniciativas que configuran a la fecha de su cierre, modelos de gerencia y atención bastante consolidados en su diseño y sistematización de sus procesos.

Se constató la existencia de un alto nivel de satisfacción con respecto a la atención recibida relacionándolo con la calidez de trato en el caso de las poblaciones claves.

ASSIST

ASSIST desarrolló con las universidades un modelo de transferencia que implicó fases de sensibilización y ajuste del paquete pedagógico a las particularidades de cada centro, capacitó a docentes en contenidos novedosos y actualizados, metodologías pedagógicas y métodos de evaluación académica. Tanto estudiantes como docentes y directivos, manifestaron un alto grado de motivación y reconocimiento con los aportes del paquete pedagógico y el apoyo recibido para su implementación. En casi todas las universidades se ha logrado incluir los contenidos de VIH en los planes de estudio de varias asignaturas e incluso en el currículo de la carrera.

Las mejoras en la calidad se han constatado a nivel de la población beneficiaria evidenciando cambios de comportamiento para la protección en PC y PVIH y en el significativo mejoramiento del cumplimiento de estándares de conocimientos y actitudes frente al VIH en los estudiantes de medicina y enfermería.

Se constató la existencia de un alto nivel de satisfacción relacionándolos con la utilidad y el aporte de conocimiento y grado de participación en el caso de los estudiantes.

En correspondencia con ello, se registra a nivel de proveedores (docentes) una alta valoración de los cambios que ha percibido producto del apoyo recibido de los proyectos y en el desarrollo de sus propias capacidades para brindar la atención y la docencia con mejores estándares de calidad.

Resultado 2: ¿Qué métodos fueron más efectivos para la transferencia de conocimiento, el mejoramiento de actitudes y la adopción de mejores prácticas en cada componente?

En PrevenSida

La mayor preferencia de la población clave para adquirir más conocimientos se concentra en las actividades de atención individual o en grupos pequeños que permite mayor y mejor comunicación e interacción.

A nivel de población clave los mayores resultados en los cambios de actitudes de riesgo o protección se destacan la consejería vinculada a la prueba diagnóstica, la educación de pares y la consejería vinculada a Violencia Basada en Género (VBG) y el estigma y discriminación (E&D). A nivel de promotores, se verificaron cambios en su actitud frente a la población atendida, en los cuales mencionaron mayoritariamente las sesiones de intercambio.

Promotores y directivos anotan que las “buenas prácticas” se detectan en su mayoría en los procesos evaluativos en tanto se identifiquen diferencias positivas relevantes en resultados o en implementadores, el coaching también se menciona en la detección de buenas prácticas. La replicación de esas buenas prácticas menciona la necesidad de sensibilizar y promover la comprensión de los cambios que implican, para pasar al desarrollo de habilidades en sesiones de grupos pequeños para luego consolidar con acompañamiento en servicio.

En ASSIST

Los estudiantes señalan como métodos más efectivos, las actividades con dinámicas participativas y las que permiten modalidades creativas y lúdicas (socio dramas, simulación, etc.) así como las actividades que propician el encuentro con PC y PVIH.

A nivel de docentes y promotores las preferencias se concentran en las actividades de capacitación estructurada y en segundo término en las sesiones de intercambio o evaluativas. Una proporción de los docentes señalan la revisión bibliográfica (libros, artículos, normas).

En términos del desarrollo de habilidades, la situación varía por el incremento significativo del peso de las sesiones de intercambio, evaluación y la aparición, aunque muy limitado de la mención a mecanismos de acompañamiento en servicio (coaching) y a la evaluación del desempeño.

Resultado 3: ¿Cómo fueron incorporados los principios de igualdad de género de USAID en el mejoramiento de la calidad?

En igualdad de género, se constataron las evidencias de la alta relevancia que los dos proyectos han dado a la integración expresada en este particular escenario del VIH, como la defensa de los derechos humanos, la lucha contra la VBG y E&D por razones de diversidad o por el hecho de ser VIH. Ambos proyectos han desarrollado amplios procesos de capacitación y apoyo al desarrollo de acciones en este sentido. Se destacan dos modalidades de trabajo vinculadas a este tema con mayor efectividad en el cambio de actitudes (diálogo de pares y consejería en prevención de VBG y E&D, mientras los intercambios entre docentes y estudiantes sobre este tema refleja el nivel de relevancia que ha llegado a tener.

La formulación de planes estratégicos globales para TF y PVIH han promovido su mayor protagonismo y participación en alianzas con organizaciones e instituciones locales.

Resultado 4: ¿Hasta qué punto son sostenibles los programas de mejoramiento de la calidad?

La sostenibilidad se expresa claramente en la situación de las organizaciones y universidades meses después de terminado el financiamiento de USAID. Se constató que, si bien la falta de financiamiento externo es condicionante muy relevante del grado de mantenimiento de los procesos y del MCC, son los elementos socioculturales concretados en la existencia de vínculos con la base comunitaria y la calidad y compromiso de los liderazgos los que más están incidiendo en que las actividades iniciadas con apoyo de USAID continúen siendo implementadas con recursos propios.

Las ONG sin vínculos comunitarios mantienen equipos de dirección de alto grado de calificación y estabilidad con posibilidades de reactivación de procesos, pero sin el actual poder de convocatoria con la población atendida ni con los promotores.

Las asociaciones con base comunitarias con liderazgos activos, a pesar de las dificultades del desfinanciamiento mantienen dinámica de bajo nivel apuntaladas por el valioso rol que desarrollan “activistas voluntarios” que sirven de enlace y comunicación.

Las universidades no dependen del financiamiento externo y su vocación académica alimenta procesos sistemáticos de actualización científica y pedagógica. La calidad del liderazgo en cada una de ellas, incide también en el mantenimiento de acciones de MCC.

Resultado 5: ¿Qué lecciones pueden ser aprendidas y compartidas con otras contrapartes y países?

Sin lugar a dudas son innumerables los elementos que de los dos proyectos pueden destacarse como aprendizajes significativos; en un prolífico escenario de realizaciones e innovaciones, la evaluación identifica importantes lecciones aprendidas que pueden ser compartidas ampliamente, dentro de las cuales a manera de inventario se destaca lo que consideramos más relevante, pero seguramente no exhaustivo, se mencionan:

En el fortalecimiento del sector salud: universidades y ONG

- El componente de MCC, es una garantía de logro de la efectividad en la consecución de los resultados y mantiene dinámicas motivadas y comprometidas con el cambio. En el caso de PrevenSida y ASSIST, se cuenta con el valor agregado de la amplia trayectoria de URC en mejoramiento de la calidad.
- Todos los procesos involucrados en el MCC, requieren de un claro compromiso de autoridades y liderazgos; las deficiencias en este sentido multiplican los obstáculos y promueven el dominio de las rutinas con reducción de toda motivación. La sostenibilidad requiere de manera imprescindible de este factor.
- Ajustar los procesos de capacitación para que respondan a capacidades y necesidades específicas. Esta lección se relativiza cuando es creciente la preferencia por las sesiones de intercambio y evaluación que puede desarrollarse de manera más autónoma por las propias organizaciones y universidades a diferencia de la capacitación que requiere de “agentes externos”.
- Las actividades que propicien el encuentro entre diferentes poblaciones contribuyen a la reducción del E&D, destacando las prácticas en servicio y eventos abiertos (ferias, foros, marchas) en las universidades, mientras que en las organizaciones que atienden PC y PVIH esto se representa en la diversificación de la cobertura, que de hecho le es propia a las PVIH (todos los géneros e identidades sexuales).
- La sistematización y validación de modelos de transferencia como la presentada por ASSIST, para la implementación del paquete pedagógico facilita y viabiliza la replicación de “buenas prácticas”

En prevención y cuidados comunitarios provistos por las ONG:

- La transversalización de la promoción de los derechos y la lucha contra la VBG y el E&D, constituye una necesidad de la lucha contra el VIH al acercar y personalizar el encuentro entre beneficiarios y proveedores potencializando los resultados.
- Los roles de enlace y comunicación que desarrollan los facilitadores de las ONG para mantener vínculos entre las organizaciones y las bases comunitarias son cruciales en el desarrollo y sostenibilidad del modelo, debe destacarse este aspecto y proyectarlo en la sistematización de las experiencias que se repliquen.
- Las actividades de servicios que incentiven la participación creativa y lúdica de las poblaciones beneficiarias, potencializan la transferencia de conocimientos, el mejoramiento de habilidades y de las actitudes.
- La integración de los servicios de atención psicológica a personas trans y PVIH, que evidencia la necesidad de abordar a las personas en su dimensión humana e integral, al decir de algunas PVIH “nos vemos y nos valoran como personas”.
- Es posible explorar las posibilidades de sistematizar temáticas y modalidades de comunicación para incorporarlas en modalidades de trabajo como el diálogo de pares y las sesiones grupales.

En información estratégica para poblaciones clave

- La creación de bases de datos de información posibilita la visualización de diferencias y contrastes ya sea en referencia a estándares o entre poblaciones beneficiarios o entre implementadores, incentiva la reflexión y el diálogo con base a evidencias, desencadena dinámicas de interpretación de las brechas encontradas y la construcción de consensos sobre las acciones resolutorias.
- El desarrollo de capacidades de procesamiento y análisis de información fortalece los compromisos de las personas con los procesos de cambio, en la medida en que siempre se cuestiona la situación en base a evidencias e impide la gestión basada en rutinas. La experiencia de implementar la metodología de Investigación Acción Participativa (IAP) evidencia gran potencialidad de aplicación por parte de las PC.
- El mapeo de lugares de ligue: evidencian la necesidad de instrumentos que propicien disponer de información acerca de la dinámica de las poblaciones atendidas.

CONCLUSIONES

Se constató que PrevenSida y ASSIST han implementado el MCC en todas las estrategias que implementaron con sus distintas contrapartes y beneficiarios, logrando una transferencia exitosa del modelo propuesto.

En el caso de las ONG atendidas por PrevenSida, se implementó una propuesta de acción inédita en el país, que benefició a un conjunto de organizaciones con debilidades gerenciales, algunas de reciente creación y sin

experiencias en el trabajo a nivel comunitario y con poblaciones clave dispersas y “ocultas”. Simultáneamente se abordó la configuración de las formas de entrega de servicios mientras se resolvían las amplias brechas en las capacidades institucionales capacitando y organizando en los componentes gerenciales y administrativos.

En el caso de las universidades atendidas por ASSIST, se logró incorporar efectivamente el MCC en la actividad educativa de formación de pre-grado logrando cambios sostenibles en el currículo relacionada al VIH en las carreras de Medicina y Enfermería, y se desarrollaron valiosos instrumentos pedagógicos y metodológicos que han sido ampliamente adoptados por las universidades. Ambos proyectos incorporaron en forma efectiva los principios de la equidad de género de USAID.

Si bien existen evidencias de la sostenibilidad técnica y socio-cultural, la falta de financiamiento limita la sostenibilidad en términos financieros.

I. INTRODUCCIÓN

El presente informe cumple con los términos de referencia del contrato de consultoría externa acordado con URC (orden de compra N° US-FY17-P019-6960) y USAID (Ver Anexo N° I). El propósito fue evaluar el desempeño del componente de mejora de calidad de PrevenSida y ASSIST, implementados por URC en Nicaragua y proporcionar recomendaciones para actividades futuras, según el marco establecido.

Los resultados serán utilizados por USAID Nicaragua para mejorar futuros diseños de actividades y para compartir “mejores prácticas” con otros países de Centroamérica. La audiencia de la evaluación serán USAID Nicaragua y Regional y en particular la oficina de desarrollo general y el programa regional de VIH. Los resultados del estudio serán también compartidos con instituciones nacionales y locales interesadas, con las contrapartes ejecutoras y las poblaciones beneficiarias. Por último, los resultados de la evaluación serán utilizados para informes finales en el marco regional. El informe consta de las siguientes secciones: Introducción, Metodología, Resultados, Conclusiones, Lecciones aprendidas y Anexos.

La evaluación, realizada entre julio y septiembre de 2017, abarcó el periodo comprendido desde 2010 hasta la fecha y se focalizó en el desempeño del componente de mejoramiento de la calidad implementado en los proyectos PrevenSida y ASSIST.

2. ANTECEDENTES

2.1 VIH en Nicaragua: El VIH fue detectado por primera vez en Nicaragua en 1987 y en la actualidad sólo el 0,2% de la población adulta es VIH positivo. Nicaragua tiene una de las tasas más bajas de prevalencia de VIH en Centroamérica. Según el Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa), para el año 2016 hubo 12,164 casos acumulados de VIH positivos; de ellos, 10.894 están vivos y 3885 bajo tratamiento. La prevalencia del VIH entre TF y HSH es significativamente mayor (18,7% y 9,3% respectivamente) que entre las trabajadoras sexuales (TS) (1,1 a 1,9%). En 2016, la incidencia y la tasa de prevalencia se estimaron en 23 / 100.000 y 24 / 100.000, respectivamente.

2.2 La cooperación de USAID Nicaragua en VIH: Desde 1998, USAID / Nicaragua ha estado implementando actividades de VIH con fondos bilaterales, que provienen directamente del presupuesto anual de la Misión. Inicialmente sólo había proyectos regionales, pero desde 2003 se incluyeron algunas actividades específicas en la cartera de salud: PrevenSida, Familias Unidas por la Salud (Famisalud), Alianza Estratégica para Inversión Social en Educación y Salud (ALLIANCES 2), Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud (HCI) / ASSIST y el Proyecto de Asistencia Técnica en Logística de Insumos Médicos (DELIVER). Se implementaron proyectos regionales (Asociación Panamericana de Mercadeo Social-PASMO, Programa para Fortalecer la respuesta Centroamericana

del VIH- PASCA, Sistema de Gestión de la Cadena de Suministro-SCMS y Proyecto de Desarrollo de Capacidades-CAPACITY), contribuyendo a la implementación de la estrategia de cooperación la cual incluye un fuerte componente de mejoramiento de la calidad de servicios.

2.3 La cooperación de PEPFAR: Con el financiamiento de PEPFAR, dentro del Marco de Asociación entre los Gobiernos de los Estados Unidos y Centroamérica formuló un plan quinquenal (2010-2014) que delineó las áreas prioritarias en el programa de VIH, en donde los socios participantes, las organizaciones regionales, el Gobierno de los Estados Unidos y otros donantes importantes dedicaron sus esfuerzos y recursos. El propósito general era reducir la incidencia y prevalencia del VIH /sida en la PC en la región centroamericana uniendo recursos y coordinando iniciativas que permitieran una respuesta robusta y más eficaz a la epidemia de la región. A partir de 2015, los proyectos fueron ajustados para responder a la nueva estrategia de PEPFAR (2015- a la fecha) enfocada en alcanzar el control epidémico del VIH en la región.

2.4. El programa de VIH en Nicaragua: El Programa de VIH en Nicaragua se describe con detalle en los Términos de Referencia (Anexo N° I). En resumen, la estrategia consta de cuatro componentes:

- **Prevención,** el problema es la insuficiente cobertura y calidad de los servicios de atención al VIH en las poblaciones clave. La estrategia es aumentar los comportamientos saludables para reducir la transmisión del VIH.
- **Fortalecimiento del sector salud:** Se abordan los problemas de dependencia de la ayuda externa e insuficiente financiamiento gubernamental, las debilidades institucionales para proveer servicios y el desabastecimiento de pruebas y antirretrovirales. La estrategia es fortalecer capacidades para la provisión de servicios, el desarrollo de recursos humanos y disponibilidad de insumos esenciales.
- **Información estratégica:** Los problemas son insuficiente uso de la información, insuficiente conocimiento en y por las poblaciones clave y falta de un sistema efectivo de registro. La estrategia es fortalecer las capacidades para monitorear y usar información que aumente el conocimiento de la epidemia y la toma de decisiones apropiada.
- **Ambiente político:** Los problemas son el estigma y discriminación a las PC y PVIH, las inequidades de género y la insuficiente participación de otros sectores de salud, universidades y ONG. La estrategia es mejorar el ambiente de políticas para alcanzar las metas de acceso a la atención universal.

Hipótesis de desarrollo: Para cumplir con los objetivos enunciados arriba, USAID definió doce actividades estratégicas de las cuales 11 fueron implementadas por PrevenSida (1-7, 9-12) y 3 por ASSIST (4, 5, 6). (Ver Anexo N° I, Tabla N°2).

Proyecto PrevenSida (2010-2020): El proyecto PrevenSida es implementado por URC bajo el Acuerdo Cooperativo AID-524-A-10-00003 y cuenta con un costo total estimado de \$9,999,540.

El 20 de septiembre de 2010, USAID Nicaragua firmó un acuerdo de cooperación con URC. El objetivo era reducir la transmisión del VIH/sida entre las PC (HSH, TF, TS y otras poblaciones prioritarias). Esto se lograría mediante el aumento de conductas saludables, tales como: aumentar el uso de condones, reducir el número de parejas sexuales de las PC y aumentar el acceso a las pruebas de VIH para estas poblaciones.

De 2010 a 2015, el proyecto se centró en cuatro áreas programáticas: fortalecimiento institucional, servicios preventivos, reducción del estigma y la discriminación, y participación en los responsables nacionales del VIH / sida. En la modificación de 2016, la actividad se expandió para convertirse en un programa regional y se agregó un quinto componente: información estratégica para PC. Esta adición se creó para capitalizar la experiencia de Nicaragua en el fortalecimiento de las ONG de PC en la gestión del conocimiento, y extender este enfoque a nivel regional. El proyecto graduó las cuatro áreas programáticas iniciales antes mencionadas para septiembre de 2017.

Para el período 2018-2020, se establece un objetivo único para mejorar las capacidades de las ONG de PC en gestión del conocimiento relacionado con la epidemia de VIH en América Central (Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá). Siendo dos los resultados intermedios.

- Resultado 1: Aplicar las lecciones aprendidas para fortalecer a las ONG en el análisis y uso de los datos del VIH.
- Resultado 2: Fortalecer la capacidad de las ONG para desarrollar nuevos conocimientos sobre el VIH específico para PC

El proyecto fue diseñado para aumentar la capacidad de las ONG que trabajan en la prevención con PC, para mejorar sus sistemas organizativos y procesos de gestión con el fin de tener un impacto aún mayor en sus esfuerzos de prevención. Se inició con al menos 20 ONG (aumentadas a 50 con la extensión del proyecto) proporcionando servicios de prevención del VIH a PC en Nicaragua, se esperaba que permitieran a las ONG continuar y expandir sus esfuerzos de prevención enfocados en el PC con las herramientas necesarias para tener un mayor impacto y para desarrollar y mantener la sostenibilidad. Ofrecieron servicios de prevención incluyendo: consejería y prueba, comunicación para el cambio de comportamiento, suministro de condones y lubricantes y evaluación y referencia para otros servicios: diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, planificación familiar, alcoholismo, toxicomanía y grupos de apoyo comunitario. La oferta también incluye actividades estructurales para reducir el estigma y la discriminación y VBG. Las personas con pruebas positivas son remitidas a las unidades de salud pública para su confirmación e inicio del tratamiento de acuerdo con las pautas de atención y tratamiento del VIH del país.

Basándose en la experiencia previa del proyecto de HCI, también implementado por URC, para lograr los resultados del proyecto PrevenSida, se aplicaron enfoques modernos de mejora continua de la calidad para superar las barreras comunes en la gestión de las organizaciones y la prestación de servicios preventivos, en un contexto social complejo, con sistemas de salud débiles y en ONG que enfrentan severas limitaciones de recursos humanos y materiales. Cada colaboración de mejora abordó dos conjuntos de objetivos: mejorar las capacidades de gestión y mejorar el acceso a servicios preventivos de calidad.

Proyecto ASSIST (2013-2016): Es implementado por URC bajo el Acuerdo Cooperativo AID OAA-A 12-00101 y su componente de fortalecimiento de las universidades para la formación de pregrado en VIH contó con un financiamiento de US\$650 mil dólares. La transferencia de competencias a las universidades se identificó como la continuación del proceso que se llevó a cabo inicialmente por el proyecto HCI con el MINSA en 2000-2013. El proceso de transferencia de conocimientos y habilidades en las universidades retomó las buenas prácticas y las lecciones aprendidas de la asistencia técnica con los trabajadores sanitarios en servicio. Entre las buenas prácticas con el MINSA, se destaca el desarrollo de un paquete pedagógico, de gestión y herramientas metodológicas para mejorar las competencias del personal, fortalecer las instituciones y contribuir a la sostenibilidad de los procesos. ASSIST implementó actividades en el tema de VIH con el objetivo de: a) fortalecer la capacidad de las universidades para ofrecer capacitación en prevención de VIH a estudiantes de medicina y de enfermería (especialmente nuevas pautas de tratamiento, reducción del estigma y la discriminación, género y prevención del tráfico de personas) y b) Promoviendo la mejora continua de la calidad de la enseñanza con énfasis en la adopción de metodologías de mejoramiento de calidad.

Este proceso se desarrolló con nueve universidades: Politécnico de Salud (POLISAL), Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN)-León, Bluefields Indian and Caribbean University (BICU), Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua (URACCAN), Universidad Politécnica de Nicaragua (UPOLI), Universidad Cristiana Autónoma de Nicaragua (UCAN), Universidad de Ciencia y Tecnología (UNICIT), Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN)-Managua y Facultad Regional Multidisciplinario (FAREM) Matagalpa. La primera etapa de la asistencia técnica en las universidades implicó revisar las metodologías didácticas de los contenidos del currículo de los programas de educación en medicina y enfermería, lo que implicó la formación de profesores (trabajadores sanitarios en servicio) y clases de estudiantes (nuevos trabajadores en formación previa) hasta 2013.

ASSIST desarrolló procesos continuos de mejora de la calidad para ajustar los currículos de las universidades. El proceso de transferencia contemplaba tres líneas de actuación: la transferencia del paquete pedagógico, la selección de los contenidos a integrar en el currículo, los planes de estudios o sílabos, de acuerdo con el plan de estudios de cada universidad y carrera, la implementación de la metodología de la mejora continua de la calidad y gestión del conocimiento. La mejora continua de la calidad se ha promovido mediante visitas a las universidades y la aplicación de ciclos de mejora rápida en la enseñanza / aprendizaje. En este proceso de creación de capacidades, los maestros han sido capacitados para enseñar protocolos de atención del VIH, la reducción del estigma y la discriminación, el enfoque de género, la trata de personas y la gestión del conocimiento. La participación de ASSIST en la creación de capacidades también fue relevante para diseñar e implementar un programa de gestión de calidad en tres organizaciones que trabajan con poblaciones claves y la comunidad Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex (LGBTI).

3. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

El estudio respondió a cinco preguntas directrices:

1. ¿Qué cambios ocurridos en la calidad de los servicios proveídos en cada actividad pueden ser directamente atribuidos al apoyo directo de USAID?
2. ¿Qué métodos fueron más efectivos para la transferencia de conocimiento, el mejoramiento de actitudes y la adopción de mejores prácticas en cada componente?
3. ¿Cómo fueron incorporados los principios de igualdad de género de USAID en el mejoramiento de la calidad?
4. ¿Hasta qué punto son sostenibles los programas de mejoramiento de la calidad?
5. ¿Qué lecciones pueden ser aprendidas y compartidas con otras contrapartes y países?

Dado que las cuatro primeras preguntas son de naturaleza analítica y la quinta pregunta es de naturaleza conclusiva, se realizó la operativización de las cuatro preguntas analíticas en variables que permitieron establecer los parámetros cualitativos o cuantitativos que resultan relevantes para establecer el desempeño del componente de mejoramiento de la calidad en los dos proyectos (Anexo N° 2- Matriz de variables) y que constituyeron la fundamentación del diseño de instrumentos de acopio y análisis de la información.

Tipo de estudio: Estudio normativo, cuali-cuantitativo, que se caracteriza por incorporar propuestas de mejora a partir de los resultados encontrados. Es una evaluación ex post, que tiene como principal característica explicar la implementación del componente de mejoramiento de la calidad en los programas de PrevenSida y ASSIST.

Universo de estudio: está constituido por el conjunto de Organizaciones de sociedad civil (OSC) y Universidades que han recibido apoyo técnico y financiero por parte de USAID a través de los programas de PrevenSida y ASSIST en el periodo 2010 a 2017; las cuales se asumieron como las unidades de análisis básico del presente estudio, en la consideración de que el componente de mejoramiento de la calidad que se evalúa es un atributo institucional y no de las personas vistas individual o colectivamente ya sean parte de las organizaciones o de las poblaciones beneficiarias.

En la perspectiva de que el componente de MCC vincula a personas en su funcionalidad y en sus efectos, se complementa el análisis organizacional con un enfoque de conglomerados de personas vinculados a cada unidad de análisis (organización/Universidad), en tres niveles:

- Beneficiarios: que incluye población atendida (PC, PVIH) y estudiantes de medicina y enfermería.
- Proveedores de servicios: que incluye a promotores de las organizaciones de población clave y PVIH y al personal docente universitario.
- Directivas: a nivel de gerencia y áreas técnicas en organizaciones y carreras universitarias.

Muestra y área de estudio: Dada la diversidad existente y el escenario de cierre de los dos proyectos y la actual priorización de PEPFAR se determinó la priorización de cinco municipios (Managua, León, San Carlos, Bluefields y Bilwi) donde se concentra la mayor parte del universo de organizaciones y universidades que han participado en los últimos años; de esta manera se estableció:

- Muestra para evaluar PrevenSida: En relación a las organizaciones de sociedad civil, se seleccionaron las que habían sido financiadas en el último año de PrevenSida. Participaron en la evaluación un total de once organizaciones: Asociación por los Derechos de la Diversidad Sexual Nicaragüense (ADESENI), Asociación Nicaragüense de Personas Positivas Luchando por la Vida (ANICP+VIDA), Asociación Nicaragüense de Gente Positiva (ASONVIHSIDA), Asociación Movimiento de la Diversidad Sexual Costeña (AMODISEC), Centro de Prevención del Sida (CEPRESI), Centro de Estudios para la Gobernabilidad y Democracia (CEGODEM), Grupo de Autoayuda de Occidente (GAO), Organización de Personas Transgénero de Nicaragua (ODETRANS), Movimiento de la Diversidad Sexual Región Autónoma Costa Caribe Sur (MDS-RACCS), Asociación Campaña Costeña Contra el Sida (ACCCS) y Fundación San Lucas. En el caso específico de esta última organización se incorporó en el proceso evaluativo, por ser la primera organización que recibió asistencia técnica para realizar su plan de gestión de calidad.
- Muestra para evaluar ASSIST: Participaron seis universidades: Universidad Católica (UNICA) (Facultad de Medicina), UNAN-Managua: Facultad de Medicina y POLISAL (Escuela de Enfermería), UNAN-León (Facultad de Medicina y Escuela de Enfermería), UCAN-León (Departamento de Medicina), URACCAN (Departamento de Medicina) y BICU (Facultad de Medicina).

El tamaño de la muestra de personas a entrevistar obedeció principalmente a criterios de inclusión de la diversidad a nivel de organizaciones (tipo de población atendida: PC y PVIH) y universidades (Medicina, Enfermería) sin que se establecieran criterios de representatividad poblacional, en la medida en que el estudio es predominantemente cualitativo en términos de valoraciones y percepciones (colectivizadas en el caso de beneficiarios/as y proveedores) contando con respaldos cuali-cuantitativos de la reflexión individual, se consideró en la estimación del tamaño que los conglomerados tuvieran amplitud en número suficiente para establecer frecuencias consistentes en la información cualitativa que se acopio acerca de sus percepciones y valoraciones a este nivel de desagregación; teniendo como referencia:

- Beneficiarios: universos de personas atendidas (PC y PVIH) en el caso de PrevenSida; n° de estudiantes matriculados en los últimos años en el caso de ASSIST.
- Proveedores: información del personal capacitado en los dos proyectos (promotores y docentes) y el conocimiento acumulado en trabajo de campo por el personal de PrevenSida y ASSIST.
- Directivas; se estimó de 2 a 4 por organización o universidad en la medida en que son entrevistas a profundidad a manera de informantes clave que desempeñan cargos de responsabilidad.

Fuentes de información: Se emplearon fuentes de información primaria y secundaria. Las primarias son las obtenidas a través de las encuestas, grupos focales y entrevistas. La secundaria consistió en la revisión documentos físicos y digitales facilitados por los dos proyectos, las organizaciones y las universidades; en lo cual se incluyó informes periódicos, material comunicacional y educativo, estudios realizados en el marco del financiamiento, bases de datos para organizaciones y universidades. En todo el proceso de acopio de información primaria y secundaria, se contó con la colaboración de la dirección y los equipos técnicos de los proyectos PrevenSida y ASSIST, a quienes agradecemos su excelente disposición y apoyo.

Fuentes de información primaria: se utilizaron técnicas cualitativas y cuantitativas como encuestas, entrevistas y grupos focales. Previo al trabajo de campo se validaron los instrumentos en dos sesiones: con organizaciones de PC y PVIH y otra con una universidad de Managua; el proceso permitió hacer ajustes importantes a los cuestionarios y guías.

Encuesta: Dirigida a las poblaciones beneficiarias de las ONG que corresponde a PC y PVIH (Ver Anexo 3. Cuestionario N°1) y a personal de proveedores de servicios de las mismas organizaciones (Ver Anexo N° 3, Cuestionario N°2). Estudiantes de medicina y enfermería (Ver Anexo 3. Cuestionario N°3) y personal docente de las universidades de estudio (Ver Anexo 3. Cuestionario N°4). Para el caso de estudiantes se estableció que, dado su alto nivel educativo y principalmente por la limitada disponibilidad de tiempo por la estrechez de horarios de clase, la encuesta se realizará de manera auto administrada, contando con el apoyo y control de calidad del equipo de campo (supervisoras de campo y encuestadores); para el caso de PC, PVIH y promotores en las ONG se consideró su bajo nivel académico y en este sentido, el equipo de campo realizó la entrevista individual de manera dialogada.

Se entrevistaron 123 personas beneficiarias del Proyecto PrevenSida, entre ellas 50 son PC y 73 son PVIH, que representan 19% y 70% de la muestra programada y para el Proyecto ASSIST se entrevistaron 145 estudiantes universitarios, de los cuales 104 son de la carrera de medicina y 41 de enfermería, que representan el 113% y el 117% de la muestra programada respectivamente. Del universo de personas proveedores de servicios y docencia se entrevistaron 66 promotores de los cuales 46 trabajaban con PC y 20 con PVIH que representan el 48% y 67% de la muestra programada para el proyecto PrevenSida; así mismo se entrevistaron 40 docentes universitarios, 25 de medicina y 15 de enfermería que representan el 76% y 107% de la muestra programada de este universo para el proyecto ASSIST. (Ver Tabla N°1).

Entrevista: Se empleó un cuestionario semi estructurado para llevar a cabo las entrevistas a personal directivo de las organizaciones (Ver Anexo 3. Cuestionario N°5). Se realizaron un total de 46 entrevistas a informantes clave del nivel directivo, de los cuales 32 fueron de las organizaciones y 14 de las universidades; además se realizaron cuatro entrevistas a miembros del equipo de PrevenSida/ASSIST y se realizó una entrevista a nivel de dirección de Comisión Nicaragüense del Sida (CONSIDA)/Ministerio de Salud (MINSa).

Grupos focales: Se desarrolló la técnica de grupo focal contando con una guía de máximo seis preguntas orientadoras (Ver Anexo 4. Guías de grupos focales) y que se centraron en identificar consensos acerca de los **cambios más significativos en la calidad** de los servicios, jerarquizando según tasa de adherencia, se promovió el diálogo acerca de la explicación del porque esos cambios y su efecto en los participantes ya sea nivel de conocimiento, cambio de comportamientos o desarrollo de competencias a fin de dar salida a las preguntas de evaluación. Se incluyó la reflexión sobre estigma y discriminación a población LGBTI y PVIH como restricción de la calidad identificando avances y perspectivas.

Se realizó la relatoría de la sesión (60 minutos) destacando consensos y disensos, así como incidencias relevantes de la sesión. Se llevaron a cabo grupos focales cuando se contó con presencia mayor a cinco participantes de forma que pudiera contarse con un adecuado nivel de socialización y expresión de opiniones diversas; en el caso de los estudiantes siempre se contó con más de ocho participantes. En total se realizaron 34 grupos focales, de población beneficiaria fueron 22, de los cuales 6 fueron con PC, 5 con PVIH, 11 con estudiantes universitarios, de los cuales 7 fueron con estudiantes de medicina y 4 de enfermería. Se realizaron 8 grupos focales con promotores y 4 grupos con docentes de las universidades.

Fuentes de información secundaria: Se desarrolló un amplio proceso de revisión documental cuyas fuentes específicas se encuentran citadas en el capítulo de bibliografía y que de manera general incluyó la revisión de:

- Informes anuales de gestión de los dos proyectos y de organizaciones
- Informes finales de consultorías y estudios previos.
- Programas de gestión de la calidad de las organizaciones.
- Instrumentos de medición (lista de chequeo, cuestionarios a usuarios, gestión de quejas)
- Informes de aplicación de componentes instrumentales del Programa de Gestión de la Calidad (PGC) (estándares de calidad, clima organizacional y encuesta de satisfacción de usuarios).
- Informes de sistematización de experiencias, entre ellas la implementación de la gestión de calidad.
- Presentaciones acerca de experiencias relevantes

Procesamiento y análisis de información: Las encuestas fueron digitadas en software de captura elaborado en el programa Census and Survey Processing System (CS-Pro) V7 y fueron procesadas en Paquete estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS); los grupos focales fueron transcritos en Word para luego realizar una matriz de categorías de análisis, dado que es una técnica eminentemente cualitativa. Las encuestas fueron analizadas a un nivel básico descriptivo con elaboración de tablas de distribución de frecuencias; para el análisis global de la información se empleó la técnica de triangulación de información a partir de los resultados encontrados en la revisión documental, encuestas, entrevistas y grupos focales. La amplia y diversa información recopilada fue suficiente para cubrir las variables de análisis en que se operacionalizaron las preguntas directrices de la evaluación, permitiendo configurar una visión de la situación presente en términos de funcionalidad y resultados del componente de MCC en los dos proyectos.

Limitaciones: El equipo evaluador considera que el diseño metodológico aplicado durante 54 días de trabajo y que orientó la recopilación, procesamiento y análisis de la información, ha proporcionado un conjunto de evidencias pertinentes, suficientes y actualizadas, para asegurar la consistencia y calidad de la fundamentación de nuestra respuesta a las preguntas directrices de la evaluación; en este sentido, los resultados que se exponen corresponden a evidencias cualitativas o cuantitativas que verifican una determinada característica o situación del componente de MCC en los dos proyectos evaluados y que permite constatar y respaldar las valoraciones que se emiten en la parte conclusiva.

Como todo proceso en el que concurre una amplia diversidad de sujetos sociales que participan desde su propia situación e intereses, no siempre fue posible cumplir a plenitud con los parámetros de tiempo y de proceso que se establecieron inicialmente en el diseño metodológico y el plan de trabajo, sin embargo, ninguna de las limitaciones o dificultades presentadas, generaron algún tipo de contingencia metodológica que se tradujera en detrimento de la calidad de la información o de su análisis.

En términos de acopio y análisis de información secundaria, no se presentó ninguna contingencia o limitación, por el contrario, consideramos que los dos proyectos cuentan con sistemas de monitoreo y evaluación altamente consolidados en su sistematicidad y proceso de continuo mejoramiento, que se complementan con diversidad de iniciativas de sistematización y documentación de experiencias relevantes, de forma que en su conjunto permiten contar con una amplia información que facilita la verificación de parámetros y estándares que operativizan las variables principales de la presente evaluación.

Las principales limitaciones presentadas en el proceso evaluativo, se ubican en el acopio de información primaria, en la que la participación de las organizaciones y universidades resultaba crucial. En la valoración general, puede afirmarse que la muestra de encuestas lograda permite el análisis planteado para esta evaluación, en la medida en que a nivel de organizaciones y universidades (que son la unidad de análisis principal) se logró la inclusión de todos los conglomerados de diversidad requeridos:

- Conglomerados suficientes de PC y PVIH para PrevenSida
- Conglomerados suficientes de las carreras de Medicina y enfermería para ASSIST
- Conglomerados del Pacífico y Caribe para los dos proyectos

Sin embargo, debe anotarse que si bien se logró cubrir de manera adecuada con las estimaciones previas en el caso de las muestras de estudiantes y docentes en las universidades, así como en el caso de las muestras de población y promotores en las organizaciones que trabajan con PVIH; no fue así en el caso de la participación de poblaciones claves que fue notoriamente limitada en comparación con las muestras programadas. Evidentemente ha incidido una sobreestimación de la muestra necesaria pero ha incidido también el hecho de que la subvención había concluido algunos meses atrás y varias organizaciones ya no contaban con vínculos con su población beneficiaria, de forma que a pesar de los reiterados intentos y ampliación de los tiempos no se lograron las convocatorias previstas. Sin embargo, como ya se anotó, se lograron establecer conjuntos de participantes suficientes para asegurar consistencia del análisis a nivel de desagregación de proyectos con conglomerados de población beneficiaria y de proveedores que incluyen toda la diversidad de organizaciones/universidades vinculadas a PrevenSida y ASSIST.

Destacamos también, que en relación a las universidades, la principal dificultad se presentó en cuanto a la realización del grupo focal con docentes en tres universidades por el factor tiempo, dado los compromisos de trabajo asistencial en los hospitales. En la última semana de campo, se tuvo como dificultad una situación de orden público en Puerto Cabezas, que impidió que el equipo de trabajo viajara en la semana establecida por lo cual se extendió la fase de campo que se compensó con la reducción del tiempo disponible en el cronograma de trabajo para la fase de procesamiento y análisis.

Consideraciones éticas: La evaluación aplicó los principios bioéticos de consentimiento informado, confidencialidad, voluntariedad y privacidad. Los resultados fueron compartidos con representantes de las organizaciones beneficiarias y servirán para mejorar el abordaje de los proyectos de USAID en beneficio de estas poblaciones.

4. RESULTADOS

4.1 ¿Qué cambios ocurridos en la calidad de los servicios proveídos en cada actividad pueden ser directamente atribuidos al apoyo directo de USAID?

4.1.1 Las mejoras de calidad en el ámbito del Proyecto PrevenSida.

El proyecto PrevenSida implementó once de las doce estrategias definidas por USAID vinculadas con el mejoramiento de la calidad: tres en prevención, tres en fortalecimiento del sector salud, dos en información estratégica y tres en mejoramiento de política.

Cambios en actividades de prevención:

Las estrategias asumidas por PrevenSida en este componente, fueron:

- *Desarrollar e implementar intervenciones preventivas innovadoras y costo-efectivas, basadas en evidencia*
- *Mejorar la detección, diagnóstico y tratamiento de las ITS.*
- *Ampliar el acceso a servicios de consejería y prueba voluntaria para las poblaciones clave*

Las evaluaciones realizadas previamente y los reportes de gestión del proyecto, dan cuenta de un alto grado de desempeño del proyecto en términos de los servicios preventivos y de los apoyos brindados al conjunto de organizaciones en cada año de gestión. En general los informes destacan los aportes que en cobertura y acciones de fortalecimiento ha tenido PrevenSida en los que dé inicio debe destacarse, que la propuesta de modelo de atención propuesto por PrevenSida para la oferta de servicios preventivos, es de por sí una innovación frente al escenario de servicios existentes antes de 2010, porque en primer término se trata de servicios basados en la comunicación interpersonal antes inexistentes y que además no se trata de una propuesta limitada a la oferta, se trata de desarrollar capacidades en las organizaciones que no tienen experiencia y en su gran mayoría evidencian claras debilidades técnicas, administrativas y gerenciales; en este orden, la propuesta involucra desarrollar servicios prestados por personas no profesionales de la salud e incluso en algunas organizaciones con muy baja escolaridad y con claras resistencias en los escenarios profesionales e institucionales, particularmente referidas a la realización de la Prueba de VIH por personal no profesional.

En los informes y en las entrevistas realizadas, se destacan cambios cualitativos en la oferta de servicios y en la forma en que esos servicios se han prestado, que claramente se asocian a procesos de mejora de la calidad que han orientado ajustes estratégicos. La primera evidencia que resalta (*Tabla N° 2-Anexo 4*), son los cambios en la focalización poblacional de la oferta de servicios que en los primeros años de forma predominante se orienta hacia las poblaciones con menores dificultades en el acceso (jóvenes y mujeres en riesgo, población móvil, etc.) y que tienen sitios de concentración que facilitan su abordaje; las dificultades en el acceso por estigma y discriminación hacia la población clave (HSH, TF) y PVIH, determinan su exclusión; las evidencias y entrevistas destacan el “mapeo de lugares de ligue” como la herramienta que a partir de 2013 se incorpora y que brinda la información y fundamentos de un salto de calidad en la planificación y organización del trabajo operativo de los promotores, de forma que tanto en el acceso de la PC a los servicios y a la prueba se incrementa progresivamente; hasta llegar a ser ampliamente predominante en 2016 (87% y 89% respectivamente) (*Tabla N° 2-Anexo 4*). De la misma manera sucede en la atención de las PVIH en las que se multiplica por 10 veces el número de personas atendidas, pues la lógica del mapeo se aplica con los sitios de demanda de servicios (clínicas y hospitales) y la ubicación domiciliar a partir del conocimiento de las PVIH ya contactadas; un impulso final en este caso, se asocia con la encuesta de estadios clínicos según la Organización Mundial de la Salud (OMS) iniciada en 2015 que permitió mayor acercamiento y conocimiento de las dinámicas de vida de las PVIH, así como de sus necesidades y demandas más personalizadas.

El reconocimiento de que la oferta de servicios debe ajustarse a la dinámica cotidiana de las poblaciones, contribuyó a detectar que los servicios concentrados en los establecimientos constituían una barrera más, en el acceso y niveles de confianza, acercar la oferta a lugares de vida de la propia población constituyó una nueva estrategia como se muestra en que los servicios preventivos y la prueba que haciéndose predominantemente en los propios establecimientos en 2011 pasaron a hacerse en la comunidad (94% y 92%).

La encuesta cualitativa incluida en el presente estudio otorga alta relevancia a las valoraciones y percepciones de las personas entrevistadas, en relación a la calidad y mayor utilidad que han tenido los servicios. El 59% de la población clave atendida valoran como “muy buena” la forma en que han recibido esas acciones, el 18% la califican de “buena”; destaca que el 24% la valoran como “deficiente” (Tabla N° 3- Anexo N° 4), principalmente vinculado a la valoración de que no se atiende a su pareja o familiares y a deficiente comunicación.

Explorando la mayor utilidad personal que han tenido esos servicios (Tabla N° 4- Anexo N° 4), se encontró que 39% de las poblaciones atendidas señalan la ampliación de nuevos conocimientos sobre el VIH; el 22% señalan la posibilidad de mayor socialización (mayor interacción e intercambio de opiniones y la aclaración de dudas) y el 39% expresan el cambio de actitudes (nuevos valores y comportamientos). Por su parte, el 55% de la población clave asocian la calidad con el trato amable, cálido y de iguales, el 22% lo asocia al aprendizaje de nuevos conocimientos y el 8% con la interacción a nivel comunitario. Vale destacar la atención psicológica como mención específica a la mejoría de la calidad en el caso de las PVIH (Tabla N° 5 – Anexo N° 4).

Los grupos focales de PC y PVIH resaltaron su percepción de que las organizaciones han mejorado mucho la relación con ellos, habiendo mayores grados de confianza y de participación; mencionan mejor respuesta a inquietudes y demandas de información o atención. Destaca, asimismo, la mención en grupo de transgénero de la difícil situación de esta población en la que el desempleo persistente y la ausencia de proyectos de vida personal refuerzan la tendencia al abuso de sustancias, el trabajo sexual y la no adopción de cambios de comportamientos de protección. En contraste, en grupos de PVIH fue evidente la gran motivación para la participación y socialización con sus pares, en lo que señalan un mayor empoderamiento de sus responsabilidades consigo mismas y la aspiración de seguir mejorando su calidad de vida y la de sus pares.

Desde la perspectiva del personal proveedor de los servicios el 86% de promotores (Tabla N° 6 – Anexo 4), manifiestan que ha habido cambios significativos y recientes en el mejoramiento de las actividades que ellos mismos desarrollan. Un 47% ubica el cambio de calidad en el abordaje más personalizado y más cercano con la población clave y PVIH, el 34% destaca nuevos aprendizajes y estrategias para mejorar la oferta y accesibilidad a los servicios; el 10% mencionan la atención psicológica y otro 10% mencionan la percepción de reducción de estigma y discriminación hacia la población clave y PVIH (Tabla N° 6 – A4). En los grupos focales se hizo particular mención a la mejora del dialogo de pares centrado en la vida real, mayor confianza de la PC en la realización de las pruebas, el mapeo de sitios de concentración y ligue de la PC, mayor asistencia y permanencia de PVIH en GAM y un aumento en el rescate de abandonos de la TAR.

La valoración general de beneficiarios y proveedores evidencia la preponderancia del proceso de mejoramiento continuo de la calidad de las acciones de los proyectos; lo cual se corresponde con varias evidencias derivadas de estudios desarrollados por el equipo de PrevenSida en el año 2016 (*Estudio de efectividad de PrevenSida, ¿Que funciona? - 2015*) con base al procesamiento de los datos disponibles en el registro único de atenciones y expone que la mayor calidad de las acciones medida por el adecuado cumplimiento de los estándares de la prevención combinada en la población clave tiene claros efectos en los comportamientos de riesgo.

Cambios en las capacidades institucionales:

Las estrategias asumidas por PrevenSida fueron:

- Fortalecer la capacidad institucional para mejorar y ampliar la prestación de servicios de calidad de VIH

- *Desarrollar metodologías e implementar actividades para mejorar la capacidad institucional y de recursos humanos*
- *Fortalecer los sistemas de gestión de la cadena de suministros.*

En 2010 se inició con un intensivo programa de capacitación estructurado en tres componentes esenciales, el gerencial, el administrativo-financiero y el de servicios preventivos en correspondencia con la estructura de los estándares de calidad y desempeño con que fueron evaluadas las organizaciones para establecer la línea de base. La mayor parte de las ONG con personería jurídica acumulaban años de experiencia en desarrollo de enfoques de comunicación masiva en campañas educativas y eventos de capacitación principalmente alrededor de la promoción masiva del uso del condón y de la prueba VIH en población general, dado el perfil vinculado a centros alternativos de mujeres y al financiamiento del fondo mundial. Por su parte, las organizaciones comunitarias; representando a las PC; sin personería jurídica, en su gran mayoría registraban muy reciente creación y por tanto con escasa experiencia organizativa frente a una limitada cohesión interna y con sus bases, así mismo registraban casi nula experiencia en prestación de servicios. Estas condiciones diferenciadas se reflejan en el cumplimiento de estándares tanto al momento de su incorporación a la red de PrevenSida (principalmente en las áreas de gerencia y administración) como en los ritmos de mejora de dicho cumplimiento en el tiempo.

De esta forma, el viraje inicial representó un gran desafío ya que no solo se trataba de un cambio estructural en términos de enfoque, metodología y población, sino que debía hacerse en un escenario de organizaciones dispersas, con disímiles tipos y grados de desarrollo y capacidad gerencial y de prestación de servicios y con niveles significativos de conflictividad interna. Esta situación permite poner en evidencia la alta complejidad del proceso de cambio emprendido, no solo por la sustitución de paradigmas y estrategias de abordaje y comunicación sino principalmente por la debilidad en las capacidades de las propias organizaciones, que en algunos casos ameritó de la asistencia técnica y legal para el acompañamiento en su organización básica y para lograr la personería jurídica de algunas organizaciones nacientes.

Iniciada la implementación, en la medición de línea de base en 2010-2013 (*Tabla N° 7 – Anexo N°4*), solo 2 de las 20 organizaciones iniciales cumplían con más del 75% los estándares globales, las dos son ONG, ninguna organización de base comunitaria ingresó a la red con niveles mayores de 75% de cumplimiento de estándares, ya sea en lo global o en las áreas específicas de medición (gerencial, administrativo, servicios preventivos). La progresividad del desarrollo de capacidades fue mucho más rápida en las ONG que en su segundo y tercer año ya alcanzaban buen desempeño y desde 2014 todas se encontraban con todas las áreas con índices superiores al 75% e incluso, la mayoría de ellas con niveles mayores del 95%.

El caso de las organizaciones comunitarias ha sido bastante diferente ya que si bien en la mayoría de las organizaciones se registra mejoras significativas en el cumplimiento de los estándares cada año que participan en la Red, pocas logran superar el umbral del 75% de estándares cumplidos, de forma que su progresividad en el mejoramiento de la calidad gerencial, administrativa y de servicios fue claramente más lenta; de las 20 ONG que se les ha dado seguimiento, 18 ingresaron con bajísimos desempeños, para 2014 solo 8 habían alcanzado niveles altos, 4 habían avanzado al nivel intermedio y 7 se mantenían con niveles bajos de desempeño (todas ellas de base comunitaria), solo para 2015 y para septiembre de 2016 (última medición realizada) la mayor parte de estas organizaciones había ingresado en los niveles de graduación por cumplimiento de los estándares superiores al 75% pero 4 de ellas (calificadas como organizaciones de base comunitaria) se mantienen en clasificación de “necesitan asistencia técnica” por tener cumplimientos menores del 75% de los estándares.

Si bien la capacitación formal brindada por PrevenSida al ingreso de las organizaciones como socias y con cobertura de la subvención no estableció elementos temáticos o metodológicos diferenciados para corresponder a esta heterogeneidad, se implementaron diversos mecanismos de monitoreo y evaluación como la supervisión y el acompañamiento en servicio (coaching) y eventos evaluativos, que permitieron evidenciar las situaciones y brechas particulares existentes en cada organización para motivar la realización de ciclos rápidos de mejora o

colaborativos de mejoramiento. De hecho, se evidencia en los indicadores de calidad importantes ajustes o nuevas estrategias que permitieron que, de las organizaciones incluidas en la última subvención, solo dos registraban limitaciones en el área gerencial, cuatro en el área administrativa y ninguna en el área de servicios preventivos (el más bajo cumplimiento de estándares en servicios es del 89%).

La evidencia en los resultados y en las capacidades desarrolladas para la realización óptima de las actividades según estándares, evidencia a su vez el buen desempeño de los mecanismos de mejoramiento continuo de la calidad promovido por PrevenSida, que de manera progresiva además de lograr el cumplimiento de los estándares se logra también que se mantengan, puesto de manifiesto en el hecho de que el avance siempre es progresivo. Las principales razones que promotores y directivas aducen para explicar la continuidad y progresividad de las mejoras son atribuidas a la combinación de diferentes modalidades de abordaje para reducir las brechas existentes, el acompañamiento en servicio, los ciclos de mejora, sesiones de trabajo colectivo con asistencia técnica del equipo del proyecto, todos ellos dirigidos a problemas específicos y tratados en las condiciones particulares de cada organización.

Particularmente los ciclos de mejora que combina varias de las modalidades de asistencia mencionadas, ha sido de particular relevancia en la medida en que inicialmente se requirió el concurso del equipo de proyecto, pero con la experiencia se desarrollan las capacidades de realizarlo de manera autónoma. Como se observa en el hecho (*Tabla N° 7 – Anexo N°4*) de que todas las organizaciones han desarrollado un ciclo de mejora en cada año, con la tendencia actual a desarrollar al menos dos; como ya se observa en 2017 y en la tendencia a los promedios por año que superan el 1.5 ciclos. Los ciclos y colaborativos de mejoramiento que en los primeros años se intensificaron alrededor de la calidad de la consejería y prueba voluntaria, en la que además de mejorar la técnica y bioseguridad, también mejoró la actitud y presentación personal de los promotores para ganar confianza, además de transferir la realización de la prueba a lugares comunitarios que mejoró acceso y confianza en la PC.

Si bien no hace parte de la presente evaluación, la estrategia de fortalecer la gestión de los sistemas de suministro, en tanto fue el proyecto DELIVER el que lo asumió de manera directa, esta implementación requirió de su articulación con todas las actividades de fortalecimiento emprendidas por PrevenSida y particularmente con los procesos de MCC; de hecho, parte de los estándares de medición en la parte gerencial y administrativa se refieren a el mejoramiento de la gestión de suministros (inventarios, almacenamiento, compras).

En este contexto, deben destacarse algunos ajustes innovadores o incorporación de nuevas modalidades y estrategias de trabajo que tienen mucha relevancia en la consolidación del modelo comunitario de atención integral y continuada tales como:

- El mapeo de lugares de ligue a través de la georreferenciación que permitió anular barreras de accesibilidad y ampliar la cobertura de poblaciones clave, difíciles de abordar por estar “ocultas” y por su dispersión.
- La atención psicológica, que se ha constituido en un apuntalamiento de calidad en atención a PVIH y población transgénero, contribuyendo a la apropiación y empoderamiento frente a opciones de vida en condiciones adversas, y a la mayor comprensión de promotores acerca de su situación de vida.
- La encuesta de estadios clínicos en PVIH que además de convertirse en la mejor manera de apropiación de los promotores acerca de la situación de vida y salud de cada PVIH permitió la elaboración de la cascada del continuum de la atención, que identifica brechas de discontinuidad de la vinculación y tratamiento de las PVIH, facilitando focalizar acciones correctivas.
- Realización de la prueba por personal promotor, que además de fortalecer su reconocimiento ante la población clave permitió desarrollar estrategias para realizarla fuera de los establecimientos hacia lugares de la comunidad, mejorando accesibilidad, confianza y focalización en población clave.

Cambios en la información estratégica

En este componente, PrevenSida asumió las siguientes estrategias:

- *Fortalecer el uso de datos Monitoreo y Evaluación (M&E) para la toma de decisiones.*
- *Fortalecimiento de la colección, análisis, interpretación y difusión de datos*

No es posible el mejoramiento continuo de la calidad sin la existencia de información que permita detectar brechas de incumplimiento de estándares o mida indicadores vinculados a resultados o a la realización de las acciones con las posibilidades de ser atribuidos en persona, tiempo y espacio. Expuestos los elementos y hallazgos de los acápite anteriores, es bastante obvio el reconocimiento de que los dos proyectos aportan un amplio acervo de enfoques, diseños, metodologías e instrumentos idóneos para la producción y utilización de la información, como base de todo el proceso gerencial tanto a nivel estratégico como técnico y operativo y particularmente para asegurar el mejoramiento continuo de la calidad, entre ellos cabe mencionar:

El registro único (RU) es uno de los valiosos aportes de PrevenSida a la respuesta nacional y regional ante la epidemia, como instrumento potencializador del seguimiento a las personas atendidas y como fundamento de la planificación y evaluación que debe ser replicado, si bien deben ser previamente corregidos en algunos de sus elementos constitutivos, que pueden y deben ser mejorados. El RU es una clara muestra de las posibilidades de montaje y mantenimiento que pueden tener este tipo de organizaciones cuyos costos de mantenimiento pueden ser asimilables en los financiamientos que pueden gestionar y convenir. Si bien su mayor utilidad en la gerencia cotidiana se centró en la productividad y eficiencia en el cumplimiento de metas de cobertura también demostró las posibilidades de su ajuste y utilización para análisis de calidad e integralidad de las acciones realizadas, en la medida en que permite verificar el cumplimiento de estándares de número y combinación de diferentes tipos de acciones preventivas (estructurales, biomédicas, conductuales) en una misma persona, así como del seguimiento que se brinda a esa persona. También demostró la posibilidad de analizar la eficacia de las acciones brindadas cuando se incorpora el registro simple de indicadores de resultado en cada atención recibida (con o sin comportamiento de riesgo) que brinda una aproximación bastante consistente de la calidad.

Las organizaciones desarrollaron una gran capacidad de mantenerlo actualizado preservando la calidad de los datos y para procesar la información a fin de monitorear su desempeño incluyendo el desarrollo de capacidades para elaborar tablas de tabulación básica y gráficas de seguimiento ya sea en el banner o para exponer en un reporte para su divulgación y análisis, así como para el desarrollo de capacidades de negociación y concertación con agencias financiadoras.

Destaca también la experiencia obtenida con la inclusión de la encuesta comunitaria a PVIH para la detección de los estadios clínicos y condiciones asociadas a su atención y vinculación al sistema de salud en términos de su diagnóstico y permanencia en TAR y Grupo de Ayuda Mutua (GAM), puesto que permitió realizar la primera aproximación a la cascada del continuo de la atención para detectar las brechas existentes en la calidad de la atención.

Por demás es sobresaliente, la capacitación de personal de las diferentes organizaciones subvencionadas para procesar la información y obtener para cada una de ellas la cascada y los estadios clínicos en que se encontraba la población PVIH que atendía cada una. De esta manera, la experiencia fue por demás enriquecedora y de aprendizaje en términos de la asimilación más clara de los ciclos de la enfermedad y el proceso de atención, así como de todo el ciclo de producción, procesamiento y uso de la información.

Otro aporte muy significativo de los dos proyectos, ha sido la incorporación del diseño de estándares de resultados a fin de aplicarlos en mediciones de inicio (líneas de base) y de seguimiento con el propósito de monitorear y evaluar el mejoramiento progresivo de la calidad de las acciones o de sus resultados, como es el caso de los estándares de calidad del fortalecimiento institucional con listas de chequeo en el caso de PrevenSida y de los estándares de competencias en las encuestas Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) aplicadas a estudiantes de medicina y enfermería por ASSIST. En ambos casos, permiten analizar el desarrollo de capacidades deseadas en organizaciones y profesionales de la salud respectivamente, a fin de evaluar la calidad de las acciones de mejora implementadas en el periodo comprendido entre un “antes” y un “después” para evaluar si la intervención (programas de capacitación o ciclos de mejora). Los dos métodos de medición (listas de chequeo y encuestas) pueden ser establecidos como procedimientos sistemáticos y periódicos con diferentes

opciones en las modalidades de diseño y aplicación de forma que sus costos no sean limitantes para su sistematicidad.

La experiencia obtenida con estos dos novedosos procesos no se limita a la producción y utilización de información estratégica, en la medida en que constituyeron factores de enorme motivación para organizaciones y universidades tanto para incentivar el mejoramiento de la calidad de las acciones entendido como procesos complejos y progresivos, como para dinamizar el dialogo, la reflexión colectiva. Además de constituir un factor estimulante del desarrollo de capacidades de producción y análisis de información auto referenciada, como tal, pueden calificarse de excelentes ejemplos de estrategias de comunicación basadas en la evidencia que constituyen métodos de gran potencialidad para la construcción de consensos acerca de la detección de problemas y de selección de opciones resolutivas.

Especial mención debe darse a la experiencia desarrollada con las organizaciones de mujeres transgénero y de PVIH, que desarrolló USAID y PrevenSida con talleres teórico prácticos (aprender haciendo) acerca de metodologías de investigación científica aplicada; en particular nos referimos al desarrollo de Investigación Acción Participativa (IAP), centrada en el análisis de la atención psicológica brindada a la población atendida por estas organizaciones y cuyos resultados además de orientar mejoras a la atención según indicadores de depresión o ansiedad y de apuntalar habilidades en la producción de información, también constituyó un verdadero hito como iniciativa de diseminación de información ya que sus resultados fueron presentados en el Foro de “Gestión del conocimiento sobre VIH y derechos LGBTI” realizado bajo el auspicio de USAID en junio del presente año, que contó con presencia masiva de organizaciones e instituciones que hacen parte de la respuesta nacional.

La experiencia de IAP, resulta ser por demás estimulante, más aún si se considera que estas organizaciones son las que cuentan con personal con el menor promedio de escolaridad, sin embargo logra demostrarse que la investigación es un impulso humano básico que requiere solo de adecuadas metodologías de enseñanza para estimular el desarrollo y sistematización de destrezas que ya le son propias a cada persona, en la medida en que se explora una situación con base al diálogo (encuesta), se organizan los datos y resultados para su comunicación. De esta manera, toda persona puede ser el sujeto de la investigación y producir conocimiento que tiene inmediata aplicación en su ámbito de acción. El seguimiento a esta iniciativa debe ser contemplado para el futuro cercano, la motivación y el aprendizaje alcanzado pueden perderse.

En el presente estudio se exploró en beneficiarios y proveedores/as para dimensionar el grado de acceso a la información relevante, así como de la participación en los procesos de análisis de la información con fines de planificación/evaluación y de mejoría de la calidad de las acciones. Se interrogó con indicadores de aproximación a fin de verificar las condiciones de calidad de acciones de comunicación para la prevención que deberían involucrar información situacional de la epidemia en el ámbito local, así como de la participación en procesos colectivos de análisis: (Tabla N° 8 – Anexo N°4)) El 86% de los estudiantes y el 77% de la población clave manifiestan desconocer el número de casos y muertes por VIH que ocurren en su municipio de residencia, en esa misma condición se declaran el 72% de docentes y el 75% de promotores/as.

Prpreguntando a los proveedores la utilidad que tendría esa información, se registra (Tabla N° 9 – Anexo N°4) que el 36% de los docentes y el 20% de los promotores manifiesta que para sensibilizar y hacer reflexionar sobre necesidad de autoprotección; el 50% de docentes y el 36% de promotores lo utilizarían para dar a conocer la situación a estudiantes y población, el 14% de docentes y el 44% de promotores la utilizarían para planificar y evaluar el trabajo de prevención.

Este mismo indicador brinda una buena aproximación acerca de debilidades existentes en las acciones de comunicación interpersonal, en la medida en que no se asume a plenitud el enfoque de la comunicación basada en la evidencia que es la de mayor potencialidad para la motivación de la reflexión y diálogo de pares para identificar y valorar de manera concreta el nivel de riesgo y se facilite la aceptación de la protección responsable consigo mismo/a y con su entorno de relaciones sociales y sexuales.

Se debe reconocer de antemano que ésta situación tiene dos posibles factores incidentes, ya sea que se asocian las dificultades conocidas en el acceso y disponibilidad de la información oficial de la vigilancia epidemiológica que también puede combinarse en la escasa utilidad que se otorga a la información disponible en términos de su potencialidad como evidencia de situaciones concretas que promueva el dialogo y la reflexión, tal y como sucede con información proveniente de estudios realizados cuya mayor utilidad se perfila restringida a su divulgación en escenarios institucionales o académicos restringidos o a su publicación en documentación científica.

4.1.2 Cambios en las capacidades institucionales de las universidades, ASSIST:

Las estrategias asumidas por ASSIST en este componente fueron:

- *Fortalecer la capacidad institucional para mejorar y ampliar la prestación de servicios de calidad de VIH*
- *Desarrollar e implementar metodologías para mejorar la capacidad institucional y de recursos humanos*

ASSIST contó con condiciones más favorables para su implementación a partir de la experiencia del proyecto HCI en el mejoramiento de la calidad en la atención Materno Infantil (MI) y Planificación Familiar (PF), que sirvió para diseñar los primeros paquetes pedagógicos que son incorporados en las mismas universidades; acumulando experiencia y conocimiento, así como vínculos claves y reconocimiento en el escenario universitario. El ambiente académico y la formación especializada de los participantes, facilita y acelera el desarrollo de los estándares de competencia en docentes y estudiantes. Si bien se reconoce la existencia de heterogeneidades relevantes entre los diferentes centros formadores, principalmente derivados del nivel de institucionalidad de la universidad, compromisos de las autoridades y equipos docentes con los resultados y los procesos de cambio, el proceso de la implementación del paquete pedagógico del VIH tuvo marcadas similitudes en la secuencia:

- Aplicación de investigación CAP a estudiantes como línea de base que identifica brechas en conocimientos y actitudes frente al VIH.
- Capacitación de docentes en el paquete pedagógico; cuya revisión conjunta permite precisar aún más la identificación de las brechas en cuanto a las necesidades de aprendizaje de los estudiantes.
- Revisión de los contenidos y metodologías del paquete pedagógico y su relación con el con el currículo y los planes de estudio de diferentes asignaturas.
- Los equipos docentes realizan la selección de los contenidos que se incorporarían en los planes de estudio y desarrollan guías metodológicas para el desarrollo de los diferentes temas con los estudiantes.
- Diseño y aplicación de instrumentos que dinamizan el mejoramiento de la calidad docente
 - Formularios de Pre test y Post test para evaluar conocimientos.
 - Realización de estudios de casos y socio dramas de consejería.
 - Aplicación de lista de chequeo para valorar la calidad de las competencias (p ej.: consejería).
 - Programación de actividades y rotaciones en unidades de salud
 - Organización de eventos para propiciar interacción y socialización de estudiantes con población LGBTI y PVIH. Ferias, encuentros, foros, etc.

El Proyecto desarrolló encuestas de medición de estándares de conocimientos y actitudes acerca del VIH en los estudiantes al inicio de la incorporación del “paquete pedagógico” en 2014, a manera de línea de base repitiendo la misma encuesta luego de capacitar al personal docente y de la aplicación en las actividades educativas (2015/2016) con los estudiantes en 8 de las 9 universidades. Se analizaron 6 estándares de competencias de conocimiento acerca del VIH y 3 estándares de competencias en actitudes frente al VIH y los resultados obtenidos se han calificado en cuatro escalas: óptimo (más del 90% de estudiantes los cumplen); Satisfactorio (entre el 76% y el 89% de los estudiantes los cumplen), deficiente (entre el 60% y el 75% los cumplen) y crítico (menos del 60% los cumplen).

En general todas las carreras mejoraron el cumplimiento de los estándares CAP (Tabla N° 10 – Anexo N°4), aún más notable en los estándares de actitud frente al VIH, en los que solo una universidad superaba el 75% en la línea de base, indicadores que se modificó totalmente después del proceso de implementación. Valga anotar la referencia a la encuesta CAP por parte de docentes y directivas en el sentido de sensibilizar a la institución acerca

de aspectos claves de la formación que no habían sido valorados ni abordados, generando mayor motivación para a participación de los docentes en el proceso.

Los resultados muestran que en general todos los centros y carreras mejoraron notoriamente en los resultados obtenidos en las competencias de los estudiantes, sin embargo, se mantienen niveles deficientes en la actitud con respecto a estigma y discriminación hacia las PVIH en la carrera de medicina, mientras en enfermería es el conocimiento de la atención de PVIH que persiste con deficiencia.

Este proceso es irregular según el centro y carrera de que se trate, por ejemplo, la BICU que en medicina teniendo en la línea basal un estándar en nivel crítico y 4 en nivel deficiente, tres en nivel satisfactorio y solo uno en nivel óptimo, para la 2ª medición tenía 8 estándares en nivel óptimo y uno en nivel satisfactorio, mientras en enfermería de tener tres estándares en deficiente nivel y seis en nivel satisfactorio, pasó a tener cinco en nivel óptimo, tres en nivel satisfactorio y uno deficiente. Los casos de POLISAL y URACCAN destacan por ser los centros de formación que registraban en la línea de base más estándares en nivel crítico (4 y 3 respectivamente) y en la 2ª encuesta CAP no tenían ningún estándar en este nivel.

En relación a la UNAN-Managua, específicamente en el caso de la Facultad de Medicina se evidencia mayor compromiso de docentes en asumir el VIH en asignaturas como Fisiopatología, Prácticas Médicas, Farmacia, Medicina Interna con aplicación de las herramientas propuestas en el paquete pedagógico, pero las y los estudiantes reconocen que se hace desde una visión muy medicalizada aún, sin ubicar el tema como un asunto de derechos humanos y desde una visión más integral, hace falta dar ese salto cualitativo, aunque ya se ubica el tema como base para la reflexión. (Grupo focal con estudiantes y docentes de medicina, UNAN-Managua). Similar hallazgo se encontró en la UPOLI donde docentes, coordinadores y decana tienen un fuerte compromiso en promover el tema de VIH como eje transversal en todas las asignaturas que cursan los estudiantes de enfermería.

En contraste, los cambios en la coordinación de la carrera ocurridos recientemente en URACCAN se identifica como limitante para el seguimiento del paquete pedagógico puesto que se ha traducido en la discontinuidad de los procesos de mejora en la aplicación del paquete pedagógico, así como en la falta de seguimiento a los procesos de enseñanza de asignaturas vinculadas al VIH identificadas en la malla curricular.

En general todos los centros y carreras mejoraron notoriamente en los resultados obtenidos en las competencias de las y los estudiantes, sin embargo, se evidencia la necesidad de fortalecer el trabajo para disminuir actitudes de estigma y discriminación hacia las PVIH en estudiantes de la carrera de medicina.

En la encuesta cualitativa incluida en el presente estudio otorga alta relevancia a las valoraciones y percepciones de las personas entrevistadas, en relación a la calidad y mayor utilidad que han tenido las actividades docentes recibidas. El 65% de los estudiantes valoran como “muy buena” la forma en que han recibido esas acciones; el 31% las califican de “buena” y el 4% la valoran como “deficiente” (*Tabla N° 11 – Anexo N°4*). Explorando la mayor utilidad personal que han tenido esos servicios se encontró que el 38% de los estudiantes mencionan la ampliación de nuevos conocimientos sobre el VIH; el 37% señalan la posibilidad de mayor socialización (mayor interacción e intercambio de opiniones y la aclaración de dudas) y el 25% de los estudiantes expresan el cambio de actitudes (nuevos valores y comportamientos) (*Tabla N° 12 – Anexo N°4*).

El 51% de los estudiantes asocian la calidad de la docencia con el buen manejo de conocimientos del VIH y metodologías docentes, el 7% vinculan la calidad a las metodologías participativas y de interacción, y el 6% a los enfoques (derechos, tabúes); las otras asociaciones se vinculan con limitaciones de la docencia ya que el 25% señala insuficiencia en el tiempo para abordar los temas y para las prácticas en servicio. Otro 5% señala el incumplimiento de los planes de estudio y deficiencias metodológicas de docentes otro 5% (*Tabla N° 13 – Anexo N°4*). Al respecto buena parte de los grupos focales destacaron como aporte a la calidad la participación en eventos abiertos sobre VIH (ferias, marchas, foros) y encuentros con PVIH ya sea en los servicios o en los eventos, que les ha permitido mayor sensibilización y conocimiento de las situaciones reales. En los grupos

focales con estudiantes se destacó continuar mejorando las metodologías de enseñanza de manera demostrativa y orientada a un aprendizaje significativo destacando las modalidades que estimulan la participación estudiantil y las que se realizan en ámbitos diferentes al aula (ferias, foros,)

Desde la perspectiva del personal proveedor de los servicios, el 95% de docentes manifestaron la presencia de cambios significativos y recientes en el mejoramiento de las actividades que ellos mismos desarrollan. El 50% los concretan en la ampliación de temas sobre VIH en los programas y la actualización del conocimiento científico, el 26% destacan la incorporación del VIH en el currículo de la carrera y como contenido transversal de varias asignaturas, el 13% señala una notable mayor sensibilización de docentes y estudiantes acerca de las personas en riesgo o enfermas con VIH y un 11% destacan la incorporación de nuevas metodologías pedagógicas que promueven mayor participación de los estudiantes (*Tabla N° 14 – Anexo N°4*).

Además de los colaborativos de mejoramiento de la calidad que se realizaron entre universidades en la aplicación de los paquetes pedagógicos de salud materna e infantil y VIH, no se estableció como mecanismo sistemático para intercambiar experiencias y compartir “buenas prácticas”. Fueron mencionadas motivaciones docentes en el sentido de aspirar con la aplicación de los enfoques, metodologías e instrumentos en otros temas y asignaturas, que sería pertinente poder compartirlas como elementos de aporte del proyecto más allá del ámbito del VIH.

En el ámbito de las universidades se reconoce las necesidades de actualización permanente por desarrollos del conocimiento científico universal o por cambios en las políticas y estrategias mundiales, regionales o nacionales. De hecho, se inicia una nueva fase con nuevos paradigmas centrados en el continuum de la atención y la estrategia 90-90-90 que demandará el desarrollo de nuevos contenidos y nuevas metodologías; en este sentido se destaca como reto, la importancia de mantener las relaciones interinstitucionales con el MINSA, las organizaciones, la comunidad universitaria y espacios internacionales.

En el grupo focal con docentes de Enfermería del POLISAL se destacó que han incorporado el tema de VIH en el currículo, se sintió la necesidad de integrar en la asignatura de seminario integral el tema de la no discriminación, el respeto a las identidades de género y orientación sexual y se incluye como principio el respeto a la diversidad sexual.

En el Caribe norte, se percibe la necesidad de fortalecer el tema, tomando en cuenta la cosmovisión de las comunidades indígenas donde prevalecen mitos muy marcados que mantienen el estigma hacia las PVIH y población LGBTI. El tema se ha abordado en la universidad, sin embargo, hace falta profundizar aún más tomando en cuenta que la región tiene el tercer lugar de incidencia de VIH a nivel nacional y una de las tasas más alta de mortalidad a causa del sida.

En esta misma línea de acción, destacan los cursos virtuales desarrollados por ASSIST para miembros de organizaciones (11) y universidades (27), acerca de metodología de la investigación, el continuum de la atención en VIH y el (MCC) mejoramiento continuo de la calidad. El asocio y aprovechamiento de capacidades existentes, en este caso en las Universidades, y la utilización de tecnologías de educación a distancia, son una clara muestra de las potencialidades locales para multiplicar esas capacidades en personas que por razones económicas, de distancia o de tiempo no podrían tener acceso a oportunidades de desarrollo profesional mientras también se obtienen productos como estudios y planes de mejoramiento vinculados a su aplicación directa en procesos de mejora de la prevención y atención del VIH.

4.1.3 Los Programas de Gestión de la Calidad en ambos proyectos

A partir del diseño inicial de los dos proyectos, es evidente que ambas propuestas representaban de por sí, cambios muy significativos en la forma en que se desarrollaban acciones previas de la misma naturaleza y orientada a las mismas poblaciones; en ese sentido, los dos proyectos constituyen intervenciones encaminadas a generar oportunidades y capacidades para posibilitar cambios de calidad, dada la gran heterogeneidad y situación

de debilidad y prácticas previas en las ONG incorporadas por PrevenSida y dada la cultura pedagógica y limitado manejo del VIH prevalecientes en los centros formadores de personal de salud.

Llegar a los resultados expuestos previamente es el resultado de un amplio e intensivo esfuerzo que se ha concretado en la implementación secuencial y combinada de diversos procesos de asistencia dentro de los que destaca la estrategia de arranque similar en los dos proyectos PrevenSida y ASSIST que iniciaron en 2010 y 2014 respectivamente con programas de capacitación que respondían a diagnósticos generales de las principales brechas existentes frente a los parámetros inicialmente definidos para las organizaciones en el caso de PrevenSida y en docentes y estudiantes para el caso de ASSIST, a partir de los cuales se establecen condiciones diferenciadas en el desarrollo.

De manera conjunta ASSIST y PrevenSida, están llevando a cabo desde el año 2015 el proceso de formulación de los PGC con nueve organizaciones, que constituye la continuidad del proceso de fortalecimiento institucional de manera renovada y para su ejecución y mantenimiento por las propias organizaciones, sistematizando la experiencia previa e incluyendo nuevas dimensiones focalizando la gerencia en la calidad ya que incluye: medición de satisfacción de usuarios externos e internos, diseño de estrategias de servicio, gestión de quejas y reclamos, análisis del clima organizacional, evaluación del desempeño e implementación de ciclos de mejora.

Todas las organizaciones ya cuentan con su propio PGC cuya formulación ha implicado un acompañamiento intensivo del equipo de PrevenSida/ASSIST. La configuración de estos programas en cada organización ha constituido un vigoroso proceso de acompañamiento y asistencia técnica con los equipos de garantía de la calidad a fin de asegurar la plena comprensión, valoración y manejo de las metodologías. El proceso representa grandes desafíos en tanto se trata de colocar en un solo instrumento, diversas metodologías cuya implementación representa adelantar procesos complejos en una dinámica que finalmente fusione el sistema de M&E con el componente de mejoramiento de la calidad.

Sin duda alguna, debe destacarse el salto cualitativo que los PGC representan en términos de:

- Incluir la VOZ de la población beneficiaria como parámetro de evaluación y mejoramiento de la calidad
- Establecer estándares para la evaluación del desempeño que brinda elementos cruciales para calificar la calidad con las que el personal de las organizaciones realiza las diferentes actividades.
- La amplia lista de indicadores de evaluación del clima organizacional aporta parámetros cruciales como los referidos a liderazgo, participación, motivación entre otros, que han jugado un papel crucial en la dinámica de mejoramiento continuo de la calidad y de sus efectos en la efectividad de las acciones para el control de la epidemia de VIH.
- Buena parte de los estándares de calidad incluidos en los PGC dan continuidad a los estándares e indicadores utilizados en las seis mediciones anuales precedentes, conservando una experiencia que ha mostrado resultados.

En el mismo contexto de los estándares propuestos sobre liderazgo y participación en el clima organizacional, el presente estudio exploró en población beneficiaria y de proveedores, su opinión acerca de su participación en eventos de evaluación de la calidad de las acciones y acerca de su percepción de si líderes o directivas validan su incidencia en las decisiones (*Tabla N° 15 – Anexo N°4*). Manifiestan que han participado en eventos de evaluación de las actividades docentes el 69% de estudiantes y el 75% de los docentes y de servicios de atención el 60% de población clave y el 74% de los promotores. Piensan que su opinión es tenida en cuenta para mejorar las actividades docentes el 63% de estudiantes y el 90% de los docentes; mientras que para mejorar los servicios de atención el 65% de población clave y el 88% de los promotores perciben ser tenidos en cuenta.

Es valoración casi generalizada por parte de promotores y directivas de las organizaciones asociadas con PrevenSida, que los PGC han constituido un gran aporte, en primera instancia por el aprendizaje que ha significado el proceso de asistencia técnica para su formulación y en segunda instancia por la percepción de su gran utilidad para asegurar el fortalecimiento en general de las organizaciones, además de dotarlos con evidencias más transparentes que fortalecen la imagen de la organización ante otras instituciones.

4.2 ¿Qué métodos fueron más efectivos para la transferencia de conocimiento, el mejoramiento de actitudes, y la adopción de mejores prácticas en cada componente?

En la perspectiva de validar las acciones desarrolladas por los dos proyectos en términos de la consecución de resultados en la población beneficiaria y en los proveedores de servicios, la interrogante evaluativa indaga acerca de los métodos más eficaces para la transmisión de conocimientos, para cambios de actitudes y para la adopción de “buenas prácticas”. La evaluación exploró la documentación existente e incluyó preguntas pertinentes en las entrevistas realizadas a los involucrados en el mejoramiento, encontrando como hallazgos principales:

4.2.1 En el universo de PrevenSida: En la encuesta a personas beneficiarias (*Tabla N° 16 – Anexo N°4*), el 41% de la población clave señaló las “Charlas” en grupos y el 24% las sesiones de grupos pequeños como la modalidad que más le aportan conocimiento, un 16% declaró que es la participación en foros y un 12% señaló la consejería.

Para los promotores (*Tabla N° 17 – Anexo N°4*), la amplia mayoría (53%) opina que la capacitación es la modalidad que más les ha contribuido a ampliar los conocimientos, el 35% de los promotores mencionan las sesiones de intercambio y/o evaluación y el 4% de promotores mencionan foros y videos como el mejor método para ampliar conocimientos. El 3% de promotores mencionaron el acompañamiento en servicio (Coaching).

El 47% de promotores (*Tabla N° 18 – Anexo N°4*) señalan que la capacitación es el método que más le contribuye al desarrollo de sus habilidades para desempeñar su trabajo y el 38% mencionan las sesiones de intercambio y/o evaluación. El 13% de promotores mencionaron el acompañamiento en servicio (Coaching). En los grupos focales con estas poblaciones, se ratificaron las metodologías que promueven la participación y la interacción como las que más contribuyen a centrarse en el conocimiento que más interesa y se consideran más útiles para aclarar dudas.

Habría que resaltar el señalamiento de promotores y directivas, acerca de que si bien se reconoce la validez y efectividad de la capacitación como método de transferencia de conocimientos y desarrollo de habilidades, señalan también que debe adecuarse a las condiciones y capacidades de los participantes y no brindarse los mismos temas para todas las personas, porque las experiencias de trabajo, las competencias de los participantes son diferentes y además porque cada organización tiene sus propias particularidades.

En términos de los métodos orientados a los cambios de actitudes, se reconoce de antemano la mayor complejidad que plantea lograr la modificación de un comportamiento que si bien reconoce circunstancias culturales y sociales de dimensión colectiva, en última instancia solo puede realizarse por decisión voluntaria y consiente de cada persona, para lo cual requiere transitar un proceso complejo y progresivo de auto reconocimiento y empoderamiento. En el caso de la población clave, (*Tabla N° 19 – Anexo N°4*) el 39% ubican las sesiones en pequeños grupos incluyen los GAM para PVIH, en la medida en que pueden socializar las experiencias de vida, un 25% identifica las charlas y talleres, un 21% destacan las consejerías y un 12% mencionan actividades colectivas como video foros y ferias.

El 49% de promotores opina que la capacitación es la modalidad que más les ha contribuido a mejorar sus actitudes en sus relaciones con la población beneficiaria (*Tabla N° 20 – Anexo N°4*). Destaca la creciente valoración de las sesiones de intercambio y/o evaluación mencionadas por el 43% de los promotores. El 2% de promotores mencionaron el acompañamiento en servicio (Coaching) y el 2% de promotores mencionaron la evaluación del desempeño. Por último, el 3% de promotores mencionan foros y videos como el mejor método para mejorar actitudes.

4.2.2 En el universo de ASSIST: En la encuesta (*Tabla N° 21 – Anexo N°4*), el 48% de los estudiantes señalan que las actividades docentes que se realizan con dinámicas participativas y seminarios y son los más útiles para adquirir nuevos conocimientos (entre ellas 17% mencionan clases participativas y 21% los seminarios y talleres), un 24% señaló las clases magistrales y un 15% las sesiones de actualización científica. Para los docentes (*Tabla N° 22 –*

Anexo N°4), el 62% opina que la capacitación es la modalidad que más les ha contribuido a ampliar los conocimientos. El 21% mencionan las sesiones de intercambio y/o evaluación. El 15% de los docentes señalan el uso de bibliografías (libros, artículos, normas), por último, el 3% de docentes mencionan foros y videos como el mejor método para ampliar conocimientos.

Para el cambio de actitudes ante el VIH los estudiantes el 34% señalaron las actividades abiertas y de encuentro sobre el VIH con otras poblaciones (ferias, foros, marchas) han contribuido a ver diferente la situación del VIH y replantear valores y actitudes (incluye el 20% que mencionan las prácticas en servicio y 14% que mencionan actividades en comunidad), en ese mismo orden se ubica el 31% que señalan actividades docentes de interacción como los seminarios y talleres, mientras algo similar mencionan el 13% con las “clases participativas”, un 13% señalan las clases magistrales y el 7% señalan las actividades audiovisuales (Tabla N° 23 – Anexo N°4).

Para el 46% de docentes la capacitación es la modalidad que más les ha contribuido a mejorar sus actitudes en sus relaciones con la población beneficiaria de sus acciones. El 43% de los docentes mencionan las sesiones de intercambio y/o evaluación y el 3% mencionaron la evaluación del desempeño. El 6% de los docentes señalan el uso de bibliografías (libros, artículos, normas), por último, el 3% de docentes los foros y videos como el mejor método para mejorar actitudes (Tabla N° 24 – Anexo N°4).

En el caso de ASSIST, la situación ha sido menos compleja, dado que las condiciones son de mayor homogeneidad y en la mayor parte de los contenidos se trata de transferencia de conocimientos científicos de validez universal. Aun así, los procesos de capacitación han tenido que ajustarse a situaciones y prioridades diversas y, de hecho, predominaron los eventos de capacitación circunscritos a cada centro.

Destacamos el peso creciente que adoptan las sesiones de intercambio o de evaluación como método para mejorar habilidades y actitudes, así como el hecho de que en estas dos dimensiones también surgen el acompañamiento en servicio (Coaching) y la evaluación del desempeño; pero que fue valorada de manera más espontánea al preguntar por el apoyo más útil y también valorada en los grupos focales, en el caso de la evaluación del desempeño puede atribuirse a que es relativamente reciente su inclusión como instrumento del PGC. Con las evidencias expuestas es claro que se pueden diferenciar los métodos o modalidades de trabajo que más contribuyen a mejorar la transferencia activa de conocimiento y facilitar el cambio de actitudes y comportamientos desfavorables ante el VIH y que como factor común tienen basarse en la interacción y socialización “horizontal” entre quienes proveen un servicio y quienes lo reciben en forma asertiva y proactiva, reconociendo a las personas como sujetos activos de cambios.

4.2.3 Mejores prácticas: En el caso de las “mejores prácticas”, se obtuvo valoración de las directivas de organizaciones y de los miembros del equipo de los dos proyectos, que mayoritariamente señalan las sesiones evaluativas y el acompañamiento en servicios (coaching) como los eventos en los que más fácil y claramente se detectan diferencias tanto vinculadas a resultados o al desempeño, modalidades de realización que constituyen innovaciones que merecen ser evaluadas con mayor profundidad para ser propuestas como modelos a replicar. Evidentemente, la evaluación del desempeño laboral con seguridad podrá crecer en un futuro cercano como vía de detección no solo de brechas a corregir sino también de “buenas prácticas” a replicar.

En términos de la replicación y adopción de “buenas prácticas”, las personas entrevistadas señalaron la necesidad de sensibilizar y valorizar una propuesta de cambio como un paso necesario para viabilizar y motivar la adopción y se mencionan los colaborativos de mejoramiento como los espacios más idóneos para este fin, de la misma manera que se señala el acompañamiento en servicio con modalidades de sesión de grupos y asesoría individual como el mecanismo que más propicia la rápida asimilación de conceptos y desarrollo de habilidades de parte de las personas que aplican como nueva una “buena práctica” que requiere seguimiento y evaluación para promover su consolidación.

Destacamos como excelente ejemplo de método de adopción de “buenas prácticas” el proceso ya sistematizado que ha mostrado ASSIST con la implementación de los paquetes pedagógicos, en la medida en

que evidencia un modelo ya validado de sensibilización, transferencia de conocimientos, asesoría para el diseño de la aplicación de los elementos particulares y generación de información para monitorear resultados y desempeños.

4.3 ¿Cómo fueron incorporados los principios de igualdad de género de USAID en el mejoramiento de la calidad?

Dada la naturaleza de los dos proyectos enfocados al desarrollo de capacidades nacionales para mejorar la respuesta a la epidemia del VIH, el enfoque de género y la lucha contra toda expresión de estigma y discriminación, han hecho parte consustancial de todo el diseño inicial y en el proceso de implementación; destacando la manera creciente con que la igualdad de género y la lucha contra el E&D ha ido pesando más en el contenido y metodologías de trabajo en los diferentes escenarios en los que se actúa.

4.3.1 En el ámbito de PrevenSida: Si bien, desde el inicio del proyecto, la igualdad de género constituía parte crucial del trabajo, el aprendizaje de los primeros años con las poblaciones LGBTI y sus organizaciones permitió ir dimensionando la realidad de la incidencia de las desigualdades de roles y en las relaciones de poder entre géneros en las condiciones de riesgo de transmisión del VIH. El amplio apoyo al fortalecimiento organizativo, gerencial y técnico que permitió la maduración institucional de sus organizaciones, permitió que en 2014 se apoyara la formulación de los Planes Estratégicos Nacionales por grupo poblacional, principalmente con poblaciones TF y PVIH; que fueron fundamentados en el enfoque de determinantes sociales de OMS/ Organización Panamericana de la Salud (OPS), que constituyó un proceso de recopilación y análisis de información, que concluye con planes de acción donde la igualdad de género, la lucha contra el E&D y contra toda violencia basada en género adquieren valoración de eje transversal de todas las acciones. La formulación de planes estratégicos globales para TF y PVIH ha promovido su mayor protagonismo y participación en alianzas con organizaciones e instituciones locales.

El apoyo del proyecto quedó de esta manera comprometido en el entendido de que los principios de igualdad de género de USAID constituyen parte integral de todas las estrategias y acciones planificadas. En la medida en que los Planes Estratégicos son de índole nacional y no solo de una organización, y en sí mismos constituyen la expresión de alianzas entre las organizaciones existentes en cada grupo poblacional y han constituido un instrumento de gran valor para orientar y respaldar la participación e incidencia de estas poblaciones en las instancias institucionales nacionales y locales, principalmente en las de coordinación de la respuesta nacional ante el VIH (CONSIDA Nacional, departamentales y municipales).

Del 2014 a 2015, se desarrolló un intenso programa de capacitación centrado en igualdad de Género (IG), E&D y VBG, y se incorporó en el conjunto de servicios la consejería en estos temas orientado a las poblaciones clave y PVIH que presentaran alguna condición de mayor vulnerabilidad y que por tanto se tradujera en mayores riesgos de infección con VIH o de abandono de la TAR; esta consejería incluye referencia a instituciones de apoyo social o legal o de salud cuando se considerara pertinente.

Destaca entonces que sean precisamente dos modalidades de atención cuyo diseño y metodología están centrados en la IG las que muestren mayor potencialidad en la generación de cambios en los comportamientos de riesgo, como se expuso de previo refiriéndose a la consejería de E&D y VBG y a la educación de pares que parte de la consideración de la anulación de toda desigualdad entre proveedores y beneficiarios en el servicio. Los resultados registrados, parecerían estar traduciendo logros en el empoderamiento de las poblaciones clave que han sido atendidas con estas modalidades.

Explorando la percepción de E&D en las organizaciones (*Tabla N° 25 - Anexo N°4*), solo el 6% de la población clave y el 4% de los promotores perciben discriminación hacia la mujer en su entorno inmediato (institucional); 7% de PC y 12% en promotores perciben discriminación hacia la población LGBTI y el 7% de la PC y 7% de los promotores perciben discriminación hacia las PVIH. En la gran mayoría de los casos se señala que esta situación está disminuyendo y que se mantienen campañas por la IG y contra el E&D y la VBG.

4.3.2 *En el ámbito de ASSIST:* Por su parte en las universidades se enfatizó mucho la IG y el E&D por diversidad sexual o VIH a partir de la detección en la primera encuesta CAP de altos índices de estigma y discriminación en estudiantes, de forma que los contenidos pertinentes al género fueron incorporados en el “paquete pedagógico” y en la capacitación docente se acentuó la reflexión y búsqueda de alternativas para mejorar esta situación. Adicionalmente ASSIST desarrolló en 2016 un curso de capacitación sobre VBG y tráfico de personas incorporando 96 docentes de 7 universidades destacando un incremento de 22 puntos porcentuales (de 70% a 92%) la calificación de cumplimiento de estándares de conocimiento y actitudes en IG y VBG al final del curso impartido, destacando la BICU que de tener el menor puntaje antes del curso (58%) paso a tener el mayor puntaje después del curso (98%).

De esta iniciativa, se han derivado diversas acciones a nivel universitarios tales como campañas contra la VBG y contra el E&D contra poblaciones LGBTI. En la encuesta realizada como parte de este estudio (*Tabla N° 25 – Anexo N°4*) se exploró la situación encontrando que el 8% de los estudiantes y el 18% de los docentes, perciben discriminación hacia las mujeres en su centro de estudio, perciben discriminación hacia la población LGBTI 29% de los estudiantes y el 35% de los docentes y hacia las PVIH el 15% de los estudiantes y el 18% de los docentes.

Para la mejor valoración de este tema, debe valorarse que la igualdad de género no se abordaba de manera amplia en las universidades y en la actualidad se reconoce que ha habido apertura para la inclusión de la población LGBTI en las mismas, sin embargo, en los servicios de salud aún no se logra establecer una atención diferenciada a este grupo de población, los estudiantes de la carrera de medicina y enfermería desconocen la Resolución Ministerial 671-2014. En grupos focales con estudiantes se recomendó integrar metodologías demostrativas que implique el contacto con las PVIH.

En la gran mayoría de los casos se señala que esta situación está disminuyendo y que se mantienen campañas por la IG y contra el E&D y la VBG en las universidades. Como clara señal de la relevancia que ha logrado conseguir el tema en las universidades se destaca que en dos grupos focales de estudiantes se señaló la persistencia de E&D en los docentes a un nivel mayor que en los jóvenes, evidenciando un claro compromiso con la necesidad de ampliar el diálogo intrauniversitario ante un problema que se valora como relevante.

Evidentemente el escenario de los centros formadores de personal de salud y principalmente en medicina registra situaciones bastante particulares; que podrían ser percibidas como discriminatorias; en los que si bien los esfuerzos realizados han obtenido resultados aún falta bastante por avanzar, sin embargo, no se puede obviar que el tema de estigma y discriminación a partir del apoyo de ASSIST se ha identificado como un tema para reflexionar y debatir tanto en docentes como para estudiantes, de cómo se puede transversalizar en todo el quehacer de la formación de los recursos humanos en salud y abordarlo desde una perspectiva de derechos, de género y de interculturalidad.

4.4 ¿ Hasta qué punto son sostenibles los programas de mejoramiento de la calidad?

Evidentemente la situación de cierre de los dos proyectos en los meses anteriores coloca el análisis de sostenibilidad en una dimensión bastante singular; en tanto ya no se trata de la preocupación por asegurar la sostenibilidad ulterior, si no de constatar la situación actual y perfilar en lo posible el futuro inmediato de lo que existe.

4.4.1 *En PrevenSida:* Desde la perspectiva de la sostenibilidad, es evidente que las organizaciones han tenido tres o más años de experiencia asistida con los apoyos de USAID, se han perfilado equipos y personas con gran desarrollo de sus capacidades y habilidades; tanto en los servicios como en toda la dimensión gerencial y administrativa; es de suponer que tal capital acumulado se mantenga y se desarrolle aún más, en tanto se aplique como parte de la cultura institucional generada e independientemente de los proyectos o financiamientos que tengan. Es de esperar que aspectos como los planes estratégicos y los Programas de gestión de calidad, PGC así como los sistemas y metodologías de información y gestión del conocimiento perduren. En el peor de los casos, como ya ocurre en algunas organizaciones, que, dislocado el equipo de

promotores, evidentemente se debilitarían los procesos; pero en dependencia de la experiencia y liderazgo de las directivas, podrían ser reactivados con nuevos proyectos.

Desde la perspectiva socio-cultural, la situación es bastante diferente, como la que muestran ya las denominadas ONG cuya lógica predominante es la de gestión de proyectos sin vínculos estables y orgánicos con alguna base comunitaria, tal y como sucedió, dos meses después del cierre de la subvención persiste tan solo la experiencia técnica y gerencial acumulada en su núcleo directivo. La ausencia casi total del equipo de promotores y la imposibilidad de convocar población beneficiaria, expresa con meridiana claridad las condiciones presentes, sin embargo, debe reconocerse la existencia en algunas de ellas con liderazgos consolidados y equipos técnicos bien estructurados, que permitirían la reactivación de los procesos en algún momento futuro; situación que si apareciese sería la oportunidad de incorporar en el modelo de trabajo la generación de vínculos con liderazgos comunitarios que otorgaran mayor sostenibilidad.

La situación también es diferencial en el caso de las organizaciones que cuentan con base comunitaria con las que se pudo verificar su permanencia y fortaleza más allá de la ausencia de financiamiento y con capacidad de convocatoria más allá de toda duda, aun cuando son claramente evidentes las dificultades económicas de sostenimiento del proceso logrado hasta ahora. Tal es el caso de las organizaciones de PVIH y de algunas organizaciones de TF, donde se percibió el mantenimiento de acciones y alguna dinámica institucional ha dependido del compromiso y vínculo con las poblaciones de base, de liderazgos comprometidos con ellos y con una dinámica de comunicación entre ellos asegurada por las personas que se han dado a llamar “activistas” cuyo rol en el funcionamiento del modelo trabajado por PrevenSida no ha sido suficientemente visibilizado. La experiencia obtenida evidenció que las situaciones diferenciadas entre estas las organizaciones que se ubican en este grupo, y que deriva de la combinación particular que exista en cada una de ellas, es decir, el vínculo comunitario, la calidad y compromiso del liderazgo y el rol de intermediación que mantengan los “activistas”

4.4.2 En ASSIST: La dimensión técnica es de por sí el escenario de realización propio de las universidades, de forma que los desarrollos logrados por ASSIST se han incorporado a las dinámicas propias de la academia, es de prever que la motivación y entusiasmo despertado por el conjunto de innovaciones pedagógicas, se concreten en la aplicación de los mecanismos de mejora continua de la calidad y se asegure no solo el mantenimiento de los paquetes pedagógicos si no también su actualización y vigencia.

Se pudo verificar que las universidades no dependen del financiamiento externo y su vocación académica alimenta procesos sistemáticos de actualización científica y pedagógica. La calidad de los liderazgos incide también en el mantenimiento de acciones de MCC. Existen factores propios de institucionalidad y de ausencia de amenazas de financiamiento contando con las mejores condiciones de estabilidad laboral del país como es el caso de los docentes universitarios, de forma tal que la sostenibilidad del componente de mejoramiento de la calidad en la docencia sobre VIH es de bastante buen pronóstico, más aún si se considera que en buena parte de ellas se ha avanzado incluso a cambios estructurales tales como la incorporación del VIH como parte del currículo de las carreras y de sus planes de estudio. De tal manera que la sostenibilidad en este escenario institucional estará en dependencia del nivel de compromiso y calidad de los liderazgos de forma que se mantenga el entusiasmo que fue percibido por nosotros en la mayoría de los casos y que es aún más evidente en las carreras de enfermería. De esta condición se excluyen dos universidades privadas cuya estructura y disciplina docente parece haber colapsado.

Se prevé que la dinámica en los procesos de mejoramiento continuo de la calidad incorporados por ASSIST en el escenario académico pueden mantenerse ya que no solo coinciden con el espíritu científico que hace parte consustancial del ámbito académico, sino que no generan mayores costos adicionales. Se advierte si, de la necesidad del involucramiento de las autoridades de facultades y carreras cuyo liderazgo es determinante para asegurar la actualización y la mejora de las metodologías y herramientas específicas que aportó ASSIST incluidos los ciclos rápido de mejora y los colaborativos que si bien en su lógica básica coincide con las

dinámicas que le son tradicionales a una institución verdaderamente comprometida con el desarrollo científico, se requieren liderazgos que los mantengan siempre en respuesta a demandas de cambio.

4.4.3 En el ámbito institucional más general: Desde una perspectiva político-institucional más general, la sostenibilidad de los logros alcanzados en el mejoramiento de la calidad de las acciones en VIH tanto de PrevenSida como por ASSIST, se vinculan a las posibilidades de sistematización del modelo consolidado para su replicación en nuevos escenarios ya sea orientados al modelo de atención integral y continuada ya validado como a sus ajustes en un escenario con cambios drásticos de paradigmas y estrategias, como parece ser el caso de la región centroamericana. Debe darse particular atención a la divulgación de los logros y virtudes del modelo que se ha configurado ya sea en el ámbito de la atención a poblaciones clave como en los centros de formación de personal de salud, que no solo perfila a los niveles de incidencia institucional, sino también a los ámbitos de nivel de rectoría y coordinación de la respuesta nacional ante el VIH. Cabe destacar que las universidades reconocen para la continuidad de las acciones en VIH, además, la posibilidad de una constante actualización en el tema y un vínculo con instituciones del Estado y ONG a nivel nacional e internacional y posibilidad de alianzas con otras universidades dentro y fuera del país, que permita cada vez tener puestas en común sobre el tema y garantizar una formación integral y actualizada, retomando las buenas prácticas que surgen cuando se trabaja en red.

5. CONCLUSIONES

Se constató que PrevenSida y ASSIST son proyectos que desde su inicio han mantenido una clara dinámica de cambio continuado que identifica fases de desarrollo en las cuales puede observarse la secuencia de los momentos de evaluación y ajuste que solo puede ser sostenido por un consistente componente de mejora continua de la calidad que de manera bastante eficaz identifica necesidades de ajuste a las directrices programáticas de PEPFAR, a los cambios del escenario nacional o del fortalecimiento de las propias organizaciones y universidades en sus contextos particulares.

Se implementó una propuesta de acción inédita en el país, que debía asociarse con un conjunto de organizaciones con debilidades gerenciales, algunas de reciente creación y sin experiencia en el trabajo a nivel comunitario y con población clave dispersa y “oculta”. Simultáneamente se abordó la configuración de las formas de entrega de servicios mientras se resolvían las amplias brechas en las capacidades institucionales capacitando y organizando los componentes gerenciales y administrativos. Son tres años de experimentación y aprendizaje que apuntalaron los mecanismos de monitoreo y evaluación que dinamizan el constante seguimiento y análisis para ir encauzando los procesos a fin de consolidar la red de organizaciones mientras superaban las barreras de acceso que el estigma genera. Paradójicamente culmina la fase con una rápida expansión en poblaciones, territorios y organizaciones subvencionadas, con un modelo de oferta que incrementa accesibilidad y un conjunto de organizaciones en creciente consolidación de sus estructuras gerenciales.

En los últimos dos años los proyectos se centraron en la calidad focalizada en la población clave, sus herramientas surgen y se perfeccionan en la marcha; el mapeo de sitios, los ciclos de mejora, el abordaje creciente del estigma y la violencia basada en género; configuran un conjunto de dinámicas que permiten abordar la fase de consolidación de un modelo de atención continuada que refuerza la atención a las PVIH e introduce nuevos instrumentos al componente de mejora de la calidad, que si bien culmina con una visualización articulada de los componentes; el cierre llega en medio de un proceso de consolidación no concluido pero dotado de las herramientas que proporcionan los PGC.

5.1 Cambios de calidad atribuibles al apoyo USAID

Interesa en este estudio hacer visible en primera instancia que en las tres fases anotadas subyace como eje dinamizador un proceso con claros momentos de producción de información que se contrasta con estándares que se van definiendo y que visibiliza instancias y mecanismos de incorporación de ajustes o de nuevas iniciativas. Producto de lo cual se hacen claros tránsitos e incorporaciones que son atribuibles al apoyo de USAID.

5.1.1 En prevención y atención: El mapeo de sitios, es un salto de calidad en la superación de barreras de acceso y focalización en población clave. Posibilita el tránsito de la expansión y atención dispersa a la focalización territorial y poblacional y de la cobertura de otras poblaciones (Jóvenes y mujeres en riesgo, Población Móvil, etc.) a cobertura predominante en PC y PVIH. Refleja la generación creciente de confianza en la PC por calidad en la prueba, llevada a la comunidad y focalizada en PC, la consejería implícita muestra mejoras ostensibles de la calidad al generar efectos en comportamientos. Se transitó del contacto promocional centrado en el condón a la consolidación del modelo de comunicación interpersonal en dialogo de pares y grupos pequeños para el cambio hacia comportamientos de protección, que según estudios realizados tienen demostrada eficacia. El proceso de reforzamiento de las acciones contra el E&D y VBG, ha constituido no solo un salto cualitativo en términos de abordar un grave problema de la PC y PVIH, sino también una oportunidad de aprendizaje y desarrollo de habilidades de dialogo y acompañamiento de parte de los promotores. La población atendida manifiesta

alto grado de satisfacción derivado de la percepción de atención más personalizada y cálida que genera más confianza que se percibe como más integral y solidaria a PC y PVIH.

Iniciativas como la encuesta de los estadios clínicos de la enfermedad y la vinculación a GAM y TAR, además de proporcionar un mayor acercamiento con PVIH facilitó la superación de la fragmentación de la atención prevención combinada, consejería y prueba voluntaria y atención a PVIH para perfilar su articulación en un modelo de atención integral y continuada. El continuo de la atención ya parece constituir un consistente eje que entrelaza la prevención y la atención con la prueba como enlace estratégico y el monitoreo de las brechas de adherencia como elemento dinamizador de las acciones.

La incorporación de la atención psicológica a PVIH y TF, ha constituido un hito de mejoramiento de la calidad, abordando de manera consistente un gran vacío de la atención previa que las modalidades de oferta de servicios precedentes no podían absorber, su mención reiterada por la población beneficiaria pone de manifiesto lo acertado de la iniciativa y la necesidad de evaluar más profundamente la experiencia para identificar formas de incorporar algunos de sus elementos en las modalidades de atención como el diálogo de pares y las sesiones de grupos.

5.1.2 En fortalecimiento del sector salud: Los evidentes logros del proceso de fortalecimiento institucional asumido por PrevenSida apuntalando las capacidades gerenciales, administrativas y de servicios ha derivado en la autosatisfacción de las organizaciones al reconocerse como colectivos competentes para la eficaz y mejor atención de la población beneficiaria y además de lograr el reconocimiento de otras instancias institucionales con las cuales participan en coordinación de la respuesta nacional o local de la epidemia así como con organismos de cooperación que identifican sus fortalezas. La formulación e inicio de la implementación del programa de gestión de calidad (PGC) visualiza una profundización del fortalecimiento.

ASSIST representa la visión holística y prospectiva del modelo de atención integral y continuada, no solo vista en la integración al final de la graduación de los profesionales, la dinámica de la incorporación del paquete pedagógico y de la atención brindada al estigma y discriminación ha llevado a los encuentros en los servicios y en actividades que facilitan la interacción. El proceso tiene similitudes con PrevenSida en los enfoques e instrumentos, pero claras diferencias en los escenarios y factores incidentes, pero son claras también sus transiciones e incorporaciones.

- De los objetivos centrados en conocimientos se ha incentivado la adopción del enfoque del desarrollo de las competencias vinculadas a las demandas de la situación de la epidemia en el país.
- De encontrar el tema de VIH fragmentado en asignaturas, se ha venido progresando hacia la configuración de una unidad pedagógica que articula diferentes asignaturas y es incorporado en los currículos.
- Partiendo de una alta prevalencia del rechazo y estigma a LGBTI y PVIH se registran evidencias de la alta relevancia que alcanza ahora el tema que se manifiesta como compromiso con el cambio hacia el respeto de los derechos y la igualdad.
- Ha sido muy evidente en la expresión de preferencias de los estudiantes y en las demandas de apoyo de docentes, la creciente valoración de las actividades docentes que además de ser participativas, propician formas creativas de hacer pedagogía y facilitan el encuentro de estudiantes con PC y PVIH, restringiendo el peso de la docencia magistral y vertical antes predominante.

5.1.3 En información estratégica: Los dos proyectos muestran incorporación de iniciativas de mejora de la calidad en la producción, procesamiento y utilización de información estratégica que han apuntalado los procesos de consolidación en las que se encuentran los modelos de atención y docencia que han implementado, entre ellos destacan:

- El RU que combinando capacitación, supervisión, flujo de reportes ha logrado desarrollar una cultura de gestión basada en evidencias, de forma que las organizaciones asumen como un elemento de

necesidad cotidiana el contar con datos que informen avances o desviaciones de acuerdo a lo esperado a fin de analizar y actuar oportunamente. El RU incluyó modificaciones sobre la marcha que se constituyeron en saltos cualitativos relevantes por las posibilidades de análisis que generaron, tales como la integración de los módulos de prevención y la prueba, la inclusión del registro de indicadores de resultados (comportamientos) y la encuesta de estadios clínicos en PVIH, que han permitido la realización de estudios de efectividad y la visualización más integral de la situación de los resultados y brechas en la adherencia a GAM y TAR.

- La incorporación de mediciones de cumplimiento de estándares, como es el caso del fortalecimiento institucional y de las encuestas CAP en estudiantes, que han permitido establecer líneas de base para comparar con seguimientos que visibilizan avances o estancamientos como resultado de las implementaciones.
- Iniciativas de desarrollo de la capacidad de organizaciones para producir información y trabajarla con base a método científico, como ha sido el caso de los estudios realizados sobre la atención psicológica, con el enfoque de IAP que demuestra las posibilidades de desarrollo en escenarios que se resumen de marcadas limitaciones por la escolaridad de los sujetos participantes.
- La integración en los programas de gestión de calidad de varios instrumentos de medición de situaciones de alta relevancia para las organizaciones como evaluación del desempeño, ambiente organizacional, parámetros de calidad institucional, satisfacción de usuarios, ha iniciado un amplio proceso de producción de información cuya sistematización representara un cambio de magnitud estratégica en la institucionalización de las organizaciones.

Existe un nivel notable de desconocimiento del comportamiento de la epidemia de VIH en los territorios en los que viven las poblaciones y actúan las organizaciones y universidades, esto limita generar procesos de comunicación basada en evidencias y que puedan evaluarse y planificar a partir del conocimiento situacional.

5.2 Métodos más eficaces

Como se ha evidenciado, las diferentes modalidades de atención han venido ajustándose y mejorando en su calidad en la medida en que se acumula experiencia y fundamentalmente en la medida en que los mecanismos de mejoramiento continuo de la calidad han detectado y corregido deficiencias en las realizaciones o han incorporado nuevos elementos o acciones que han ido progresivamente perfilando como los componentes del modelo de atención integral y continuada para la prevención y tratamiento del VIH.

En la población beneficiaria se identifican las actividades de atención individual o en grupos pequeños los que por su mayor posibilidad de comunicación interpersonal e interacción como los métodos que más facilitan la transferencia de conocimientos y desarrollo de nuevas actitudes y habilidades. Estudios previamente realizados corroboran esta apreciación destacando la educación de pares, las consejerías vinculadas a la prueba y a la lucha contra la VBG y E&D, como los que más efectivamente desarrollan nuevas actitudes y comportamientos de protección.

En las personas que son los proveedores directos de servicios o actividades docentes se privilegia la capacitación como el método más valorado para la transferencia de conocimiento, el desarrollo de habilidades y el mejoramiento de actitudes, sin embargo, son crecientemente mencionados la sesión de intercambio y evaluación en el caso de desarrollo de habilidades y mejorar actitudes. Fueron mencionados el acompañamiento en servicio y la evaluación de desempeño.

Promotores y directivas identifican los intercambios, los eventos evaluativos y el acompañamiento en servicio como las instancias en que se detectan las diferencias que ponen en evidencia “buenas prácticas” en los procesos de atención o en los procesos de realización de actividades propios de las organizaciones. Se señala que la replicación de las “buenas prácticas” requieren procesos de sensibilización y promoción de las propuestas de cambio, encontrando que los colaborativos de mejoramiento constituyen un escenario propicio para ello, pero su implementación requieren de mecanismos de sesiones de grupos que desarrollen los conceptos y habilidades

necesarias para la asimilación, los mecanismos del coaching son los más idóneos para la asesoría directa a las personas que inician la aplicación de una nueva modalidad de trabajo.

5.3 Aplicación de los principios de la igualdad de género.

En el contexto de la lucha contra el VIH y en el escenario de trabajo con poblaciones clave y de PVIH, la promoción de la igualdad de género y empoderamiento de la mujer, encuentra su mayor expresión en la lucha por el respeto de los derechos de la diversidad sexual, en contra de la violencia basada en género y contra el estigma y discriminación a la población LGBTI y PVIH.

PrevenSida incorporó estos componentes desde el inicio de su implementación, pero fue en su fase media que por evidencias de la marcha del proyecto intensificó la capacitación de los promotores de las organizaciones a fin de abordar y dar respuestas a una situación de vida que no solo representaba obstáculos de accesibilidad sino también en las posibilidades de desarrollar capacidades de protección en la población atendida, buena parte de ellas inmersas en condiciones de alta vulnerabilidad por la VBG o en las relaciones de poder propias de las condiciones del sexo comercial. De esta manera, el enfoque de género permea todas las actividades de atención promovidas en la oferta. Se incentivó la ampliación de cobertura con consejería específica con contenidos de derechos humanos y el manejo de situaciones de VBG o de discriminación, al punto de encontrar dos de las modalidades de atención que más reflejan la igualdad y la lucha contra las desigualdades como las que más grado de efectividad demuestran en la consecución de comportamientos de protección, tales como el diálogo de pares y la consejería de VBG y E&D, lo que refleja una gran atención a la calidad de estas acciones y sus resultados en empoderamiento de las PC.

La promoción de las alianzas por la igualdad de género, se han concretado en diversos momentos y eventos que periódicamente se promueven, un primer elemento destacado ha sido el apoyo brindado por PrevenSida a la formulación de los planes estratégicos para cada una de las poblaciones clave (HSH, TF, PVIH) que trascendió a las propias organizaciones subvencionadas para colocarse en el escenario global nacional de esa población y trascendió también más allá del propio VIH para colocarse en la dimensión de las perspectivas de vida más generales; desarrollando un instrumento crucial para la orientación de la gestión más social y frente al total de instituciones. Otras muestras de las alianzas son las efemérides y conmemoraciones (Día del Orgullo Gay, Día mundial de VIH, etc.) en la que de manera conjunta con todas las organizaciones involucradas se desarrollan marchas, encuentros, foros, etc. Eventualmente se promueve la participación en conjunto en procesos de incidencia n políticas y leyes que concretan la IG/ Empoderamiento de la Mujer (EM).

La IG constituyó el principal eje de apuntalamiento del proyecto ASSIST, dadas las condiciones de sensibilización y apertura que derivaron de los resultados de la 1ª encuesta CAP con estudiantes; además de incorporar un módulo de IG, VBG y E&D en el paquete pedagógico, se intensificó ese componente en la capacitación de docentes, facilitando la configuración de una nueva visión de los problemas de salud, en tanto se hizo ruptura con la limitada concepción biomédica para revalorizar las dimensiones humanas, sociales y culturales que el tema de VIH inevitablemente hace relevantes; de hecho el reconocimiento de altos niveles de discriminación por diversidad sexual y VIH en los propios centros formadores se proyecta como el “asunto pendiente” que da continuidad a procesos más allá del cierre del proyecto.

5.4 La sostenibilidad del Mejoramiento Continuo de la Calidad

El escenario en que se desarrolló la presente evaluación puso de manifiesto las reales posibilidades de que los logros alcanzados se sostengan y den continuidad a su consolidación en el tiempo. El escenario universitario muestra las mayores garantías de ello, en la medida en que no depende de financiamientos eventuales y cuenta con altos grados de consolidación de sus procesos gerenciales y de cultura pedagógica. Sin embargo, se pudo constatar que los elementos socioculturales expresados en la calidad y compromiso de los liderazgos son condicionantes de la sostenibilidad, en la medida en que pueden reducir la relevancia del tema de VIH o de las innovaciones pedagógicas que se han incorporado, e incluso pueden llegar a ser claros obstáculos como se

evidencio en dos centros formadores. En contraste, cuando las autoridades se comprometen y logran mantener el espíritu académico de mejoramiento continuo, se asegura claramente su permanencia. En el escenario de las organizaciones, se constató que, si bien la dimensión económica constituye un condicionante de gran relevancia, ha sido la naturaleza y vocación de las organizaciones los factores que más han incidido para encontrar:

- Las que son ONG cuya lógica predominante es la ejecución de proyectos y no tienen ni generan vínculos permanentes con las poblaciones atendidas, al momento de terminar la subvención, se descapitaliza todo lo logrado y no se encuentran ni los promotores ni posibilidades de convocatoria de las poblaciones.
- En contraste, las organizaciones que por su naturaleza comunitaria son asociaciones de las propias PC o de PVIH, a pesar de las dificultades del desfinanciamiento, las directivas y promotores se mantienen en actividad y vínculo con sus poblaciones, destacamos el rol que en estas organizaciones desarrollan los llamados “activistas” que aun en momentos de financiamiento han trabajado como enlaces de manera voluntaria y constituyen “nodos” de comunicación y convocatoria entre los equipos de las organizaciones y la población de base.
- Se diferenciaron de lo anterior, algunas organizaciones que, aun teniendo vínculos con sus poblaciones, los liderazgos no se manifiestan de manera clara o muestran permanente compromiso con ellas, se debilitan las dinámicas de comunicación y atención, que pueden llegar a la ausencia de capacidad de convocatoria, como fue el caso en el trabajo de campo de esta evaluación.

5.5 Lecciones aprendidas:

Sin lugar a dudas son innumerables los elementos que de los dos proyectos pueden mencionarse como lecciones aprendidas, en un prolífico escenario de realizaciones e innovaciones, a manera de inventario que destaca lo que consideramos más relevante, pero seguramente no exhaustivo, se mencionan:

En el fortalecimiento del sector salud: universidades y ONG

- El componente de MCC, es una garantía de logro de la efectividad en la consecución de los resultados y mantiene dinámicas motivadas y comprometidas con el cambio. En el caso de PrevenSida y ASSIST, se cuenta con el valor agregado de la amplia trayectoria de URC en mejoramiento de la calidad.
- Todos los procesos involucrados en el MCC, requieren de un claro compromiso de autoridades y liderazgos; las deficiencias en este sentido multiplican los obstáculos y promueven el dominio de las rutinas con reducción de toda motivación. La sostenibilidad requiere de manera imprescindible de este factor.
- Ajustar los procesos de capacitación para que respondan a capacidades y necesidades específicas. Esta lección se relativiza cuando es creciente la preferencia por las sesiones de intercambio y evaluación que puede desarrollarse de manera más autónoma por las propias organizaciones y universidades a diferencia de la capacitación que requiere de “agentes externos”.
- Las actividades que propicien el encuentro entre diferentes poblaciones contribuyen a la reducción del E&D, destacando las prácticas en servicio y eventos abiertos (ferias, foros, marchas) en las universidades, mientras que en las organizaciones que atienden PC y PVIH esto se representa en la diversificación de la cobertura, que de hecho le es propia a las PVIH (todos los géneros e identidades sexuales).
- La sistematización y validación de modelos de transferencia como la presentada por ASSIST, para la implementación del paquete pedagógico facilita y viabiliza la replicación de “buenas prácticas”

En prevención y cuidados comunitarios provistos por las ONG:

- La transversalización de la promoción de los derechos y la lucha contra la VBG y el E&D, constituye una necesidad de la lucha contra el VIH al acercar y personalizar el encuentro entre beneficiarios y proveedores potencializando los resultados.

- Los roles de enlace y comunicación que desarrollan los facilitadores de las ONG para mantener vínculos entre las organizaciones y las bases comunitarias, deben destacarse este aspecto y proyectarlo en la sistematización de las experiencias que se repliquen.
- Las actividades de servicios que incentiven la participación creativa y lúdica de las poblaciones beneficiarias, potencializan la transferencia de conocimientos, el desarrollo de habilidades y el mejoramiento de las actitudes.
- La integración de los servicios de atención psicológica a poblaciones clave y PVIH, que evidencia la necesidad de abordar a las personas en su dimensión humana e integral, al decir de algunas PVIH “nos vemos y nos valoran como personas”.
- Es posible explorar las posibilidades de sistematizar temáticas y modalidades de comunicación para incorporarlas en modalidades de trabajo como el diálogo de pares y las sesiones grupales.

En información estratégica para poblaciones clave

- La creación de bases de datos de información posibilita la visualización de diferencias y contrastes ya sea en referencia a estándares o entre poblaciones beneficiarios o entre implementadores, incentiva la reflexión y el diálogo con base a evidencias, desencadena dinámicas de interpretación de las brechas encontradas y la construcción de consensos sobre las acciones resolutivas.
- El desarrollo de capacidades de procesamiento y análisis de información fortalece los compromisos de las personas con los procesos de cambio, en la medida en que siempre se cuestiona la situación en base a evidencias e impide la gestión basada en rutinas.
- El mapeo de lugares de ligue: evidencian la necesidad de instrumentos que propicien disponer de información acerca de la dinámica de las poblaciones atendidas.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández C, Jarquín Y, & Ochoa, JF. Evaluación del desempeño del Programa Bilateral de VIH USAID Nicaragua. Managua.2015
2. Jarquín Y, Hernández C, Ochoa JF, Larios M. Evaluación del componente de capacitación del Programa USAID/VIH Nicaragua. 2016
3. Corriols M, Hernández C, Nuñez O, Wong Y, Arana R. HIV prevention among key population in Nicaragua: what works? En proceso de publicación...
4. Donabedian, A. (1984). La Calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación. Editorial La Prensa Médica Mexicana.
5. Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, N° 3, part 2, pp. 166-203, publicado nuevamente en junio 2005, Vol. 83, N° 4, pp. 691-729
6. Torres Maritza, Infocalser (<http://infocalser.blogspot.com/2011/10/>) modelo de calidad de la atención medica.html. Octubre 2011
7. USAID/Nicaragua (2007). Evaluación Programa de Salud. Editor 2007.
8. USAID Nicaragua, Evaluación de medio término del programa bilateral de VIH: 2007 - 2013, U.S. de la Agencia para el Desarrollo Internacional, Editor. 2014.
9. Marco de Cooperación para apoyar la implementación de la respuesta Regional de Centroamérica al VIH/ Sida entre el gobierno de los Estados Unidos y los gobiernos de Centroamérica (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá). Marzo 2010. Disponible en <http://www.pepfar.gov/documents/organization/139196.pdf>.
10. USAID|PrevenSida. Informe Anual de Proyecto FY2011. Nicaragua: PrevenSida; 2011.
11. Oficina del Inspector General. AID 2014. Auditoría del Programa de Prevención de VIH USAID/Nicaragua. 2014.
12. USAID PrevenSida. 2014. Evaluación del desempeño técnico del programa de prevención del VIH en poblaciones claves con fondos KPCF. Nicaragua 2014.
13. USAID/HCI. Informe final del período de asistencia técnica de USAID (QAP/HCI) en salud materna-infantil, planificación familiar y VIH/sida (2000-2013) Nicaragua 2013.
14. USAID/ PrevenSida Informe anual de Proyecto FY2014. Nicaragua: PrevenSida; 2014
15. USAID/PrevenSida. Informe anual de Proyecto FY2015. Nicaragua: PrevenSida; 2015
16. PEPFAR. Monitoring, Evaluation, and Reporting Indicator Reference Guide. Marzo 2015
17. Política equidad de género USAID
18. USAID/PREVENSIDA Capacidades institucionales y técnicas de las organizaciones de la sociedad civil que son de la comunidad LGBT Línea de base. Managua, Nicaragua. Octubre 2013.
19. PEPFAR. Guía del Programa para la Integración de la Prevención de la violencia de género y la respuesta en los programas de PEPFAR (http://www.aidstar-one.com/focus_areas/gender/resources/pepfar_gbv_program_guide)
20. PEPFAR. Monitoring, Evaluation, and Reporting Indicator Reference Guide. Marzo 2015
21. PEPFAR, USAID/PrevenSida. Evaluation Report. Effectiveness and efficiency of the USAID PrevenSida Project in Nicaragua. 2015
22. PEPFAR, USAID/PrevenSida. Evaluación de la articulación de las ONG que representan a las poblaciones claves y personas con VIH en la respuesta nacional al VIH. Nicaragua, 2015
23. USAID. Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud. Paquete Pedagógico para desarrollo de competencias de los recursos humanos en salud en la atención de planificación familiar, materno-infantil y

- VIH y sida. Diseños metodológicos para la formación de recursos humanos en mejoramiento continuo de la calidad y en VIH/sida. Nicaragua. 2012.
24. USAID. Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud. Paquete Pedagógico para desarrollo de competencias de los recursos humanos en salud en la atención de planificación familiar, materno-infantil y VIH y sida. Diseños metodológicos para la formación de recursos humanos en mejoramiento continuo de la calidad y en salud infantil. Nicaragua. 2012.
 25. USAID. Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud. Paquete Pedagógico para desarrollo de competencias de los recursos humanos en salud en la atención de planificación familiar, materno-infantil y VIH y sida. Diseños metodológicos para la formación de recursos humanos en mejoramiento continuo de la calidad y en planificación familiar. Nicaragua. 2012.
 26. USAID. Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud. Paquete Pedagógico para desarrollo de competencias de los recursos humanos en salud en la atención de planificación familiar, materno-infantil y VIH y sida. Diseños metodológicos para la formación de recursos humanos en mejoramiento continuo de la calidad y en salud materna. Nicaragua. 2012.
 27. Programas de gestión de la calidad (PGC) de 7 OSC subvencionadas por PrevenSida.
 28. USAID, HCI. Task Order I. Nicaragua/Third Year Work Plan. 2009
 29. USAID, HCI. Task Order I. Nicaragua/Third Year Work Plan. 2010-2011
 30. USAID. HCI. Annual Project Report. 2009-2010.
 31. USAID. HCI. Annual Project Report. 2010-2011
 32. USAID. HCI. Annual Project Report. 2011-2012.
 33. PEPFAR, USAID, ASSIST Project. Scope of Work. Performance Period: October 2013-September 2014.
 34. PEPFAR, USAID, ASSIST Project. Scope of Work. Performance Period: October 2014-September 2015.
 35. PEPFAR, USAID, ASSIST Project. Scope of Work. Performance Period: October 2015-September 2016.
 36. Sistematización del proceso de incorporación del paquete pedagógico sobre VIH en 9 universidades de Nicaragua. Proyecto USAID/ASSIST. 2016

7. ANEXOS

Anexo N° I. Términos de Referencia

STATEMENT OF WORK

FINAL PERFORMANCE EVALUATION OF THE USAID NICARAGUA HIV QUALITY IMPROVEMENT COMPONENTS IN PREVENSIDA AND ASSIST ACTIVITIES

I. Background

HIV epidemic in Nicaragua¹

With only 0.2 percent of the adult population estimated to be HIV positive, Nicaragua has one of the lowest HIV prevalence rates in Central America. HIV was first detected in Nicaragua in 1987. According to Nicaragua's Ministry of Health (MOH), by 2016, there were 12,164 reported cumulative cases of HIV positive individuals; of them, 10,894 are alive and 3885 under treatment. HIV prevalence among transgender women and men who have sex with men (MSM) are significantly higher (18.7% and 9.3 percent) than among sex workers (1.1 to 1.9 percent) or the general population (0.2 percent). In 2016, incidence and prevalence rate were estimated at 23/100,000 and 24/100,000 respectively.

USAID's HIV/AIDS program²

Since 1998, USAID/Nicaragua has been implementing HIV activities with bilateral funding, which came directly from the Mission's annual budget. Initially there were only regional projects, but since 2003, some specific activities were included in the health portfolio (PrevenSida, Famisalud, Alianzas 2, HCI/ASSIST and Deliver). In addition to those bilaterally-funded projects, the USAID HIV Regional Program has also been implementing several projects (PASMO, PASCA, SCMS and Capacity), contributing to the implementation of the USAID Nicaragua HIV cooperation strategy, including a strong component of health services quality improvement (QI). The program is transitioning to a regional platform and all the bilateral projects are ending (Deliver in July 2016, ASSIST in December 2016 and PrevenSida close-out is planned for December 2017).

Partnership Framework between USG and Central America³

With PEPFAR-2 funding, the Partnership Framework (PF) between the USG and Central America Governments was a five-year plan (2010-2014) that outlined the priority areas for HIV programming in which the participating partners, including host governments, national and regional organizations, the USG, and other major donors dedicated their efforts and resources. The overall purpose of the PF was to reduce HIV/AIDS incidence and prevalence in key population (KP) in the Central American region by joining resources and coordinating initiatives that enabled a robust and more effective response to the region's epidemic. The PF addressed four major gaps in HIV programming in the areas of prevention, health system strengthening, strategic information and policy environment. Table 2 shows the HIV strategic approach implemented in Nicaragua, and how the quality component is a cross cutting issue.

¹ Ministry of Health, Nicaragua, 2016

² http://transition.usaid.gov/our_work/global_health/aids/News/hiv_fastfacts.pdf

³ Partnership Framework in Central America 2010-2015: http://www.pepfar.gov/countries/frameworks/central_america/index.

Table 2 HIV program in Nicaragua under the Central America Partnership Framework (2010-2016)⁴

Component	Problem addressed	Objectives	Strategic interventions/ Key activities	Implementing Partners/Projects
Prevention	Insufficient coverage of primary and secondary preventive services for key populations	To increase healthy behaviors among key populations to reduce HIV transmission	Develop and implement innovative cost effective, context appropriate and evidence based preventive interventions. Improve the screening, diagnosis and treatment of STIs. Expand access to VCT services for key populations at all levels	PSI/PASMO: HIV Regional combined prevention URC: PrevenSida
Health System Strengthening	Dependence on external aid Institutional weaknesses ARV/rapid tests stockouts	To build capacity in service delivery, health work force and essential medical products	Strengthen institutional capacity to improve and expand HIV/AIDS quality service delivery to key populations, including laboratories. Develop methodologies and implement activities to improve institutional and human resource capacity to respond effectively to the HIV/AIDS epidemic among key populations. Strengthen the commodities and supply chain management systems to ensure minimum stock-outs, delays and increased coverage	URC: PrevenSida URC: Health Care Improvement and ASSIST JSI: Deliver (closed) SCMS Regional (closed)
Strategic information	Insufficient use of information. Insufficient knowledge of key populations. Lack of effective register system.	To build the capacity to monitor and use information that enhances understanding of the epidemic and enables appropriate actions to be taken	Strengthen M&E by promoting the use of data for decision making. Support the development of sustainable and harmonized information systems including new approaches suitable to concentrated epidemics. Strengthen the collection, analysis, interpretation, and dissemination of data to characterize the epidemic focusing on high-risk and vulnerable populations.	Futures Group: HIV Regional PASCA URC: PrevenSida PSI/PASMO: HIV Regional combined prevention JSI: Deliver (closed)
Policy Environment	Limited GON funding. Stigma and discrimination. Gender inequities. Insufficient participation from other sectors (other GON, private sector, NGOs)	To improve the policy environment for reaching the ultimate goal of Universal access to HIV/AIDS services	Support the development and implementation of policies with multisectoral involvement to reduce stigma and discrimination (related to sexual orientation, sexual identity, HIV status, occupation and other), gender based violence and gender inequities. Strengthen the design, management and implementation of GF HIV grants. Promote multisectoral involvement and CSO capacity to effectively participate in strategic planning, policy design, implementation and monitoring.	Futures Group: PASCA URC: PrevenSida

⁴ Partnership Framework in Central America 2010-2015: http://www.pepfar.gov/countries/frameworks/central_america/index.htm

Currently, to reach the overall goal of sustainable epidemic control in the region, the PEPFAR 3 Central America Regional (CAR) program focus on achieving three strategic outcomes: 1) Improve sustainability and financing of the national HIV responses across Central America; 2) Improve availability, accessibility and quality of HIV services for key populations (KP) including the reduction of stigma and discrimination; and 3) Expand the availability of HIV services by supporting systems and policies for Test and Start and Viral Load (VL) testing. PEPFAR CAR will optimize impact by drawing upon areas of synergy between regional, national and site level programs and activities.

PrevenSida project' capacity building component with local NGOs (2010-2017)

The PrevenSida project (HIV prevention among KP in Nicaragua) is implemented by University Research Co., LLC (URC). It is supported by the United States Agency for International Development (USAID) with the U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) funds. It has four expected results: strengthening KP's Non-Governmental Organizations (NGO), providing prevention and care services, reducing stigma and discrimination, and increasing the NGO's participation in the national response. The NGOs, after a period of two years of formal training and in-site support in managerial, administrative, and technical aspects for the service provision, are ready to provide HIV services. They offer prevention services including: HTC, BCC, condoms and lubricants provision, and assessment and referral for other services: diagnosis and treatment of sexually transmitted infections (STI), family planning (FP), alcoholism and drug addiction, and community support groups. The offer also includes structural activities to reduce stigma and discrimination, and gender-based violence (GBV). People with positive tests are referred to public health units for confirmation and to link up with care and treatment according to the country's HIV care and treatment guidelines.

The project was design to increase the ability of NGOs working in prevention with KP to improve their organizational systems and management processes in order to have an even greater impact in their prevention efforts. By working initially with at least 20 NGOs (increased to 50 with the project extension) providing HIV prevention services to MARPS in Nicaragua, they were expected to enable the NGOs to continue and expand their prevention efforts focused on KP, enhancing their institutional capacity and providing them with the tools needed to have stronger impact, and to further develop and maintain internal sustainability.

Based on the USAID Health Care Improvement Project (HCI)'s previous experience, in order to achieve the outcomes in the PrevenSida project, modern continuous quality improvement approaches were applied to overcome the common barriers in organizations' management and preventive services provision even in a difficult social context, in weak health systems and in NGOs facing severe limitations of human and material resources. Each improvement collaborative addressed two sets of aims: Improving managerial capabilities and improving access to quality preventive services.

ASSIST project' capacity building component at Universities (2013-2016)

The Health Care Improvement (HCI) route (2006-2012): The transfer of skills to universities was identified as the continuation of the process that was initially carried out with MOH in 2000-2013, capitalized by the HCI project²¹, with the objective of strengthening the competences of health

workers in the mother-child health, family planning and HIV/AIDS components. The knowledge and skills transfer process in the universities took up again the good practices and lessons learned from the technical assistance with in-service health workers. Standing out among the good practices with MOH is the development of a pedagogical package, a management package, and methodological tools for improving staff competencies, strengthening institutions, and contributing to the sustainability of the processes. This process was developed with nine universities: POLISAL, UNAN-León, BICU, URACCAN, UPOLI, UCAN, UNICIT, UNAN- Managua and FAREM Matagalpa. The first stage of technical assistance in the universities implied reviewing teaching methodologies of contents in the curriculum of the medicine and nursing education programs, which implied teacher training (in-service trained health workers) and student classes (new workers in pre-service training) until 2013.

ASSIST implemented HIV activities aiming to a) strengthen universities' capacities to provide HIV pre-service training for medical and nursing students (especially new treatment guidelines, reducing stigma and discrimination, gender and prevention of trafficking in people) and b) Promoting the continuous of quality improvement (QI) of teaching with emphasis on the adoption of QI methodologies.

ASSIST developed continuous quality improvement processes to adjust the curriculums of the subjects. The transfer process to the universities envisaged three lines of action: transfer of the pedagogical kit, selection of contents to be integrated in the curriculum, study plans or syllabus, according to the education curriculum of each university and career, and the implementation of a continuous quality improvement methodology and knowledge management. Continuous quality improvement has been promoted through visits to the universities and the implementation of rapid improvement cycles in teaching/learning. In this capacity-building process, teachers have been trained to teach HIV care protocols, reduction of stigma and discrimination, gender approach, trafficking in persons, and knowledge management. The participation of ASSIST in capacity-building was also relevant for designing and implementing a quality management program in three organizations that work with key populations and the LGBTI community.

II. Scope

USAID/Nicaragua is seeking quotations to provide a consultancy for a final performance evaluation of the HIV Quality Improvement components of the PREVENSIDA and ASSIST activities, both implemented by URC. The contractor will be required to answer all evaluation questions listed under Section III below.

The contractor must provide the following deliverables within the terms defined by the contract:

- Detailed evaluation design to be submitted with the proposal
- In-brief and out-brief preliminary findings with the USAID Nicaragua management and staff
- Draft report to be submitted within seven (7) working days of completing the out brief with USAID
- Final evaluation report in accordance with the USAID Reporting Guidelines

The time frame to be covered by the evaluation is from the start of each activity through the initiation of this evaluation.

	PrevenSida	ASSIST
Activity numbers	Cooperative Agreement No. AID-524-A-10-00003	
Activity dates:	Sept 20 2010 to Dec 30 2017	2013-2016
Activity funding	\$8,565,540	\$650,000
Implementing organization	URC	
AOR's Representative	Marianela Corriols, USAID N	Jim Heiby, USAID W
M&E Specialist	Marcela Villagra	
Office Chief	Angela Cardenas	

III. Purpose

The purpose of the study is to evaluate the performance of PREVENSIDA and ASSIST's quality improvement component, implemented by URC in Nicaragua, and to provide recommendations for future activities.

The results of the evaluation will be used by USAID/Nicaragua to improve future activities design and to share best practices with other countries in Central America. The audience of the evaluation will be USAID/Nicaragua and Regional and in particular the Office of General Development and the HIV Regional Program. The results of the study will also be shared with local stakeholders, counterparts and beneficiaries. Finally, the evaluation results will be used for reporting purposes to regional stakeholders.

IV. Evaluation questions

The evaluation findings must be supported by evidence. The contractor must answer the following questions in the evaluation related to the implementation of the quality improvement component in the PrevenSida and ASSIST activities.

General:

1. What were the changes that occurred in the quality of HIV services provided in each activity directly attributable to USAID support?
2. What were the most effective methods of knowledge transfer, improvement of attitudes and adoption of best practices in each component?
3. How the USAID's gender equality guiding principles were incorporated in the QI component?⁵

⁵ USAID Gender Equality and Female Empowerment Policy
https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1865/GenderEqualityPolicy_0.pdf

4. How sustainable the quality improvement programs are?
5. What lessons can be learned and shared with other counterparts and countries?

V. Evaluation Methods

The evaluation design will be submitted by the contractor in response to the solicitation and reviewed by USAID. The finalized evaluation design must be submitted five days after the signing of the contract. The evaluation design must outline in detail what methods the contractor will use to prepare answers for each evaluation question. It must include a detailed evaluation matrix (including the key questions, methods, data sources and analysis plan used to address each question), draft questionnaires, validation and dissemination plan. The methodology section should address strengths and weakness –if any- of the proposal, and how the later will be mitigated. This information will be discussed during the in-brief meeting with USAID. The design will be shared with the implementing mechanisms and local counterparts (civil society organizations and universities). The work plan must include the anticipated schedule and logistical arrangements and delineate the roles and responsibilities of the evaluation team' members.

VI. Evaluation team

The evaluation must be conducted by a team composed by one international and two local experts. The contractor has to demonstrate that the proposed team members have sufficient expertise to carry out the task to a high standard. The contractor must justify and explain the proposed team configuration and distribution of roles among team members. The Team Leader must have justifiable experience of at least seven years conducting evaluations and assessments in the HIV and quality improvement technical area, including improvement cycles, quality assessments, and quality improvement programs. Experience with CSO's and universities will be an advantage. The expert should have a master's level education or higher in the field of health, quality improvement or other relevant field. Experience in Nicaragua and the Central America Region is required. The team leader will be responsible for the day to day management of the team, data collection and synthesis, presentations, and draft and interim/final report preparation.

The Evaluation Expert must have a demonstrated experience in planning and conducting evaluations using qualitative and quantitative data collection and analysis methodologies, preferable (not required) in the health sector. The Evaluation Expert could be based in a third country and help the team with the evaluation design (methodologies and limitations in particular), at least one week of in country site visits and report writing.

A second locally-hired expert must have demonstrated experience (of at least three evaluations) in HIV projects in Nicaragua, particularly among key populations. Experience of participating as a team member in conducting USAID or other donor-funded activity assessments/evaluations will be an advantage.

Fluency in Spanish language is a requirement for all team members. One of the experts should have demonstrated expertise in gender-related issues.

The contractor must provide information about the selected evaluation team members including their CVs and explain how they meet the requirements set forth in the evaluation SOW. All evaluation team members must be familiar with USAID's Evaluation Policy and Automated Directive System Chapter 201 (ADS updated in 2016).

All team members are required to provide to USAID a signed statement attesting to a lack of conflict of interest in relation to the activities being evaluated. USAID may request an interview with any of the proposed evaluation team member/s via conference call/Skype or any other means available.

VII. Activity Documents for Review and Logistics

The AOR, through the General Development Office, will put the contractor in contact with its implementing partner and may provide help with organizing a small number of internal USAID meetings, if needed. Relevant reports and other activity documentation will be provided by the Mission to the contractor. These documents include:

- Activity Description as is stated in the award;
- Implementing partners Quarterly Reports;
- Initial list of in-country contacts;
- Activity results framework;
- Performance Management Plan indicator tables;
- M&E plans submitted and approved by USAID;
- Other deliverables (expert reports, publications) produced by partner.

The contractor will conduct most of the meetings in Managua. Some meetings will require traveling to regions outside Managua, such as Leon, Mateare, Matagalpa, RACCN and RACCS.

VIII. Deliverables

I. Detailed performance evaluation design and the work plan. Within five (5) days after signing, the contractor must present a design plan and a work plan. The research design must be an integral part of the proposal, and must explain in details methods and methodologies that will be used to collect required information to get answers for each evaluation question. The work plan must include the anticipated schedule and logistical arrangements and delineate the roles and responsibilities of members of the evaluation team.

2. In brief with the mission: This will be a presentation of how the questions asked in SOW will be answered. Prior to in brief research teams may have working meetings with USAID to agree at the details of the design.

3. Outline of the report and Out brief: After the field visits are completed, the contractor must present an outline of the evaluation report with general findings, analysis, conclusions, and anticipated recommendations. Prior to out brief research team may have working meetings with USAID to agree all the details of the report.

4.Draft Report: The contractor must submit a draft report within seven (7) working days of completing the out brief with USAID. This document should explicitly respond to the requirements of the SOW, should answer the evaluation questions, be logically structured, and adhere to the standards of the USAID Evaluation Policy and the criteria to ensure the quality of the evaluation report.

5.Final Report: The contractor must incorporate USAID's comments and submit the final report to USAID Nicaragua within five (5) working days following receipt of comments on the draft report. Final evaluation report should follow USAID's template, and should not exceed 25 pages, excluding executive summary and annexes. The contractor will make the final evaluation reports publicly available through the Development Experience Clearinghouse at <http://dec.usaid.gov> within 30 calendar days of final approval of the formatted report with USAID consent. In case it is determined that the full report includes sensitive information, the contractor will produce a revised/sanitized version and will submit it to the DEC.

The evaluation final report should include an executive summary, introduction, background of the local context and the activities being evaluated, the main evaluation questions, the methodology, the limitations to the evaluation, findings, conclusions, and recommendations and lessons learned. The executive summary should be 3-5 pages in length and summarize the purpose, background of the activity being evaluated, main evaluation questions, methods, findings, conclusions, and recommendations and lessons learned.

The evaluation methodology shall be explained in the report in detail. Limitations to the evaluation shall be disclosed in the report, with particular attention to the limitations associated with the evaluation methodology (e.g., selection bias, recall bias, unobservable differences between comparator groups, etc.) In the background section, it is expected to include the following aspects: management approach to improve and maintain quality that emphasized internally driven and continuous assessment of potential causes of quality defects; activities that contributed to the design, assessment, and monitoring of standards and that improve quality of service delivery, client satisfaction and effective utilization and actions aimed to avoid quality reduction and course correction.

The annexes to the report shall include:

- The Evaluation Scope of Work
- Any "statements of differences" regarding significant unresolved difference of opinion by funders, implementers, and/or members of the evaluation team
- All tools used in conducting the evaluation, such as questionnaires, checklists, and discussion guides
- Sources of information, properly identified and listed
- Disclosure of conflicts of interest forms for all evaluation team members, either attesting to a lack of conflict of interest or describing existing conflict of interest.

6.All records from the evaluation. All quantitative data collected by the evaluation team must be provided in an electronic file in easily readable format agreed upon with USAID. The data should be organized and fully documented for use by those not fully familiar with the activity or the evaluation. USAID will retain ownership of the survey and all datasets developed.

IX Duration

The consultancy will have a chronological period of three months from the first of June of 2017.

X Estimated level of effort

Activities	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
1. Fase de organización												
Reuniones de coordinación	0.5		0.5			0.5		0.5				
Revisión documental y bibliográfica	2											
Elaboración de plan de trabajo	1											
Elaboración de propuesta metodológica detallada,	1.5											
Presentación de PT /PM (1er producto)												
Diseño de herramientas y guías		3										
Validación de herramientas local en Managua		1										
Ajuste a herramientas			1									
2. Fase de Campo												
Visitas a universidades			2	5	2							
Visitas a ONGs			2	5	2							
3. Fase de análisis y redacción												
Análisis de los datos					1	2						
Elaboración del resumen de hallazgos y presentación a USAID						2.5						
Elaboración del primer borrador de informe final							5					
4. Validación												
Ajustes al primer borrador								1				
Taller de validación externa								1				
Elaboración de informe final en español								3				
Traducción de informe final al inglés												

XI Application Submission Process

If you decide to submit an application, it should be received by the closing date and time indicated via e-mail attachment at cwong@urc-chs.com to the attention of Dr. Yudy Wong. Electronic technical and cost applications must be submitted on separate documents by the established date and time. The language for this Request for Application (RA) can be: Language: English or Spanish

Any questions concerning this RFA must be submitted in writing to onunez@urc-chs.com to the attention: Oscar Nuñez

DEADLINE FOR APPLICATIONS

All applications must be submitted by 04:00pm, May 18, 2017. Via email at cwong@urc-chs.com to the attention of Dr. Yudy Wong.

Documents to submit.

- Letter of interest, confirming immediate availability
- Curriculum vitae of each member of the evaluation team
- Technical and financial offer in US dollars separately.

XII List of acronyms

ACRONYMS

AIDS	Acquired Immuno- Deficiency Syndrome
ALLIANCES 2	USAID project on public-private alliances for health and education
ADRA	Adventist Development and Relief Agency
ARV	Antiretroviral
BCC	Behavior Change Communication
CONSIDA	Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA [<i>National HIV Commission</i>]
DELIVER	USAID Project on logistics implemented by JSI
ENDESA	Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud [<i>Nicaraguan Demographic and Health Survey</i>]
FAMISALUD	Familias Unidas por Su Salud [<i>Families United for Health</i>]
GF	Global Fund
GON	Government of Nicaragua
HCI	Health Care Improvement Project
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSS	Health System Strengthening
IRH	Institute for Reproductive Health
INIDE	Instituto Nicaragüense de Información para el Desarrollo. [<i>National Institute for Development Information</i>]
INSS	Nicaragua's Social Security Institute [<i>Instituto Nicaragüense de Seguridad Social</i>]
MOH	Ministry of Health
NICASALUD	Nicaraguan Federation of 28 NGOs working on health
NGO	Non-Governmental Organization
PASCA	USAID HIV Regional Project on policies
PASMO	NGO working on HIV, FP and condom social marketing
PF	Partnership Framework
PEPFAR	President's Emergency Plan For AIDS Relief
PMTCT	Preventing mother to child transmission
SILAIS	Local Systems for integrated health care [<i>Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud</i>]
SOAG	Strategic Objective Agreement
S&D	Stigma and discrimination
VCT	Voluntary Counseling and Testing
USAID	United States Agency for International Development
USG	United States Government

Anexo N° 2. Matriz de operacionalización de preguntas directivas de la Evaluación

Variables derivadas de preguntas evaluativas	Variable Operacional	Valores / Escala	Indicador	Definición operacional	Fuente y metodo de información
P1. Que cambios ocurridos en la calidad de los servicios pueden ser atribuidos al apoyo directo de USAID?					
Hay cambios significativos en los indicadores de resultado que puedan ser atribuibles a las actividades de de los proyectos PrevenSida o ASSIST?	Hay cambios de comportamientos de riesgo protección que otros proveedores	Cuantitativa/continua	Tasa de prevalencia de personas con comportamientos de protección	Diferencia en tasas es estadísticamente significativa	Estudio Place/PrevenSida,
	Mayor adherencia a TAR y tasa de PVIH en supresión vírica	Cuantitativa/Discontinua	Tasa de prevalencia de PVIH en adherencia TAR y en "supresión vírica"	Diferencia estadísticamente significativa	Encuesta PVIH/RU/PrevenSida
	Mayor desarrollo de competencias en estudiantes Vs otras asignaturas/temas	Cualitativa / discontinua	Estudiantes que cumplen parametros de competencias de su perfil profesional	Diferencias en prevalencia de estudiantes aprobados y cumplen mas del XX% de competencias	Evaluacion de estudiantes Listas de chequeo universidades
Se han dado cambios en los servicios de atención en la red de PrevenSida o en las actividades docentes sobre VIH que ha apoyado ASSIST?	Cambios en marco normativo tales como: protocolos vigentes; normas de atención, Curriculums, planes de estudio, organización de clases	Cualitativa / discontinua	Existencia y explicación de cambios .Resultados de ajustes realizados en el período	Ha habido cambios (Si/No), en qué? por qué? Ha habido cambio en resultados (comportamientos)?	Entrevista a equipo URC y de OSC, entrevistas y GF con promotores de ONG
	En la forma de realizar las actividades (relaciones interpersonales proveedor/beneficiario, Docente/estudiantes, participación, uso de tecnologías, modalidades)	Cualitativa / discontinua	Existencia y explicación de cambios .Resultados de ajustes realizados en el período	Ha habido cambios (Si/No), en qué? por qué? Se vinculan con cambios en los resultados (comportamientos / competencias)?	Entrevista a Directivas OSC/UNI; entrevistas y GF con promotores/Docentes; encuesta/GF con beneficiarios (PC, PVIH, Est)
	Cambio en los sitios y ambientes de realización (mapeo, planes, utilización de información producida,				
	Ajustes del Curriculum y plan de estudios; razones y resultados de ajustes realizados en el período (vinculación de políticas y programas nacionales de salud en VIH; mecanismos de actualización científica y tecnológica en temas de VIH,	Cualitativa / discontinua	Existencia y explicación de cambios en Curriculum, plan de estudios o enfoques pedagógicos	Ha habido cambios (Si/No), en qué? por qué? Ha habido cambio en resultados (competencias)?	Entrevista a equipo URC, directivas de Univ/OSC y Docentes universitarios
Se verifican cambios en las capacidades gerenciales de las organizaciones de las organizaciones y de las carreras vinculadas a los apoyos de los proyectos USAID?	Comunicación interpersonal, (diálogo/participación), Nivel de confianza/satisfacción de beneficiarios; razones de cambio/no cambio en beneficiarios de poblaciones clave	Cualitativa / discontinua	Existencia y explicación de cambios en modalidades de atención.	Ha habido cambios (Si/No), en qué? por qué? Ha habido cambio en resultados (comportamientos)? O en el nivel de satisfacción de beneficiarios/as	Entrevista a equipo PrevenSida, directivas y promotores de OSC, población clave atendida
	Innovación y ajustes en metodologías e instrumentos pedagógicos, evaluación de docentes, Comunicación interpersonal, (diálogo/participación), Nivel de confianza/satisfacción de beneficiarios; razones de cambio/no cambio en	Cualitativa / discontinua	Existencia y explicación de cambios en metodologías pedagógicas o en instrumentos didácticos.	Ha habido cambios (Si/No), en qué? por qué? Ha habido cambio en resultados (competencias)? O en el nivel de satisfacción de estudiantes	Entrevista a equipo ASSIST y directivas universitarias. Entrevistas y GF con docentes y estudiantes

Matriz de operacionalización de preguntas directivas de la Evaluación

Variables derivadas de preguntas evaluativas	Variable Operacional	Valores / Escala	Indicador	Definición operacional	Fuente de información
P1. Que cambios ocurridos en la calidad de los servicios pueden ser atribuidos al apoyo directo de USAID?					
Se han creado, mejorado o consolidado capacidades de producción de información y gestión del conocimiento vinculadas a los apoyos de los proyectos USAID?	Lugares (acceso, privacidad, comodidad, etc), vinculacion familiar, de grupo, de comunidad; articulacion con servicios complementarios	Cualitativa / discontinua	Existencia y explicación de cambios en sitios, ambientes y condiciones en que se brinda la atención.	Ha habido cambios (Si/No), en qué? por qué? Ha habido cambio en resultados (comportamientos)? O en nivel de satisfaccion de PC	Entrevista a equipo PrevenSida y directivas OSC. Entrevistas y GF con promotores y población clave atendida
	Diseño y desarrollo de practicas en servicio, integracion de estudiantes en provision de servicios, desarrollo de docencia practica en servicios	Cualitativa / discontinua	Existencia y explicación de cambios en metodologias aprendizaje práctico en servicio. Nivel de satisfaccion de estudiantes	Ha habido cambios (Si/No), en qué? por qué? Ha habido cambio en resultados (competencias)? O en el nivel de satisfaccion de estudiantes	Entrevista a equipo ASSIST y directivas universitarios. Entrevistas y GF con docentes y estudiantes
Existen innovaciones en el sistema de monitoreo y evaluación del desempeño y aceptabilidad de la atención?	Se han establecido parámetros, responsabilidades y procedimientos de evaluación de la atención	Cualitativa / discontinua	Existencia/cambios de sistema de evaluacion de la atención	Existencia y funcionamiento de procedimientos sistemáticos de evaluación	Entrevistas a directivas (OSC, UNI), Entrevistas y GF a Proveedores (Pom, Doc)
	Se ha creado algun sistema de registro continuo de las personas, actividades y resultados de la atención/Docencia	Cualitativa / discontinua	Existencia/cambios de sistema de información para la evaluacion de la atención	Ha habido cambios (Si/No), en qué? por qué?	Entrevistas a directivas (OSC, UNI), Entrevistas y GF a Proveedores (Pom, Doc)
	Se analiza colectivamente la información de manera periodica y sistematica	Cualitativa / discontinua	Periodicidad y productos de sesiones colectivas para la evaluacion de la atención	Frecuencia, participación, problemas analizados, decisiones adoptadas	Revision documental, Entrevistas a personal de Univ y de OSC
	Las personas beneficiarias (población clave y estudiantes) participan regularmente en eventos de evaluacion	Cualitativa / discontinua	Participación e incidencia de PC y estudiantes en evaluacion de la atención	Frecuencia de la participación, satisfacción con incidencia (son tenidos/as en cuenta)	Entrevistas a población clave y estudiantes
	Se mantiene un mecanismo de seguimiento de las recomendaciones y compromisos adoptados como producto de la evaluacion	Cualitativa / discontinua	Grado de implementación de decisiones sobre ajustes en la atencion que han sido adoptadas	Proporción de decisiones según grado de implementación (Total, parcial, en proceso, nula)	Revision documengal y Entrevistas a personal de Univ y de OSC
Existen innovaciones en apoyo a fortalecer la incidencia y participación de las poblaciones beneficiarias y de Docentes/estudiantes en decisiones de política pública que inciden en la respuesta nacional o local al VIH?	Realizacion de estudios especiales que aportan conocimiento de situacion de la atención preventiva a PC, a PVIH o de la docencia universitaria en VIH	Cualitativa / discontinua	Numero y relevancia de estudios realizados sobre calidad de servicios o docencia	Verificacion y valoración de divulgación y utilización de estudios realizado	Entrevistas a equipo USAID/URC, Entrevistas a directivas de universidades y OSC, Entrevistas a instancias de la coordinacion de la respuesta nacional
	Desarrollo de ´procesos especiales de formulación de politicas, planes que facilitan la incidencia en los entornos sociales o institucionales	Cualitativa / discontinua	Nº y relevancia de productos y eventos de incidencia en calidad de servicios o docencia	Verificacion y valoración de productos o eventos de incidencia	
	Desarrollo de procesos de asistencia para mejorar la participación de las OSC o universidades en ámbitos de decisión nacional o local de la respuesta al VIH.	Cualitativa / discontinua	OSC y universidades que participan e inciden en decisiones locales o nacionales frente al VIH	Valoracion de la participación (eventual, sistematica) y de la incidencia (Limitada/ notoria/ muy relevante)	

Matriz de operacionalización de preguntas directivas de la Evaluación

Variables derivadas de preguntas evaluativas	Variable Operacional	Valores / Escala	Indicador	Definición operacional	Fuente de información
P2. Que metodos son mas efectivos para: Trasnferrir conocimiento, Mejorar actitudes, Adopción de "mejores prácticas"					
Valoración e innovaciones en metodologías y desarrollo de eventos de capacitación en servicio y pre-servicio	Diseño e implementación de programas y eventos de capacitación en y pre servicio, con temática relevante y pertinente a la situación y con metodologías que promueven asimilación de nuevo conocimiento y desarrollo de nuevas competencias para la mejora de la atención/docencia	Cualitativa / discontinua	Reconocimiento y valoración de programas y eventos de capacitación, como metodo mas relevante en asimilación de nuevo conocimiento y desarrollo de nuevas competencias.	Valoración de dinámicas magistrales o participativas; preferencias y satisfacción del personal capacitado; principales aprendizajes, percepción de utilidad de eventos o temáticas (alta, media, nula)	Entrevista a proveedores y beneficiarios de la capacitación (Docentes universitarios y promotores de ONG)
Valoración de metodologías y desarrollo de procesos de supervisión/acompañamiento en servicio (coachig)	Diseño e implementación de sistema de supervisión y acompañamiento en servicio (coaching) como reforzamiento de la capacitación y enfocada a promover el mejoramiento	Cualitativa / discontinua	Reconocimiento y valoración de visitas de supervisión, como metodo mas relevante en asimilación de nuevo conocimiento y desarrollo de nuevas competencias.	Valoración del procedimiento y la frecuencia de visitas, preferencias y satisfacción del personal supervisado; principales aprendizajes y cambios realizados en los servicios, seguimiento de recomendaciones	Entrevista a Docentes universitarios y promotores de ONG
Valoración de metodologías y desarrollo de eventos de evaluación e intercambio colectivo (Funcionalidad de equipos, colaborativos de mejoramiento, encuentros interorganizacionales)	Frecuencia y valoración general de los eventos, e intercambios, principales aprendizajes y cambios realizados en los servicios,	Cualitativa / discontinua	Reconocimiento y valoración de procesos de evaluación e intercambio, como metodo mas relevante en asimilación de nuevo conocimiento y desarrollo de nuevas competencias.	Valoración de la frecuencia y utilidad de procesos de MyE en el mejoramiento de la atención. Frecuencia y valoración de colaborativos de mejora. seguimiento de recomendaciones. Percepción de que opinión de Docentes/Promotores es tenida en cuenta en ciclos de evaluación y mejora.	Entrevista a Docentes universitarios y promotores de ONG
Identificación de aportes de conocimiento y "mejores prácticas" de PrevenSida y ASSIST asumidos en políticas y programas nacionales o por otras instituciones	Modalidades de divulgación y socialización de resultados y evaluaciones en el entorno institucional, procesos de sistematización de "mejores prácticas", procesos de asistencia técnica a otras instituciones para implementar innovaciones	Cualitativa / discontinua	Reconocimiento y valoración de experiencias e innovaciones que se han replicado en otras instituciones/carreras	Valoración de las modalidades de divulgación y socialización de resultados y evaluaciones en el entorno institucional. Existencia y valoración de sistematización de "mejores prácticas", procesos de asistencia a otras instituciones para implementar innovaciones	Entrevistas a equipo USAID/PrevenSida/ASSIST; entrevistas a directivos de universidades y ONG's

Matriz de operacionalización de preguntas directivas de la Evaluación

Variables derivadas de preguntas evaluativas	Variable Operacional	Valores / Escala	Indicador	Definición operacional	Fuente de información
P3. Como fueron incorporados los principios de igualdad de género de USAID en el mejoramiento de la calidad?					
Integrar la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer en el trabajo de USAID	Visibilización de la IG/EM en evaluación, innovaciones y ajustes a las actividades de PrevenSida y ASSIST	Cualitativa / discontinua	La IG/EM se encuentra como componente transversal de las decisiones y acciones de PrevenSida y ASSIST	Se identifica la IG/EM en documentos directrices y en funcionamiento del componente de MCC.	Revisión documental. Entrevistas a: Equipo USAID/URC, directivas de universidades y OSC, promotores de OSC, docentes, estudiantes
Perseguir un enfoque inclusivo para promover la IG/EM abordando todas las desigualdades injustas	Integración de enfoque de equidad (Género, intergeneracional, étnica, territorial) en las políticas/Planes y en el diseño e implementación de actividades de los dos proyectos.	Cualitativa / discontinua	Valoración de las dimensiones de la equidad en el diseño y funcionamiento del componente de MCC	Se identifican estrategias inclusivas Ej: integración de parejas femeninas de bisexuales, enfoque diferencial a jóvenes de las poblaciones clave	Revisión documental. Entrevistas a: Equipo USAID/URC, directivas de universidades y OSC, promotores de OSC, docentes, estudiantes
Construir alianzas a través de una amplia gama de partes interesadas en la IG/EM:	Visibilización de factores derivados de oposiciones u alianzas como facilitadores o restrictivos de la calidad de las acciones y de la equidad de género	Cualitativa / discontinua	Valoración de estrategias de concertación y alianza con actores locales y nacionales relevantes y con interés en IG/EM frente al VIH	Se identifican alianzas locales y nacionales enfocadas en IG/EM frente al VIH. Valoración de sus resultados en MCC	Revisión documental. Entrevistas a: Equipo USAID/URC, directivas de universidades y OSC
Apalancamiento de la IG/EM con la innovación, la tecnología y la ciencia	Identificación de innovaciones de producción de conocimiento y en uso de tecnologías para mejorar calidad y equidad de género en las acciones de los dos proyectos	Cualitativa / discontinua	Relevancia de la valoración del desarrollo de capacidades de producción de conocimiento y habilidades tecnológicas	Reconocimiento de empoderamiento y mayores capacidades de concertación basadas en nuevo conocimiento y manejo tecnológico	Revisión documental. Entrevistas a: Equipo USAID/URC, directivas de universidades y OSC
IG/EM como desafío en entornos afectados por crisis y conflictos	Abordaje de relaciones de EyD/VBG (intrafamiliares, comunitarias e institucionales) que facilitan o restringen la calidad de las acciones de los dos proyectos	Cualitativa / discontinua	Valoración de esfuerzos por reducir estigma y discriminación. Mejoras de la atención por reducción de EyD/VBG	Percepción de incremento o reducción de EyD/VBG y su incidencia en mejoras de la atención y sus resultados en la prevención	Revisión documental. Entrevistas a: Equipo USAID/URC, directivas de universidades y OSC, promotores de OSC, docentes, estudiantes
Servir como un líder de pensamiento y una comunidad de aprendizaje	Integración de enfoque de equidad de Género en el sistema de monitoreo y evaluación, así como en estudios y evaluaciones externas de los dos proyectos. Socialización de nuevos conocimientos producidos	Cualitativa / discontinua	Producción e incidencia de nuevo conocimiento y nuevas prácticas que mejoran atención/docencia en VIH por integración de IG/EM	Reconocimiento de PrevenSida y ASSIST en la integración de la IG/EM en la lucha contra el VIH.	Revisión documental. Entrevistas a: Equipo USAID/URC, directivas de universidades y OSC

Matriz de operacionalización de preguntas directivas de la Evaluación

Contenidos derivados de preguntas evaluativas	Opracionalizacion general				Fuente de información
P4. Hasta que punto son sostenibles los programas de mejoramiento de la calidad?					
Son tecnicamete sostenibles?	Nivel de consolidación lograda en los mecanismos de actualización científica permanente, incluyendo nuevos conocimientos de la situación nacional y local de la epidemia de VIH	Cualitativa / discuntinua	Valoración e implementacion de procesos sistemáticos de actualizacion científica y roducción de nuevo conocimiento en VIH	Verificacion de existencia y sistematicidad de procesos de actualización y produccion de conocimiento	Entrevistas a: Equipo USAID/URC, directivas de universidades y OSC, promotores de OSC, docentes,
Son culturalmente sostenibles?	Nivel de consolidación y autonomía lograda en los mecanismos de aseguramiento continuo de la calidad en las universidades y OSC.	Cualitativa / discuntinua	Apropiación de la MCC como procedimiento habitual en proveedores de servicios o docencia	Verificación de actividades sitemáticas de evaluación , intercambios y colaborativos periodicos,	Entrevistas a: promotores de OSC, docentes,
Son políticamente sostenibles?	Posibilidades de expansión o replicacion de los mecanismos de mejoramiento continuo de la calidad en otros ambitos de la respuesta nacional al VIH	Cualitativa / discuntinua	Apropiación de la MCC como procedimiento habitual de gerencia en OSC y Universidades	Verificación de vigencia de Planes de MCC, cumplimiento de responsabilidades, presencia de facilitadores/s, actividades sitemáticas, colaborativos periodicos,	Entrevistas a: Equipo USAID/URC, directivas de universidades y OSC
Son economicamente sostenibles?	Visibilizacion de progresividad de ajustes a la calidad acordes a capacidades existentes y acumulables.	Cualitativa / discuntinua	Capacidad presente y futura de asimilación de costos de actividades de mejoramiento continuo de la calidad de las acciones en universidades y OSC	Percepción de incremento o nó de costos de la integración del MCC en el proceso gerencial	Entrevistas a: Equipo USAID/URC, directivas de universidades y OSC
P5. Que lecciones pueden ser aprendidas y compartidas con otras contrapartes y paises?					
Valoración de hallazgos que por su relevancia como innovación y frente a resultados se consideren como "mejores prácticas" para su socialización o replicación.	Inclusion en informe de evaluacion de valoracion de hallazgos como "mejores prácticas" para su socializacion o replicación		En cada hallazgo de experiencias exitosas o de restricciones en los procesos de mejoramiento continuo de la calidad de las acciones de los dos proyectos , se determinara y valorará su relevancia y pertinencia de su socialización y oferta a otras contrapartes y paises que puedan estar interesados	Analisis del equipo de evaluación y proceso de validación del informe con equipos USAID/URC, con OSC y universidades.	

Anexo 3. Cuestionarios

Cuestionario N° 1. Encuesta a población atendida por OSC PrevenSida

Buenos días/tardes, de parte del Equipo de Estudios Evaluativos agradecemos su presencia, estamos realizando un análisis acerca de la forma en que las organizaciones que trabajan contra el VIH/SIDA han mejorado la calidad de la atención integral y continuada al VIH; su opinión es muy importante para lograrlo, por eso, solicitamos su valiosa y sincera colaboración.

Recuerde que no es un examen, solo se pregunta lo que USTED piensa, por lo tanto, no hay respuestas correctas o incorrectas

Esta encuesta es anónima y totalmente confidencial, ninguna persona diferente al equipo investigador tendrá acceso a la entrevista que usted nos brinde y solo será utilizada para el propósito declarado.

Municipio: _____ Organización: _____ Fecha: _____

Edad: _____ años Sexo: Masculino _____ Femenino: _____ Transgénero: _____

Edad (años cumplidos) _____

Trabaja: Sí _____ No _____

Nivel de escolaridad aprobado: Primaria: _____

Secundaria: _____

Universitaria: _____

Postgrado: _____

1. ¿En qué actividades de esta organización ha participado en el último año? .. *ultimos*

--	--	--	--

De las actividades que ha participado ¿Cuál ha sido para usted la mas útil?

_____ Por qué?: _____

¿Cuál otra actividad que mencionó considera que es muy útil y por qué?

_____ Por qué?: _____

¿Cómo valora la forma en que ha sido atendida/o en los servicios/actividades? Excelente _____ Buena

_____ Deficiente _____

¿Por qué? _____

5. ¿Cuáles de los servicios o actividades recibidos por usted ha sido más útil para:

Considere: sesión de grupo pequeño, Contacto ocasional, Educación con un par, video foros, Grupos de ayuda mutua, consejería, otra (cual??)

Actividad o servicio

Adquirir más o nuevos conocimientos? Desarrollar su capacidad para prevenir

Mejorar actitudes frente a estigma y discriminación _____

¿Ha participado usted en la evaluación de las actividades o servicios? Si _____ No _____

¿Considera que su opinión es tomada en cuenta para mejorarlas? Si _____ No _____

¿En alguna ocasión ha sentido algún tipo de discriminación en estas actividades?

Sí/No _____ ¿De qué manera? _____

¿Considera que en esta organización hay discriminación hacia:

Hacia Las mujeres? Si _____ No _____

ha aumentado o disminuido? ha aumentado o disminuido? ha

Hacia la población LGBTI? Si _____ No _____

aumentado o disminuido? _____

Hacia las personas VIH positivas? Si _____ No _____

¿En su opinión cual ha sido la actividad mas importante que ha desarrollado esta organización para:

Reducir la desigualdad de género _____

Reducción del estigma y discriminación a población LGBTI o VIH+? _____

¿Conoce usted el número de casos y muertes por VIH que ha ocurrido en su municipio en el último año? SI NO

¿Usted considera que la población LGBTTI y las Personas VIH+ son bien atendidas en los servicios de salud
SI NO ____

por qué? _____

¿Usted considera que la opinión de las comunidades LGBTTI y las Personas VIH+ son tomadas en cuenta por las personas de esta organización? SI NO ____

¿Qué recomendaciones daría para

Mejorar los servicios de prevención brindados a las poblaciones de mayor riesgo? Mejorar los servicios de atención brindada a las personas VIH +?

14. Para finalizar permitamos hacer algunas preguntas mas personales *que bien puede decidir no responder:*

Su orientación sexual es: Heterosexual ____ Gay____Bisexual____Lesbiana ____

En el último mes usó condón en todas sus relaciones sexuales?. Si No __ En el último mes tuvo relaciones sexuales con más de una pareja?. Si No _____ En el último año, se ha realizado usted la prueba de VIH?. Si No ____

Muchas gracias por su valiosa colaboración!!!

Cuestionario N° 2. Encuesta a promotores y voluntarios de las ONG

Organización: _____

Municipio: _____

Edad: _____ años

Género: Masculino _____ Femenino: _____ Transgénero: _____

Trabaja en la organización o es voluntario/a _____ Tiempo de trabajar o colaborar: _____ años

Nivel de escolaridad aprobado: Primaria: _____ Secundaria: _____ Universitaria: _____ Postgrado: _____

1. ¿Ha habido algún cambio importante en la forma de atender a la población clave? o VIH+? Sí No _____

Si respuesta es No.... Ir a pregunta N° 3

En caso Sí..

Cual cambio?

¿Cual considera usted que es la razón principal de ese cambio? _____

¿En su opinión ese cambio ha tenido algún efecto en la población atendida? Si No _____

Si respuesta es Sí

Cual efecto?

2. ¿Ha habido otro cambio en la atención que usted considera importante de mencionar? Si No _____

Si respuesta es Sí

Cual?

3. ¿En los últimos años, han mejorado los indicadores de riesgo (uso de condón, numero de parejas, prueba anual) en la población atendida por su organización? Si No No sé _____ *Si responde No sé.. Pasar a N°4*

Si responde Si o No

De que manera han verificado o medido esos indicadores? _____

En su opinión ¿cuál es la razón principal para lograr o no lograr cambios? _____

4. ¿En su opinión cómo calificaría la forma en que usted realiza sus actividades?

Por favor enumere y califique:

N°	Actividad /servicio	Califique como: Buena / Regular / Deficiente

5. ¿De las actividades o servicios que enumeró, cuál considera que realiza mejor y por qué?

--	--

6. ¿Conoce usted la situacion actual del VIH en su municipio (datos de últimos años)? Si No _____

Si respuesta es Sí ..

¿Ha sido útil esa información? Si NO _____

para qué?

7. ¿En el desarrollo de sus capacidades como promotor/a, qué apoyos recibidos por usted ha sido más útil para:

	Que apoyo (*)	Qué organización lo brindó?
a) Adquirir más o nuevos conocimientos?		
b) Desarrollar habilidades de comunicación?		
c) Reducir estigma y discriminación?		
d) Identificar o reproducir "mejores prácticas"		
e) Procesar y analizar información		
f) Mejorar su aporte al fortalecimiento institucional		
g) Otra (Cual?)		

(*)Por ej: capacitación, supervisión/coaching, intercambios de mejoramiento, sesiones evaluativas, evaluación del desempeño, otros(anotar cual)

8. ¿En su opinión cual de esos apoyos ha sido más útil para el fortalecimiento general de la organización?

	Por qué?
--	----------

9. En su opinión la población atendida por su organización ...

- a) Comprende bien los mensajes que se les brinda? Si No Por qué: _____
- b) Asimila y asume nuevas actitudes: Si No Por qué? _____
- c) Está satisfecha con la atención recibida? Si No Por qué? _____

10. ¿Considera que en su organización hay discriminación hacia:

- a) Hacia Las mujeres? Si No ha aumentado o disminuido? _____
- b) Hacia la población LGBTI? Si No ha aumentado o disminuido? _____
- c) Hacia las personas VIH positivas? Si No ha aumentado o disminuido? _____

11. ¿En su opinión cual ha sido la actividad más importante que ha desarrollado su organización para:

Reducir la desigualdad de género _____

Reducir el estigma y discriminación a población LGBTI o VIH+? _____

¿Han recibido apoyo de otras organizaciones en estas actividades? Si No No sé _____

Si respuesta es Si . . Cual organización cree que ha brindado el apoyo más útil? _____

12. ¿Su organización participa con otras organizaciones en actividades que promuevan la igualdad de género y la reducción del estigma y discriminación hacia la población GBTI y PVIH? Si No No sé _____

Si respuesta es Si mencione una actividad destacada: _____

13. ¿En su opinión, considera que se registran adecuadamente los datos acerca de los comportamientos de riesgo en la población clave o VIH+? Si No ,

y de las actividades/servicios que ustedes ofrecen? Si No _____

14. ¿Se realiza análisis colectivo de éstos datos? Si No participa usted? Si No _____

Recientemente se ha hecho algún cambio para mejorar la utilización de ésta información? Si No _____

Si respuesta es Si . Cual cambio? _____

15. Considera que su opinión es tomada en cuenta para mejorar el trabajo de la organización? Si No _____

16. Se reúnen las instituciones locales para analizar la situación del VIH en el municipio? Sí No No sé _____

17. Considera que su organización es tomada en cuenta por las instituciones del municipio? Sí No _____

18. Considera que su organización puede seguir mejorando la calidad de los servicios por si sola? Sí No _____

¿De qué depende que la calidad pueda mantenerse a lo largo del tiempo? _____

19. ¿Qué recomendaría usted para:

- a) Mejorar la calidad de los servicios o de las acciones, _____
- b) Mejorar su propio desempeño como promotor/a _____

c) Para reducir el estigma y discriminación: _____

d) Otra, (cual?) _____

20. Para finalizar permítanos hacer algunas preguntas mas personales *que bien puede decidir no responder:*

Su orientación sexual es: Heterosexual ____ Gay ____ Bisexual ____ Lesbiana ____

En el último mes usó condón en todas sus relaciones sexuales?. Si No ____

En el último mes tuvo relaciones sexuales con más de una pareja?. Si No ____

En el último año, se ha realizado usted la prueba de VIH?. Si No ____

Muchas gracias por su valiosa colaboración!!!

Cuestionario N° 3. Encuesta a estudiantes de Medicina y Enfermería

Buenos días/tardes, de parte del Equipo de Estudios Evaluativos agradecemos su presencia, estamos realizando un análisis acerca de la forma en que las universidades que forman personal de salud han asumido y mejorado la docencia acerca de la atención integral y continuada al VIH; su opinión es muy importante para lograrlo, por eso, solicitamos su valiosa y sincera colaboración. Recuerde que no es un examen, solo se pregunta lo que USTED piensa, por lo tanto, no hay respuestas correctas o incorrectas. Esta encuesta es anónima y totalmente confidencial, ninguna persona diferente al equipo investigador tendrá acceso a la entrevista que usted nos brinde y solo será utilizada para el propósito declarado.

Municipio: _____ Universidad/carrera _____ Año _____
Edad: _____ años Sexo: Masculino Femenino: _____ Transgénero: _____
Edad (años cumplidos)

2. De las actividades que ha participado ¿Cuálha sido para usted la mas útil?

_____ Por qué?:

3. ¿Cuál otra actividad que mencionó considera qué es muy útil y por qué?

_____ Por qué?:

4. ¿Cómo valora la forma en qué se ha desarrollado la docencia sobre VIH?

Buena Regular Deficiente

¿Por qué?

5. ¿En su valoración cómo calificaría la aplicación de las diferentes metodologías docentes?

Por ej: Clase magistral, clase participativa, seminarios, audiovisuales, prácticas en servicios, otras (especificar)

5. ¿Cuáles de las actividades docentes sobre VIH que ha recibido usted ha sido más útil para:

Considere: clases magistrales, clases participativas, prácticas en servicio, seminarios, videos, actualizacion científica, otra (cual)

Adquirir más o nuevos conocimientos?

Desarrollar sus habilidades para promover la

prevención Desarrollar sus habilidades para promover

el tratamiento Mejorar manejo y análisis de

información?

Mejorar actitud ante población LGBTI o VIH+

6. ¿Ha participado usted en la evaluación de las actividades docentes? Sí No

¿Considera que su opinión es tomada en cuenta para mejorarlas? Si No

7. ¿En alguna ocasión has sentido algún tipo de discriminación dentro de la universidad?

Sí No

¿De qué manera?

8. ¿Considera que en esta carrera hay discriminación hacia:

- | | | |
|--------------------------------------|----|----|
| a) Hacia Las mujeres? | Si | No |
| b) Hacia la población LGBTI? | Si | No |
| c) Hacia las personas VIH positivas? | Si | No |

ha aumentado o disminuido? ha aumentado o disminuido? ha aumentado o disminuido?

9. ¿En su opinión cual ha sido la actividad mas importante que ha desarrollado esta facultad para:

Reducir la desigualdad de género

Reducción del estigma y discriminación a población LGBTI o VIH+?

por qué?

10. ¿Conoce usted el número de casos y muertes por VIH que ha ocurrido en su municipio en el último año? Si ___
NO ___

11. ¿Usted considera que la población LGBTI y las Personas VIH+ son bien atendidas en los servicios de salud Si ___
No ___

por qué?

12. ¿Usted considera que la opinión de las comunidades LGTBTTI y las Personas VIH+ son tomadas en cuenta por las autoridades de salud ? Si ___ No ___

13. ¿Qué recomendaciones daría para

Mejorar los servicios de prevención brindadas a las poblaciones de mayor riesgo?

Mejorar los servicios de atención brindada a las personas VIH +? Mejorar las

actividades docentes sobre VIH en su facultad?

14. Para finalizar permítanos hacer algunas preguntas mas personales *que bien puede decidir no responder:*

Su orientación sexual es: Heterosexual

Gay Bisexual Lesbiana

En el último mes usó condón en todas sus relaciones sexuales?. Si No

En el último mes tuvo relaciones sexuales con más de una pareja?. Si No ___ En el último año, se ha realizado usted la prueba de VIH?. Si No

Muchas gracias por su valiosa colaboración!!!

Cuestionario N° 4. Encuesta a personal docente

Buenos días/tardes, de parte del Equipo de Estudios Evaluativos agradecemos su presencia, estamos realizando un análisis acerca de la forma en que las universidades que forman personal de salud han asumido y mejorado la docencia acerca de la atención integral y continuada al VIH; su opinión es muy importante para lograrlo, por eso, solicitamos su valiosa y sincera colaboración.

Recuerde que no es un examen, solo se pregunta lo que USTED piensa, no hay respuestas correctas o incorrectas

Esta encuesta es anónima y totalmente confidencial, ninguna persona diferente al equipo investigador tendrá acceso a la entrevista que usted nos brinde y solo será utilizada para el propósito declarado.

Universidad y carrera: _____

Municipio: _____

Edad: _____ años

Género: Masculino _____

Femenino: _____

Transgénero: _____

Tiempo de trabajar como docente _____

Tiempo en esta universidad: _____ años

Título Universitario: _____ Postgrado: _____

1. ¿En los últimos años, ha habido algún cambio importante en la docencia sobre el VIH? Sí No _____

Si respuesta es No... Ir a pregunta N° 3

En caso Si.. Cual cambio?

¿Cual considera usted que es la razón principal de ese cambio? _____

¿En su opinión ese cambio ha tenido algún efecto importante en los/as estudiantes? Si No _____

Si respuesta es Si

Cual efecto?

2. ¿Hay alguna diferencia notable entre la docencia sobre VIH y la docencia sobre otros temas? Si No _____

Si respuesta es Si

Cual?

3. ¿En los últimos años, han verificado logros en los resultados de la enseñanza sobre VIH? Si No _____

De que manera han verificado o medido esos indicadores? _____

En su opinión ¿cuál es la razón principal para lograr o no lograr cambios en los resultados?

4. ¿En su autovaloración cómo calificaría la forma en que usted aplica las diferentes metodologías docentes?

Por favor enumere y califique:

N° Metodologías docentes

Con temas de VIH: Buena /
Regular / Deficiente

Con temas diferentes a VIH: Buena /
Regular / Deficiente

Por ej: Clase magistral, clase participativa, seminarios, audiovisuales, prácticas en servicios, otras (especificar)

5. ¿De las metodologías docentes que enumeró, cuál considera que realiza mejor y por qué?

6. ¿Conoce usted la situación actual del VIH en su municipio (datos de últimos años)? Si No _____

Si respuesta es Si .. ¿Ha sido útil esa información? Si NO para qué? _____

7. ¿En el desarrollo de sus capacidades como docente, qué apoyo recibido por usted ha sido más útil para:

Qué apoyo (*)

En VIH?
Si/No

Qué organización lo brindó?

a) Adquirir más o nuevos conocimientos?

b) Desarrollar habilidades de comunicación?

c) Reducir estigma y discriminación?

d) Identificar o reproducir "mejores prácticas"

e) Procesar y analizar información

f) Mejorar su aporte al fortalecimiento institucio

g) Otra (Cual?) _____

(*) capacitación, supervisión, intercambio de mejoramiento, sesión evaluativa, evaluación del desempeño, actualización bibliográfica,

8. ¿En su opinión cual de esos apoyos ha sido más útil para el fortalecimiento general de la carrera?

Por qué? _____
En su opinión la población estudiantil de la carrera ... _____

Comprende bien el conocimiento revisado sobre VIH? Si No Por qué: _____

Asimila y asume nuevas actitudes ante el VIH: Si No Por qué? _____

Está satisfecha con la docencia recibida sobre VIH? Si No Por qué? _____

¿Considera que en su facultad/carrera hay discriminación:

Hacia Las mujeres? Si _____ No _____ ha aumentado o disminuido? ha aumentado o disminuido?

Hacia la población LGBTI? Si _____ No _____ ha aumentado o disminuido? _____

Hacia las personas VIH positivas? Si _____ No _____

¿En su opinión cual ha sido la actividad más importante que ha realizado la facultad para:

Reducir la desigualdad de género

Reducir el estigma y discriminación a población LGBTI o VIH+?

¿Han recibido apoyo de otras organizaciones en estas actividades? Si No ____ No sé _____

Si respuesta es Si . . Cual organización cree que ha brindado el apoyo más útil?

¿La facultad participa con otras organizaciones en actividades que promuevan la igualdad de género y la reducción del estigma y discriminación hacia la población GBTI y PVIH? Si No, No sé _____

Si respuesta es Si **mencione una actividad destacada:** _____

¿En su opinión, considera que se evalúan adecuadamente el desarrollo de nuevas competencias en los/as estudiantes? Si No ,
y de las actividades docentes que ustedes ofrecen? Si _____ No _____

¿Se realiza análisis colectivo de éstos datos? Si _____ No _____ participa usted? Si _____ No _____

Recientemente se ha hecho algún cambio para mejorar la utilización de ésta información? Si No _____

Si respuesta es Si . **Cual cambio?** _____

Considera que su opinión es tomada en cuenta para mejorar el trabajo en la facultad? Si No _____

Se reúnen las instituciones locales para analizar la situación del VIH en el municipio? Sí No No sé _____

Las instituciones del municipio toman en cuenta la opinión universitaria sobre VIH? Sí No _____

Considera que su Facultad puede seguir mejorando la calidad de la docencia por sí sola? Sí No _____

¿De qué depende que la calidad pueda mantenerse a lo largo del tiempo? _____

¿Qué recomendaría usted para:

Mejorar la calidad de la docencia, _____

Mejorar su propio desempeño como docente _____

Para reducir el estigma y discriminación: _____

Otra, (cual?) _____

Para finalizar permítanos hacer algunas preguntas mas personales que bien puede decidir no responder:

Su orientación sexual es: Heterosexual _____ Gay _____ Bisexual _____ Lesbiana _____

En el último mes usó condón en todas sus relaciones sexuales?. Si No _____ En el último mes tuvo relaciones sexuales con más de una pareja?. Si No _____ En el último año, se ha realizado usted la prueba de VIH?. Si No _____

Muchas gracias por su valiosa colaboración!!!

Cuestionario N° 5. Entrevista a Directores de organizaciones que atienden PC y PVIH+

Encuestador: _____ Fecha de entrevista _____
ONG: _____ Cargo de entrevistado/a: _____ Años en el cargo: _____
Edad: _____ años cumplidos Escolaridad, Último grado aprobado: _____

¿Cuál considera que es el mayor logro que ha alcanzado esta organización en los últimos años?

y cual considera que es la principal razón que explica ese logro?

Enfocandonos en los indicadores de comportamientos de riesgo que se quieren modificar en la población atendida por su organización (PC: uso de condón, número de parejas, prueba anual./ PVIH+: inicio y adherencia a TAR, participación en GAM); han verificado algún cambio en esos indicadores en los últimos años? Si No

No sé Si responde No sé.. Pasar a N°4 Si responde Si Han mejorado? Si No

3. De que manera han medido esos indicadores? _____ En su opinión ¿cuál es la razón principal que explica ese cambio (o que no haya cambio)?

¿Ha habido algún cambio importante en la calidad de la atención a población clave (VIH+)? Si No

Si respuesta es No.... Ir a pregunta N° 5 En caso Si.. **Cual cambio?**

--	--	--

En qué mes y año iniciaron la implementación de estas acciones? Mes ____ Como surgió la motivación Año ____ para emprender este cambio?

¿Han recibido apoyo de otras organizaciones en estas actividades? Si No No sé

Si respuesta es Si .. **Cual organización cree que ha brindado el apoyo más útil?**

¿En su opinión, considera que se registran adecuadamente los datos acerca de los comportamientos de riesgo en la población clave o VIH+? Si No

y de las actividades/servicios que ustedes ofrecen? Si No

Si respuesta es NO... **Por que no?**

¿Se realiza análisis colectivo de éstos datos? Si No Con que frecuencia?

Recientemente se ha hecho algún cambio para mejorar la utilización de ésta información? Si No

Si respuesta es Si .. **Cual cambio?**

Con el análisis de ésta información, han mejorado las decisiones que toman? Si No

Si respuesta es Si .. **En que han mejorado?**

El aporte de los/as Promotores/as en éstos análisis y decisiones es bueno o limitado?

8. ¿Conoce usted la situación actual del VIH en su municipio (datos de últimos años)? Si No

Si respuesta es Si .. ¿Ha sido útil esa información? Si NO

Se reúnen las instituciones locales para analizar la situación del VIH en el municipio? Si No

Considera que su organización es tomada en cuenta por las instituciones del municipio? Si No

Cual es la principal instancia de coordinación con otras instituciones en la que su organización participa regularmente?

Cual es el principal logro de esta coordinación?

En su opinión, cual es el principal logro del fortalecimiento institucional en los últimos años?

¿cuál es la razón principal que explica ese logro?

¿Han recibido apoyo de otras organizaciones en este fortalecimiento? Si No

Si respuesta es Si .. **Cual organización cree que ha brindado el apoyo más útil?**

13. La organización cuenta con algún Plan de Gestión o mejoramiento de la calidad? Si No Cual considera usted que es el principal aprendizaje del proceso de su elaboración?

y cual considera el principal logro que hasta el momento han tenido con su implementación? Que acciones implementadas son las que explican ese logro?

¿En el desarrollo del personal de la organización, qué apoyos recibidos ha sido más útil para:

Adquirir más o nuevos conocimientos?
Desarrollar habilidades de comunicación?

Que apoyo (*)	Qué organización apoyó?

Reducir estigma y discriminación?
Identificar o reproducir "mejores prácticas"
Procesar y analizar información
Mejorar su aporte al fortalecimiento institucional

Otra (Cual?) _____

(*)Por ej: capacitación, supervisión/coaching, intercambios de mejoramiento, sesiones evaluativas, evaluación del desempeño, otros(anotar cual)

¿Cual de esos apoyos ha sido más útil para el fortalecimiento general de la organización? Por qué?

16. En su opinión la población atendida por su organización ...

~~Comprende bien los mensajes que se les brinda?~~ Si No ~~Por qué:~~ _____

Asimila y asume nuevas actitudes: Si No Por qué? _____

Está satisfecha con la atención recibida? Si No Por qué? _____

¿Considera que en su organización hay discriminación hacia:

Hacia Las mujeres? Si _____ No _____ ha aumentado o disminuido? ha aumentado o disminuido?

Hacia la población LGBTI? Si _____ No _____ ha aumentado o disminuido? _____

Hacia las personas VIH positivas? Si _____ No _____ _____

¿En su opinión cual ha sido la actividad más importante que ha desarrollado su organización para:

Reducir la desigualdad de género

Reducir el estigma y discriminación a población LGBTI o VIH+?

Han recibido apoyo de otras organizaciones en estas actividades? Si No _____ Cual? _____

Considera la organización puede seguir mejorando la calidad por si sola? Sí No _____

¿De qué depende que la calidad pueda mantenerse a lo largo del tiempo?

Hay alguna experiencia de trabajo de la organización que destaque como "mejor práctica"? Si No _____ Cual experiencia?

Recomendaría su aplicación a otras organizaciones? Si No _____

¿Qué recomendaría usted para:

Mejorar la calidad de los servicios o de las acciones, _____

Mejorar su propio desempeño como directivo/a _____

Para reducir el estigma y discriminación: _____

Otra, (cual?) _____

Para finalizar permítanos hacer algunas preguntas mas personales que bien puede decidir no responder:

Su orientación sexual es: Heterosexual _____ Gay _____ Bisexual _____ Lesbiana _____

En el último mes usó condón en todas sus relaciones sexuales?. Si No _____ En el último mes tuvo relaciones

sexuales con más de una pareja?. Si No _____ En el último año, se ha realizado usted la prueba de

VIH?. Si No _____

Muchas gracias por su valiosa colaboración!!!

para qué?

Anexo 4. Guías de grupo focales

Guía de grupo focal con promotores/voluntarios de ONG

1. ¿Cuál es el cambio más significativo que se ha dado en los servicios que ustedes prestan?
2. ¿Cuál ha sido el principal medio para el mejor desempeño de sus funciones? ¿Por qué?
3. ¿Conocen ustedes la situación actual de la epidemia en su municipio? Sí/No, ¿Cuál es la principal razón que explica ese nivel de conocimiento?
4. ¿Con qué frecuencia participan ustedes en la evaluación de resultados y servicios de la organización? ¿Consideran ustedes que en la organización se evalúan adecuadamente los resultados y las acciones realizadas?
5. En la opinión de ustedes, han desarrollado las capacidades para producir, analizar y utilizar información sobre VIH? Sí/No, Den un ejemplo de ello.
6. ¿Considera que ha aumentado o disminuido la igualdad de género o la discriminación hacia la población LGBTI y PVIH, en la organización?. Por que?
7. ¿En la opinión de ustedes, el mejoramiento de la calidad de las actividades la pueden mantener las organizaciones por sí solas? ¿Qué hace falta para asegurar la sostenibilidad de la mejora de la calidad?
8. ¿Cuál es la principal recomendación que ustedes harían para mejorar aún más la calidad de las actividades de las organizaciones?

Guía de grupo focal con Docentes

1. ¿Cuál es el cambio más significativo que se ha dado en la docencia sobre VIH?
2. ¿Cuál ha sido el principal medio para el mejor desempeño de sus funciones docentes? ¿Por qué?
3. ¿Conocen ustedes la situación actual de la epidemia en su municipio? Sí/No, ¿Cuál es la principal razón que explica ese nivel de conocimiento?
4. ¿Con qué frecuencia participan ustedes en la evaluación de la docencia en la universidad? ¿Consideran ustedes que en la facultad se evalúan adecuadamente los resultados y las acciones docentes realizadas?
5. En la opinión de ustedes han desarrollado las capacidades para producir, analizar y utilizar información sobre VIH? Sí/No, Den un ejemplo de ello.
6. ¿Considera que ha aumentado la igualdad de género o la discriminación hacia la población LGBTI y PVIH, en la facultad/carrera?
7. ¿En la opinión de ustedes, el mejoramiento de la calidad de las actividades docentes puede ser sostenida en el futuro por la facultad por sí sola?. ¿Qué hace falta para asegurar la sostenibilidad del mejoramiento de la calidad?
8. ¿Cuál es la principal recomendación que ustedes harían para mejorar aún más la calidad docente?

Guía de grupo focal con Poblaciones claves, PVIH

1. ¿Consideran ustedes que se han logrado cambios en los comportamientos de riesgo? (*PC= uso Condón, N° parejas, Prueba anual. PVIH=Inicio de TAR, adherencia a TAR, mantenimiento en GAM, CV indetectable*) Mucho Poco_____casi nada ¿Cuáles son las razones principales de esos cambios?
2. ¿Cuál es el cambio más significativo que se ha dado en los servicios que ofrecen estas organizaciones?
3. ¿Conocen ustedes la situación actual de la epidemia de VIH en su municipio? Sí/No ¿De qué manera podemos mejorar ese conocimiento?
4. ¿Han participado ustedes en procesos de evaluación de los servicios de estas organizaciones? Sí/No ¿Consideran que su opinión es tomada en cuenta para mejorar los servicios?
5. ¿Considera que ha aumentado o disminuido la igualdad de género o la discriminación hacia la población LGBTI y PVIH, en la organización?. Por qué?
6. ¿Cuál es la principal recomendación que ustedes harían para mejorar la calidad de los servicios que estas organizaciones les ofrecen?

Guía de grupo focal con estudiantes

1. ¿Consideran ustedes que ha habido cambios significativos en el nivel de conocimientos y competencias de ustedes para la prevención y atención del VIH? Mucho _____ Poco _____ casi nada ¿Cuáles son las razones principales de esos cambios?
2. Hay alguna diferencia con otros temas o asignaturas? Si/NO, cuáles diferencias?
3. ¿Cuál es el cambio más significativo que se ha dado en la docencia que se brinda en esta facultad?
4. ¿Conocen ustedes la situación actual de la epidemia de VIH en su municipio? Sí/No ¿De qué manera podemos mejorar ese conocimiento?
5. ¿Han participado ustedes en procesos de evaluación de la docencia en esta carrera? Sí/No ¿Consideran que su opinión es tomada en cuenta para mejorar la docencia?
6. ¿Considera que ha aumentado la igualdad de género o la discriminación hacia la población LGBTI y PVIH, en la universidad?
7. ¿Cuál es la principal recomendación que ustedes harían para mejorar la calidad de la docencia?

Tabla 1. Cobertura de muestra. Encuesta a población beneficiaria y proveedores

Universos de personas	Encuestas			Grupos focales		
	Muestra	Realizado	%	Muestra	Realizado	%
Proyecto PrevenSida						
PC	265	50	19	8	7	88
PVIH	105	73	70	3	4	133
Promotores en PC	95	46	48	8	5	63
Promotores en PVIH	30	20	67	3	3	100
Proyecto ASSIST						
Estudiantes de medicina	92	104	113	6	8	133
Estudiantes de enfermería	35	41	117	3	3	100
Docentes de medicina	33	25	76	6	3	50
Docentes de enfermería	14	15	107	3	1	33

Fuente: Informe final de trabajo de campo. Sep/2017. Evaluación del componente de MCC en PrevenSida y ASSIST

Tabla 2. Cambios de calidad en servicios de PrevenSida

Indicadores relevantes de servicios de PrevenSida	2011	2016
Población clave como % del total de personas atendidas	36	87
% de atenciones orientadas a PC del total de atenciones	35	89
% de atenciones realizadas en lugares de la Comunidad	65	94
% de población clave atendida con educación de pares	25	36
Promedio de atenciones a cada PC atendida	1,6	2,0
% de población clave con CPV del total de PC atendida	16	27
% CPV en PC del total de pruebas realizadas	37	89
% pruebas realizadas en establecimiento	82	5
% pruebas realizadas en lugares adecuados por la comunidad	7	92
N° de PVIH atendidos	404	3.879
% PVIH en GAM		36
% PVIH en TAR		87
% PVIH en TAR en condición de "supresión vírica"		69
% de PVIH con consejería y prueba a pareja serodiscordante (2017)		67

Fuente: Evaluación de la eficacia del modelo de PrevenSida. 2011-2016.

Tabla 3. Valoración de la calidad de actividades de atención que ha recibido

Valoración	Población atendida	
	N	%
Muy Buena	72	59
Buena	22	18
Deficiente	29	24
Totales	123	100

Tabla 4 - Por qué considera más útil los servicios recibidos

Población atendida		
Utilidad	N	%
Nuevos conocimientos	48	39
Aclarar dudas/mitos	27	22
Mejor actitud a la salud	47	39
Totales	122	100

Tabla 5 – Razones para valorar la calidad de los servicios recibidos

Población atendida - PrevenSida		
Servicio más útil	N	%
Aprendizaje muy útil	27	22
Interacción comunitaria	10	8
Buen trato, respeto	67	54
Atención psicológica	2	2
No se tiende a todos (pareja)	8	7
Mala comunicación	9	7
	123	100

Tabla 6 – Perciben cambio en servicios/ Cual cambio

Promotores/as - PrevenSida		
Perciben cambio en servicios/ Cual cambio	N	%
Perciben cambios significativos	62/70	86
Atención más personalizada	29	47
Mas aprendizajes	11	18
Estrategias de trabajo	10	16
Atención Psicológica	6	10
Reducción de E&D	6	10
	62	100

Tabla 7 -Estándares de calidad en fortalecimiento institucional 2011-2016. PrevenSida

Seguimiento de línea de base - 20 Organizaciones	2011-2013	2015-2016
Organizaciones con más de 75% en estándares de gerencia	3	15
Organizaciones con más de 75% en estándares de administración	5	13
Organizaciones con más de 75% en estándares de servicios preventivos	2	18
Organizaciones con más de 75% en estándar global	2	15
Realización de ciclos de mejora	2011	2017
Número de organizaciones	7	9
Organizaciones que realizaron 2 ciclos de mejora es ese año	2	6
Organizaciones que realizaron 1 ciclo de mejora es ese año	5	3
Promedio de ciclos de mejora en OSC con mas de 3 años de subvención N=17		
Organizaciones con 1 ciclo de mejora x año		6
Organizaciones con 2 ciclos de mejora x año		1
Organizaciones con 1.5 a 1.9 ciclos de mejora x año		6
Organizaciones con 1.1 a 1.4 ciclos de mejora x año		4

Fuente: Informes de seguimiento anual de estándares de desarrollo institucional PrevenSida

Tabla 8 – Conocimiento de información sobre la epidemia de VIH en su municipio

Universo entrevistado	No conocen epidemia local		
	N	No conocen	%
Estudiantes	145	124	86%
Población atendida	123	95	77%
Total Beneficiarios/as	268	219	82%
Docentes	39	28	72%
Promotores OSC	69	52	75%
Total proveedores	108	80	74%

Tabla 9 - Utilidad vinculada al conocimiento local de la epidemia

Utilidad de la información	Docentes		Promotores/as	
	N	%	N	%
Mejorar conocimiento de todos	10	36	10	20
Sensibilizar/reducir tabús	13	46	12	24
Planificar/evaluar trabajo	4	14	22	44
Educación a la población	1	4	6	12
Total	28	100	50	100

Tabla 10 - Estándares de calidad en fortalecimiento institucional 2011-2016 .ASSIST

Cambios en estándares de calidad - ASSIST	2014- 2015	2016
Universidades con medición de estándares CAP de VIH en estudiantes	0	9
Universidades con más de 75% de estándares de conocimiento	8	8
Universidades que mejoran más del 5% en los estándares de conocimientos		6
Universidades con más de 75% de estándares de actitud ante VIH	1	8
Universidades que mejoran más del 5% en los estándares de actitud		8
Calificación global de estándares CAP en estudiantes. (%)	70	92
Universidades con docentes capacitados en metodologías educativas en VIH	0	9
Universidades con docentes capacitados en EyD y VBG	0	7

Fuente: Informes anuales de gestión- Proyecto USAID/ASSIST.

Informe de sistematización de proceso de implementación del Paquete pedagógico en Universidades

Tabla 11 - Valoración de la calidad de actividades docentes que ha recibido

Valoración	Estudiantes	
	N	%
Muy Buena	94	65
Buena	45	31
Deficiente	6	4
Totales	145	100

Tabla 12 - Valoración de la principal utilidad de las actividades docentes recibidas

Estudiantes		
Principal utilidad	N	%
Nuevos conocimientos	54	38
Aclarar dudas/mitos	53	37
Mejor actitud/Habilidades	36	25
Totales	143	100

Tabla 13 - Razones de valoración de la calidad de docencia

Estudiantes		
Parámetros de calidad	N	%
Conocimiento actual y completo	74	51
Aclara dudas y tabús	3	2
Se enfoca en la persona	6	4
Muy participativo	10	7
No se cumple plan	7	5
Insuficiente tiempo	36	25
Deficiente metodología	7	5
Otras	2	1
Totales	145	100

Tabla 14 - Identificación del principal cambio percibido en la docencia

Docentes		
Cambio en calidad docente	N	%
Perciben mejoras docentes	38/40	95
Cual cambio?		
Nuevos temas en VIH	19	50
Mejor metodología	2	5
Inclusión curricular	10	26
Más participación de estudiantes	2	5
Aclaran tabús, mayor sensibilización	5	13
Total	38	100

Tabla 15 - Participación y capacidad de incidencia en la evaluación de la calidad

Universo entrevistado	Participación en evaluación			Su opinión es tomada en cuenta		
	N	Participan	%	N	Inciden	%
Estudiantes	145	100	69%	136	86	63%
Población atendida	123	74	60%	97	63	65%
Total Beneficiarios/as	268	174	65%	233	149	64%
Docentes	40	30	75%	40	36	90%
Promotores OSC	69	51	74%	69	61	88%
Total proveedores	109	81	74%	109	97	89%

Tabla 16 - Actividades que más aportan a la transferencia de conocimientos. Población atendida

Población atendida (PC, PVIH) en PrevenSida		
Actividad para transferir conocimientos	N	%
Charlas	46	41
Grupo pequeño-GAM	27	24
Consejería	13	12
Educación de pares	4	4
Foro video	18	16
Otras	3	3
	111	100

Tabla 17 - Actividades que más aportan a la transferencia de conocimientos. Proveedores PrevenSida

Promotores/as de OSC en PrevenSida		
Actividad para transferir conocimientos	N	%
Capacitación	37	53
Supervisión/coaching	2	3
Sesiones de intercambio/evaluación	25	35
Actividades abiertas (foros, videos)	3	4
Otras	4	5
Total	70	100

Tabla 18- Actividades que más aportan al desarrollo de habilidades. Proveedores PrevenSida

Promotores/as de OSC en PrevenSida		
Actividad para desarrollo de habilidades	N	%
Capacitación	28	47%
Coaching	8	13%
Sesiones evaluativas e Intercambio	23	38%
Eventos abiertos	1	2%
Total	60	100%

Tabla 19 - Actividades que más aportan al cambio de actitud. Población atendida

Población atendida (PC, PVIH) en PrevenSida		
Actividad para el cambio de actitudes	N	%
Charlas y talleres	25	25
Sesiones de grupo pequeño-GAM	40	39
Consejería	21	21
Educación de pares	3	3
Foro video	12	12
Otras	1	1
	102	100

Tabla 20 - Actividades que más aportan al cambio de actitud. Promotores

Promotores/as de OSC en PrevenSida		
Aportan al cambio de actitudes	N	%
Capacitación	31	49%
Coaching	2	3%
Sesiones evaluativas e Intercambio	27	43%
Evaluación del desempeño	1	2%
Eventos abiertos	2	3%
Total	63	100%

Tabla 21 - Actividades que más aportan a la transferencia de conocimientos. Estudiantes ASSIST

Estudiantes de medicina y enfermería. ASSIST		
Actividad para transferir conocimientos	N	%
Clases magistrales	35	24
Clases participativas	25	17
Prácticas de servicio	11	8
Seminario/Taller	45	31
Audio visuales	7	5
Actualización científica	18	13
Otras	2	1
Totales	143	100

Tabla 22 - Actividades que más aportan a la transferencia de conocimientos. Docentes ASSIST

Docentes de medicina y enfermería. ASSIST		
Actividad para transferir conocimientos	N	%
Capacitación	24	62%
Sesiones evaluativas e Intercambio	8	21%
Revisión Bibliográfica	6	15%
Eventos abiertos	1	3%
	39	100%

Tabla 23 - Actividades para el cambio de actitud ante población LGBTI y PVIH. Estudiantes ASSIST

Estudiantes de medicina y enfermería. ASSIST		
Actividad para el cambio de actitudes	N	%
Clases magistrales	16	13
Clases participativas	16	13
Prácticas de servicio	25	20
Seminario/Taller	38	31
Audio visuales	8	7
Actualización científica	1	1
Eventos con la comunidad	17	14
Otras	2	2
Totales	123	100

Tabla 24 - Actividades para el cambio de actitud ante población LGBTI y PVIH. Docentes ASSIST

Docentes de medicina y enfermería. ASSIST		
Actividad para cambio de actitud	N	%
Capacitación	16	46%
Sesiones evaluativas e Intercambio	15	43%
Evaluación del desempeño	1	3%
Revisión Bibliográfica	2	6%
Eventos abiertos	1	3%
Total	35	100%

Tabla 25 - Percepción de discriminación en la organización/Universidad

Universo entrevistado	N	Hacia las mujeres		Ante población LGBTI		Hacia PVIH	
		Perciben E&D	%	Perciben E&D	%	Perciben E&D	%
En el ámbito de PrevenSida							
Población atendida	123	7	6%	8	7%	8	7%
Promotores de OSC	69	3	4%	8	12%	5	7%
En el ámbito de ASSIST							
Estudiantes	145	11	8%	42	29%	22	15%
Docentes	40	7	18%	14	35%	7	18%

Anexo 5. Tablas de informantes clave entrevistados

Listado de directores de ONG

No	Nombres y apellidos	Cargo	Organización
1	Fidel Moreira	Director Ejecutivo	CEGODEM
2	Norman Gutiérrez	Director Ejecutivo	CEPRESI
3	Leticia Romero	Presidenta	ASONVIHSIDA
4	Norma Rubí	Directora	GAO
5	Marlene Vivas	Directora	ADESENI
6	Naty Gutiérrez	Directora	AMODISEC

Lista de directivos de las universidades

No	Nombres y apellidos	Cargo	Universidad
1	Gregorio Matus	Jefe de Departamento de Salud Pública	UNAN-León
2	Mauricio Gutiérrez	Coordinador de Prácticas Médicas	UNAN-Managua
3	Olma Zelaya Reyes	Decana Escuela Enfermería	UPOLI
4	Juana María Salmerón	Directora de la Escuela Enfermería	UNAN-León
5	Guisell Cerda	Directora de Departamento de Enfermería	POLISAL

Lista de informantes claves USAID y MINSA

No	Nombres y apellidos	Cargo	Lugar
1	Oscar Núñez	Director	USAID PrevenSida
2	Ivonne Gómez	Directora	USAID ASSIST
3	Yudy Carla Wong	Oficial	USAID PrevenSida
4	Rafael Arana	Responsable MyE	USAID PrevenSida
5	Danilo Núñez	Oficial	USAID ASSIST
6	Carlos Sáenz	Secretario General	MINSA

Anexo 6. Curriculum Vitae

Carlos Hernández

Áreas de mayor experiencia:

- Investigación social vinculada a procesos de planificación, participación, auditoría social y comunitaria. Diseño metodológico e instrumental (cuestionarios, muestreo, mesovariables, programas de digitación, procesamiento y mantenimiento de bases de datos), análisis cualitativo y cuantitativo avanzado, estrategias de comunicación de resultados para el diálogo, la concertación y el empoderamiento. Los estudios realizados se enmarcan en procesos de :
 - ∞ Formulación y Evaluación de políticas públicas, programas y proyectos. Evaluación participativa.
 - ∞ Auditoría social/Control ciudadano. Evaluación de la gestión pública y privada del desarrollo.
 - ∞ Evaluación de servicios de atención ciudadana. Transparencia y rendición de cuentas.
 - ∞ Análisis de vulnerabilidad y equidad social (desigualdades económicas, de género, generacional, territorial, étnico, laboral)
- Desarrollo de sistemas de protección social enfocados a la inclusión, reducción de vulnerabilidad y ejercicio de derechos (Seguridad alimentaria, salud, educación, microeconomía familiar, vivienda, violencia, desastres). Modelos de convivencia y participación ciudadana. Programas de desarrollo de la cultura ciudadana.
- Diseño de sistemas de monitoreo y evaluación vinculados a Gerencia estratégica por resultados.
- Docencia de postgrado y desarrollo de equipos humanos en instituciones públicas y no gubernamentales. Enfoques pedagógicos basados en la evidencia para la acción a nivel comunitario

Maricela Larios

2015: Maestría de Salud Pública (CIES-UNAN).

1999: Licenciatura en Psicología. (UNAN-Managua).

EXPERIENCIA LABORAL

Experiencia en investigaciones:

2017: Consultora asociada Diagnóstico sobre la situación de la niñez y Adolescencia en Managua y Juigalpa. Estudio de Aldea SOS. Oficina Nacional. MSc. Marvin García Urbina. Telf. 88032042.

2014: Consultora asociada Diagnóstico de inclusión de la perspectiva de género en la respuesta al VIH. MSc. Rebeca Centeno. PNUD.

2013: Diagnóstico de Oportunidades de Acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes y Jóvenes en el marco del MOSACF. Markus Behrend. Representante de UNFPA

2013: Apoyo en recolección de información del estudio Índice de Esfuerzo del Programa contra el VIH y sida.

2013. MSc. Anne Christian Largaespada. Representante de país de USAID/PASCA- Nicaragua. Telf. 88854699.

2012: Miembro del equipo de investigación: Estudio de Monitoreo de la Respuesta Política al VIH en Nicaragua USAID/PASCA. MSc. Anne Christian Largaespada.

2011: Consultora asociada en elaboración de Mapeo diagnóstico de Redes Regionales y Nacionales, organizaciones y grupos formados o en formación que realizan proyectos y actividades dirigidas a la prevención y/o atención del VIH con población PEMAR. Informe Nicaragua.

Gioconda Vásquez

Medica con maestría en Salud Pública, con amplio conocimiento y experiencia en temas de VIH, ha desarrollado diversos trabajos en desarrollo y evaluación de sistemas y proyectos de salud. Cuenta con amplio reconocimiento en los entornos institucionales de capacitación y formación de personal de salud, ejerciendo funciones de docente en temas de salud pública y como consultora en revisión curricular y elaboración de protocolos e instrumentos pedagógicos.

Profesión: Consultora

Títulos: Médico General

Maestra en Salud Pública

Diplomado en Salud Sexual Reproductiva

Diplomado en Monitoreo y Evaluación para la gestión de políticas y programas de VIH

Celular: (505) 89480183. Claro

E-mail: vasquezgio62@hotmail.com

HABILIDAD Y COMPETENCIAS

- Para identificar objetivos comunes en equipos conflictivos y favorecer el desarrollo de procesos
- Habilidad interpersonales de respeto, apoyo y comunicación con los demás miembros del grupo
- Para la organización, planificación , monitoreo y evaluación de procesos
- Para trabajar con efectividad, tomar decisiones informadas con una supervisión directa.
- Para trabajar bajo presión en favor de metas
- Para adaptarse a los cambios que surgen en el proceso de implementación de las actividades de un proyecto
- Excelente redacción de informes , edición de documentos
- Dominio de Windows avanzado, MS Office y bases de datos.

EXPERIENCIA LABORAL 2014-2017

Investigadora principal en la Elaboración Mapeo de Instituciones públicas y seguridad social que ampliaran la cobertura de oferta de pruebas para detección de VIH en el marco del plan de expansión de la prueba”

La muestra abarco 50 instituciones de todo el país, siendo el objetivo mapear las capacidades en términos de recursos, organización, capacidades científicas y financieras para ampliar la oferta de pruebas de VIH y proponer planes de mejora. Se utilizaron herramientas de mapeo de actores modificados