



USAID|Central America Capacity Project

Strengthening the Quality of Care and Improving the Quality of Life for People Living with HIV and Other Vulnerable Populations Program

Cooperative Agreement No. AID-596-LA-11-00001

REGIONAL COMPONENT: Belize, Costa Rica, El Salvador and Panama

BILATERAL COMPONENT: Guatemala

Annual Report Project Year 2
(October 2011 to September 2012)

Guatemala, October 31, 2012

TABLE OF CONTENTS

ACRONYMS/ABBREVIATIONS	3
EXECUTIVE SUMMARY	4
1. REGIONAL CAMPLUS REPORT	8
I. RESULTS: CONTINUUM OF CARE	9
II. FINANCIAL REPORT CAMPLUS REGIONAL	15
2. CAMPLUS BILATERAL REPORT	16
I. RESULTS.....	17
Continuum of Care strategy implemented in 8 areas in Guatemala	18
Improved social environment for vulnerable populations accessing HIV services.....	22
Improved use of information at the local level	23
Reduced stigma and discrimination at the local level.....	25
Increased demand and quality of HIV and STI services in the 50 health centers	26
II. CHALLENGES ENCOUNTERED AND THEIR SOLUTIONS	29
III. LESSONS LEARNED.....	30
IV. FINANCIAL REPORT CAMPLUS BILATERAL.....	31
3. ADMINISTRATIVE REPORT	32
ANNEXES	

ACRONYMS/ABBREVIATIONS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ART	Antiretroviral Therapy
BCC	Behavioral Change Communication
CAIMI	Comprehensive maternal-child Center
CBO	Community based Organization
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CCU	Comprehensive Care Unit
CoC	Continuum of Care
FSW	Female Sex Worker
FY	Fiscal Year
GO	Governmental Organization
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IEC	Information, Education and Communications
IDU	Intravenous Drug User
LFP	Learning for Performance
LGBT	Lesbians, Gay, Bisexual and Transgender
MARPS	Most at risk populations
MDG	Millennium Development Goals
MOH	Ministry of Health
MSM	Men Having Sex with Men
M&E	Monitoring and Evaluation
NAC	National AIDS Commission
NAP	National AIDS Program
NSP	National Strategic Plan
NEC	National Epidemiology Center
NGO	Nongovernmental Organization
PASCA	Program to Strengthen HIV Response in Central America
PASMO	Pan American Social Marketing Organization
PI	Performance Improvement
PLWH	People Living with HIV
PMP	Performance Management Plan
PMTCT	Prevention of Mother to Child Transmission
REDSO	Red Suroccidente (Southwest Regional Network)
SI	Strategic Information
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
SIGSA	Sistema de Información Gerencial en Salud
STI	Sexually Transmitted Infection
TB	Tuberculosis
UNAIDS	Joint United Nations Program on HIV/AIDS
URC	University Research Corporation
USAID	United States Agency for International Development
UVG	Universidad del Valle de Guatemala
VCT	Voluntary Counseling and Testing

EXECUTIVE SUMMARY

The Project purpose is to: Increase Access to Prevention and Quality HIV/AIDS Services for Most at Risk Populations – MARPS – and People Living with HIV/AIDS. It is implemented through two components:

- **Component One (Regional):** To extend the Continuum of Care -CoC- model designed to increase quality of public and community sectors health services for PLWH and MARPS.
- **Component Two (Guatemala Bilateral):** Continuum of Care involving strengthened community-based network capacity to reach MARPS and PLWH in eight departments/regions of Guatemala and Improved Management of STIs and HIV/AIDS selected public services for MARPS and PLWH.

The USAID|Central America Capacity Project achieved a wide range of goals and successes during the past year in spite of a number of external events including: elections in three governments (Belize, El Salvador and Guatemala); health workforce and student strikes (Panama); a national emergency due to a dengue outbreak (El Salvador); and an earthquake (Costa Rica). The most significant achievement has been the widespread acceptance and adoption of a number of strategies and methodologies such as the Continuum of Care, Optimizing Performance and Quality, and Learning for Performance with a number of requests coming from countries to expand the methodologies. This acceptance by national counterparts bodes well for the ultimate institutionalization and sustainability of the Project interventions.

Component One Achievements: During the past Project Year (October 2011 – September 2012) the Regional Component strengthened central and local level alliances for implementation of the Continuum of Care (CoC) for HIV strategy through the formation of eight local multi-sector networks (two per country). The National AIDS Programs (NAP) as the central level counterpart selected the geographic areas for the intervention. The network approach has been well accepted in the region despite the challenges to bringing together a diverse group of organizations with varying objectives and activities under a shared vision and mission. The National AIDS Commission (NAC) in Belize decided to extend the CoC strategy to all regions in the country.

Eighty-eight percent (7/8) of the multi-sector networks completed their first performance measurement. Puntarenas in Costa Rica did not conduct its baseline performance measurement due to the earthquake that occurred the same week of the scheduled date for the measurement. It is now planned for the first quarter of the third Project Year (Tables 1.1 and 1.2).

Of the seven multi-sector plans developed during the past quarter, three (43%) had a follow up visit: Limon in Costa Rica; and Panama Central and Chiriqui in Panama. Since the visits were less than three months after the performance measurement, no data on compliance with planned activities is available (Table 2). The networks in Belize and El Salvador conducted their baseline measurements during the last quarter of the second Project Year. Likewise, most networks completed their gap-closing plans during Year 2 and will have their initial follow up visits during the first quarter of the coming Project Year.

The Project achieved 125% (255/204) of the annual target for number of regional network members trained. Trainings were in: HIV-related stigma and discrimination; voluntary counseling and testing (VCT); and, topics related to coordinating a network (e.g. leadership, Learning for Performance –LFP- and assertive communication). Training themes were directed towards closing the performance gaps identified in the network intervention plans.

Next Steps

- Training members of all networks in LFP and development of annual network training plans.
- Training network members in VCT and Stigma and Discrimination
- Develop an Adherence curriculum for the network member organizations.
- Follow up on both networks gap-closing plans.
- Provide AT to other networks in Belize not directly receiving Project support.
- Conduct second performance measurement to assess network member progress in improving services and adherence to ART.
- Form a third CoC network in each country and conduct baseline performance measurement and develop gap-closing plan.
- Train network members in LFP and develop annual training plans for each network.
- Provide trainings in VCT and Stigma and Discrimination
- Develop a curriculum on adherence for the networks.
- Conduct first measurement and develop gap-closing plan for Puntarenas Costa Rica network.

Component One (Regional) Financial Execution:

In the fourth quarter of the second Project year, the Regional component spent \$67,534, plus provisional expenditures pending liquidation of \$20,267, for a total of \$87,801. For the second Project Year, ending September 2012, the Regional component spent a total of \$279,896. The Regional component has collected a total of \$3,015 in cost-share.

Component Two (Guatemala) Achievements:

The eight multi-sector networks completed the first two CoC implementation phases and, with the exception of Retalhuleu, all networks conducted the baseline performance measurement, analysis of results and gap-closing plan (Table C.B.1). Retalhuleu will conduct its performance measurement during the first quarter of Project Year III. Due to delays in initiating activities in the health centers (Result 2.5), the Project worked with one more network than originally planned achieving 117% (7/6) of the target for networks completing their first measurement and consequent gap-closing plan (Tables. C.B.2 and Figure C.B.1).

The Project initiated the strengthening of the referral/counter-referral systems in the Huehuetenango and REDSO networks. Twenty-eight persons reviewed the current MOH system to see how they could improve: adherence to ART; access to services; and follow up to assure prompt treatment of newly diagnosed cases.

The Project began training the network member organizations beginning by training selected individuals in LFP. The project supported two LFP workshops and another workshop that also included a Stigma and Discrimination curriculum developed through the application of LFP with a total of 61 persons trained in the methodology. The Project reached 100% (148/148) of the target

for network members trained through nine training sessions, six in institutional strengthening and three in LFP. Trainings were focused on the gap-closing needs identified in the network performance gap-closing plans (Table C.B.3).

The Project conducted a number of activities to improve the social environment for PLH and MARPS. Six networks have updated maps of available local social support services from GOs, NGOs and community-based organizations (CBOs). As a response to the lack of awareness of the topic, they agreed to design a Stigma and Discrimination curriculum during the March LFP trainings. Since all groups identified the same awareness gap, they agreed upon developing a common curriculum for all of the networks. The Project achieved 155% (87/56) of the annual target for persons trained and certified in stigma and discrimination. Following stigma and discrimination trainings, representatives of MARPS and PLWH groups joined the networks, to promote their active participation, and, if possible, as members of the networks' coordination commission.

The Project supported two forums during the past year: a local one coordinated by REDSO; and a national forum achieving 100% of the target (Table C.B.6). Eighty-six persons participated in the REDSO June forum where they disseminated their mission, vision, objectives, and principle activities and achievements. The first national forum of CoC networks took place in September with 148 network members participating (Table C.B.7). Also present were other USAID partners, United Nations agencies and the MOH/NAP. Results of the forum included:

- An exchange between the working groups of the nine networks to share successes and lessons learned in implementing CoC.
- Standardization of a focus on gender, stigma and discrimination, and human rights within the networks activities.
- Revision and validation of performance standards for standardizing performance measurements.

Activities were interrupted due to changes in the government and central and local level MOH authorities. In the third quarter, the Project had to renew the presentation and negotiation process with the new authorities, and in July the OPQ leadership group was formed consisting of: the Quality Management Unit; the Department of Services Development; the Supervision/M&E Unit (USME) of SIAS; and the NAP. They then developed the measurement instruments based on the current norms together with the Sexual /Reproductive Health Program and the Cross-Cutting Programs group. The team established 137 standards across seven measurement areas: outpatient; emergency; obstetrics/gynecology; the laboratory; the storeroom and pharmacy; bio-safety and management. The Project transferred the methodology to the priority health centers, SIAS staff, and personnel from the Department of Services Development and the Quality Management Unit.

OPQ implementation began in the fourth quarter in the departments of Peten and Izabal in the northern region. The Project certified 44 persons in OPQ including doctors, nurses, HIV coordinators, and finance administrators in the priority health areas and centers (Table C.B.9). The teams trained in ODC performed baseline measurements in nine health centers, 90% of the annual target.

During the coming year the project will further strengthen and expand on the solid base it has created for the community-level CoC model in conjunction with the capacity building of the health services.

Component Two (Bilateral) Financial Execution:

During the fourth quarter of Project II the Bilateral component spent \$389,083 plus provisional expenditures (pending liquidation) of \$28,705, for a total amount of \$417,788. For second Project year, ending September 2012, the total was \$869,159. The Bilateral component has raised \$956 in cost share this year.

CAMPLUS REGIONAL

1. REGIONAL CAMPLUS REPORT

Belize, Costa Rica, El Salvador and Panama

The regional CAMPLUS component implemented in Belize, Costa Rica, El Salvador and Panama has two results:

- 1) The Continuum of Care (CoC) strategy implemented in at least three regions/departments in four countries (Belize, Costa Rica, El Salvador and Panama) for a sustainable HIV response
- 2) Improved use of strategic information at the local level.

The Project will form and support three multi-sector CoC networks per country. The first network was formed during the first quarter followed by another network during the second quarter. The third network in each country will be initiated in the first quarter of the coming Project Year. The CoC work focused on the formation, baseline performance measurement and development of the gap-closing plans in two networks per country identified jointly with the counterpart and USAID: Belize (Punta Gorda and Orange Walk); Costa Rica (Limón and Puntarenas); El Salvador (San Vicente and Sonsonate); and Panama (Chiriquí and Panamá Central - Table 1). The National AIDS Commission (NAC) in Belize decided to implement the CoC strategy in all regions of the country and the Project is providing technical assistance (TA) for transferring the capacity to conduct the methodology. This acceptance constitutes an important success in terms of institutionalization and sustainability.

Each country's technical/administrative team supported the CoC implementation through: visiting key stakeholders and group meetings for lobbying and negotiations with governmental and non-governmental (GOs/NGOs) and civil society organizations at the central and local levels for the presentation and negotiation of the strategy; the national and local situational analysis on HIV; review of the results; formation of the multi-sector network; baseline performance measurement and analysis of the results; and elaboration of the performance gap-closing plan. It is worth mentioning that the network formation stage is a slow and laborious process due to the diversity of the actors, and their different work areas and points of view that complicated and extended the consensus-building process. Another challenge was to determine who would lead the process and have authority to convene the member organizations. In some cases, such as El Salvador and Belize, the regional health authorities assumed this role.

Table 1 Advances in CoC implementation strategy in regional HIV multi-sector networks, October 2012

Country	Location of Network	FIRST PHASE		SECOND PHASE		THIRD PHASE			First follow up visit
		Presentation Negotiation	Diagnostic	Return Findings	Network Integration	Base Line Measurement	Return Findings	Intervention Plan	
Belize	Punta Gorda	X	X	X	X	X	X	X	
	Orange Walk	X	X	X	X	X	X	X	
Costa Rica	Limon	X	X	X	X	X	X	X	X
	Puntarenas	X	X	X	X				
El Salvador	San Vicente	X	X	X	X	X	X	X	
	Sonsonate	X	X	X	X	X	X	X	
Panama	Chiriqui	X	X	X	X	X	X	X	
	Panama	X	X	X	X	X	X	X	

The preceding table shows each network's progress through the CoC phases. The Limon network in Costa Rica has reached the follow up visit gap-closing plan monitoring stage while seven of the eight networks have their gap-closing plan.

The Puntarenas network could not conduct its baseline performance measurement scheduled for September due to the earthquake on the same week and have postponed it until October. Despite the slow progress in forming that network, they have come to agreement on the definition and validation of the performance standards. The different member organizations are in agreement with the process and understand the necessity to work as a network to join forces for a greater impact in prevention and treatment of PLH and populations at higher risk for HIV.

An important advance is that the organizations are adjusting their agendas and plans to be able to work together. They have come to agreement in El Salvador and Guatemala on a referral/counter-referral system to promote comprehensive care. The Costa Rican networks are designing standardized information, education and communications (IEC) materials. As mentioned above, the NAC in Belize has decided to implement the CoC strategy in all of the health regions.

I. RESULTS

➤ Continuum of Care

During the past Project Year (October 2011 – September 2012) 88% (7/8) of the multi-sector networks completed their first performance measurement. Puntarenas in Costa Rica did not conduct its baseline performance measurement due to the earthquake that occurred the same week as the scheduled date for the measurement. It is now planned for the first quarter of the third Project Year. The annual goal was for eight of the end of project target of twelve networks to have completed their baseline performance measurement (Tables 1.1 and 1.2).

Table 1.1 Percentage of multi-sector networks that have achieved their first CoC performance measurement towards a sustainable HIV response, October 2012

#	INDICATOR	Annual Goal	Achieved
1.1.1	% of multi-sector networks have completed performance assessments within the reporting period	66% (8 of 12)	88% (7 of 8)
	COUNTRY		
	Belize	66% (2/3)	100% (2 of 2)
	Costa Rica	66% (2/3)	50% (1 of 2)
	El Salvador	66% (2/3)	100% (2 of 2)
	Panama	66% (2/3)	100% (2 of 2)

Source: M&E USAID|Central America Capacity Project

The Project will continue supporting the multi-sector networks that have completed their baseline measurements during the coming year through follow up visits to monitor the plan and for the second performance measurement during the corresponding quarter. A third CoC network will be incorporated into the Project in each of the four countries. The Project will conduct the appropriate coordination and negotiation with the national and local counterpart to: define the coverage area; carry out the situational analysis; and complete the steps to form each of the new networks.

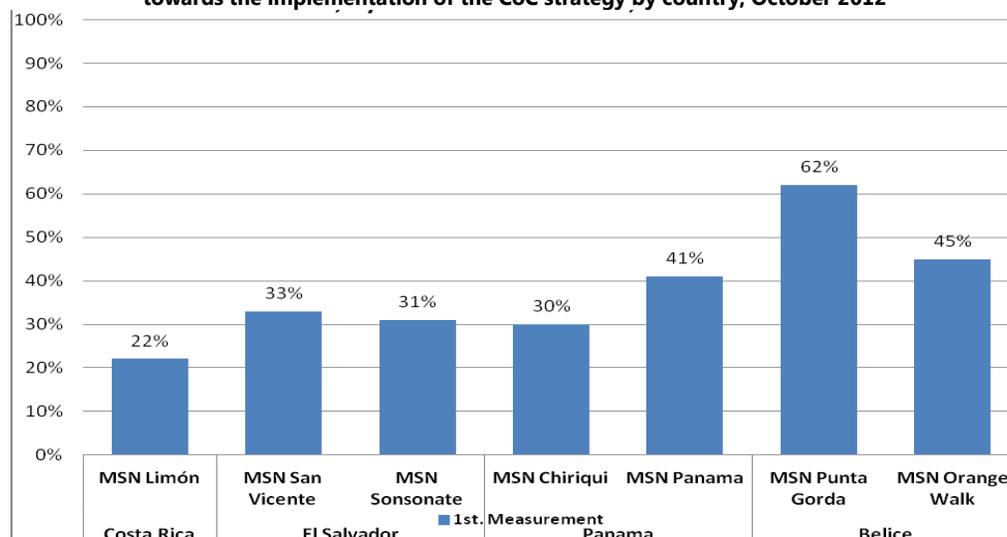
Table 1.2 Number of multi-sector networks that have achieved their first CoC performance measurement towards a sustainable HIV response, October 2012

#	INDICATOR	Annual Goal	Achieved
1.1.1.1	# of multi-sector networks that have completed the first performance assessment within the reporting period	8	88% (7 of 8)
	COUNTRY		
	Belize	2	100% (2 of 2)
	Costa Rica	2	50% (1 of 2)
	El Salvador	2	100% (2 of 2)
	Panamá	2	100% (2 of 2)

Source: M&E USAID|Central America Capacity Project

The overall baseline performance measurement scores in Figure 1 ranged from 22% in Limon, Costa Rica to 62% in Punta Gorda, Belize. The results were highest in Belize because the networks in the regions had been strengthened. There are few NGOs working in HIV in Costa Rica; while the work in Limon is just beginning.

Figure 1. Results from the first measurements of multi-sector networks towards the implementation of the CoC strategy by country, October 2012



Source: M&E USAID|Central America Capacity Project

All seven networks with a baseline measurement developed their performance gap-closing plan (88% of the annual target) with the only one not performing the measurement and subsequent plan being Puntarenas in Costa Rica due to the fore-mentioned earthquake.

The network gap-closing plans focus around defining their strategic plan, standardizing work materials, and, for the coming year, defining a referral/counter-referral system.

Table 1.3 Number of multi-sector networks that have developed an intervention plan to develop the CoC strategy in four countries (El Salvador, Costa Rica, Belize and Panama) October 2012

#	INDICATOR	Annual Goal	Achieved
1.1.3.	# of multi-sector networks that have developed intervention plan to reduce performance gaps within the reporting period	8	88% (7 of 8)
	COUNTRY		
	Belize	2	100% (2 of 2)
	Costa Rica	2	50% (1 of 2)
	El Salvador	2	100% (2 of 2)
	Panama	2	100% (2 of 2)

Source: M&E USAID|Central America Capacity Project

Of the seven multi-sector plans developed during the past quarter, three (43%) had a follow up visit: Limon in Costa Rica; and Panama Central and Chiriqui in Panama. Since the visits were less than three months after the performance measurement, no information on compliance with planned activities is available (Table 1.4). The networks in Belize (Punta Gorda and Orange Walk) and El Salvador (Sonsonate and San Vicente) conducted their baseline measurements during the last quarter of Project Year two. Likewise, most networks completed their gap-closing plans during the second Project year and will have their initial follow up visits during the first quarter of the third year.

Table 1.4. Percentage of advanced intervention plan follow-up visits towards the implementation of CoC strategy in regional multi-sector HIV networks, October 2012

Network	Gaps Identified on Intervention Plan						Percentage of Gap Compliance per Factor					Achievements	
	Organizational System	Incentives	Tools and Resources	Knowledge and Skills	Attitude	Total	Organizational System	Incentives	Tools and Resources	Knowledge and Skills	Attitude	% of Compliance with Intervention Plan	Achieves 80% compliance
Costa Rica													
Red de Limon	18	0	30	10	3	61	17%	0%	33%	0%	100%	30%	N/A
Panama													
Red Panama	3	1	3	1	0	8	0%	0%	0%	0%	0%	0%	N/A
Red Chiriqui	3	0	1	1	0	5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	N/A

Source: M&E USAID|Central America Capacity Project

The Project achieved 125% (255/204) of the annual target for number of regional network members trained: 118% (60/51) in Belize; 108% (55/51) in Costa Rica; 147% (75/51) in El Salvador; and 127% (65/51) en Panama. Trainings were in: HIV-related stigma and discrimination; voluntary counseling and testing (VCT); and, topics related to coordinating a network (e.g. leadership, Learning for Performance (LFP) and assertive communication). Training themes were directed towards closing the performance gaps as identified in the network intervention plans (Table 1.5).

Table 1.5 Number of multi-sector network members trained in HIV topics by country, October 2012

#	Indicator	Annual Goal	Annual Achieved	Annual Performance
1.1.5.	# of CoC network members who successfully completed training program	204	255	125% (255 of 204)
	Country			
	Belize	51	60	118% (60 of 51)
	Costa Rica	51	55	108% (55 of 51)
	El Salvador	51	75	147% (75 of 51)
	Panama	51	65	127% (65 of 51)

Source: M&E USAID|Central America Capacity Project

Of the 255 network members trained: 36% were male and 64% female; 77% worked for a GO, 21% with an NGO and 2% were from the civil society (Tables 1.5 and 1.6).

Table 1.6 Distribution of multi-sector network members trained in HIV topics, by gender and institution. October 2012

#	Indicator	Annual Goal	Percentage
1.1.5.	# of CoC network members who successfully completed training program	255	125% (255 of 204)
	Male	92	36% (92 of 255)
	Female	163	64% (163 of 255)
	Governmental Organization	197	77% (197 of 255)
	Male	60	30% (60 of 197)
	Female	137	70% (137 of 197)
	Non-governmental Organization	52	21% (52 of 255)
	Male	29	56% (29 of 52)
	Female	23	44% (23 of 52)
	Civil Society	6	2% (6 of 255)
	Male	3	50% (3 of 6)
	Female	3	50% (3 of 6)

Source: M&E USAID|Central America Capacity Project

Training of network members began after having formed the network, carried out the first performance measurement and developed their gap-closing plan. Recurring themes, partially due to the need to standardize terminology and knowledge, were stigma and discrimination and strengthening of the network working groups. The Project also provided trainings in OPQ, LFP and VCT. The application of LFP combined instruction with performance improvement through the analysis of obstacles to good performance thereby determining the missing causal factors (gaps), and developing an approach to improve and support network member performance.

The network team-building workshops were designed around the five performance factors: (clear definition of job expectations; clear and immediate feedback; adequate physical work environment; motivation and incentives; and skills and knowledge) linking these factors to motivating improved network performance through closing gaps that were obstacles to achieving performance standards. Network members' values and attitudes affect the team's behavior and consequently their joint performance. The team-building trainings directed reflection into innovative and feasible actions as part of their routine work. Team-building training achievements include:

Belize: Sixty network members certified.

Costa Rica: Fifty-five network members certified through four workshops: two in stigma and discrimination and one each in counseling and OPQ. All network members received training in OPQ while the other three trainings were for the members of the Limon network.

El Salvador: Members of the Sonsonate and San Vicente networks received training in stigma and discrimination.

Panama: Members of both networks trained in team-building and Chiriqui network members trained in LFP.

The achievement of 125% of the total CoC network member training target happened in spite of a number of significant challenges. The networks meet an average of once per month and many members are volunteers and have other jobs, making it difficult to convene them for a two-day (above their other commitments) training session. Some members cannot participate in the trainings and in other cases organizations send different people on different days, complicating the certification process. Another network members training challenge is their different educational levels due to the disparity in the type and nature of member organizations. Therefore, the trainings have to take into account the different levels, knowledge and skills related to the specific topics.

➤ NEXT STEPS

- Training members of all networks in LFP and development of annual network training plans.
- Training network members in VCT and Stigma and Discrimination.
- Develop an Adherence curriculum for the network member organizations.
- According to the strategic information result, the Project will continue supporting local, regional or national forums and dissemination meetings, for evidence-based decision making.

II. FINANCIAL REPORT - CAMPLUS REGIONAL

In the fourth quarter of Project year two, the Regional component spent \$67,534, plus provisional expenditures pending liquidation of \$20,267, for a total of \$87,801. For the Project's second year, ending September 2012, the Regional component spent a total of \$279,896.

The original expenditure projection for the second year was \$595,288 with an execution of \$259,629 (44%), not including provisional expenses. The end of year carryover was \$369,384; subtracting the regional obligation (\$649,280) from the total amount spent \$279,896.

USAID/ CAPACITY PLUS PROJECT CENTRAL AMERICA BUDGET EXECUTION YEAR II (OCT-2011 TO SEPT-2012)

Budget Lines	Executed (Oct 11- Sept 12)	Cam Plus Regional Belize	Cam Plus Regional Costa Rica	Cam Plus Regional El Salvador	Cam Plus Regional Panamá	Commitments
Strengthening the Quality of Care and improving the quality of life for PLWH and other vulnerable Populations	\$206,620	\$45,509	\$48,371	\$46,556	\$50,675	\$15,509
Training	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Procurement	\$8,665	\$1,374	\$1,786	\$1,374	\$4,131	\$0
Total Direct Costs	\$215,285	\$46,883	\$50,157	\$47,930	\$54,806	\$15,509
Indirect Cost (30.68%)	\$64,612	\$14,004	\$14,992	\$14,377	\$16,466	\$4,758
Total	\$279,896	\$60,887	\$65,149	\$62,307	\$71,272	\$20,267

CAMPLUS BILATERAL

I. RESULTS

This section of the report contains achievements for the Guatemala Bilateral Component for Project Year two (October 2011 – September 2012) based on: the annual work plan; the PMP; reports from the field coordinators, and site visits. The bilateral component has five results to be carried out in eight areas in Guatemala:

1. The Continuum of Care (CoC) strategy is implemented in eight areas in Guatemala.
2. Improved social environment for vulnerable populations accessing HIV services.
3. Improved use of strategic information at the local level.
4. Reduced stigma and discrimination at the local level, thereby improving quality of life among PLWH.
5. Increased demand and quality for HIV and STI services in the 34 health centers strengthened by USAID during the last five years and expand to another 16 centers.

Through these five results the Project will expand the CoC strategy to contribute to the national HIV response emphasizing service quality to improve: adherence to ART; clinical care; secondary prevention; and other complementary support services that improve the quality of life of PLWH as well as relevant prevention and other STI services for populations at highest risk.

The Project technical team (field coordinators) made individual and group visits to their assigned areas to present the CoC strategy to the GO, NGO and civil society members that participate in the local multi-sector networks. Upon receiving network approval, they conducted the HIV situational analysis including: mapping of organizations by service area and geographic coverage; relations with other organizations (horizontally and vertically); type of educational/communications materials; and reporting system.

After reviewing the results of the situational analysis, the networks began their formation by revising the network's mission, vision, strategic objectives, and functional structure. Afterwards they presented and validated network performance standards in order to initiate the baseline performance measurements. The members then developed gap-closing intervention plans based on the gaps identified in the measurement process. The network working groups met periodically to coordinate the corresponding activities including: development of the network strategic plan; review of educational materials; dissemination of treatment norms and protocols; creation of activity reporting formats; and design of client satisfaction surveys.

The networks also received follow up visits to monitor progress in the gap-closing plans and support for carrying out activities. The network formation stage is a slow and laborious process due to the diversity of the actors; and their different work areas and points of view complicating and extending the consensus-building process. Constant changes in MOH national and local authorities during the past project year complicated and delayed the coordination process and initiation of activities to increase the demand for and quality of the HIV and STI services in the 50 health centers. Due to this obstacle, the Project focused more on the rollout of the CoC than what was originally planned.

Result 2.1. Continuum of Care strategy implemented in 8 areas in Guatemala

During the first quarter of the second year, the Project approached an existing health network in Sacatepequez about the lack of a coordinated response to the HIV problem. In spite of the identification of ten organizations interested in forming an HIV network, the MOH Directorate for the Health Area displayed little interest or willingness to receive Project TA and it was not feasible to continue further there with the CoC strategy. Meanwhile, the Project received an expression of interest from the Retalhuleu network headed by the Health Area NAP coordinator. Considering that the incidence of HIV there is in the same range as that of Sacatepequez, and there was an opportunity to join efforts of the local network with that of the Southwest Regional Network (REDSO), the decision was made to implement CoC there with the concurrence of USAID and the MOH/NAP.

During the second fiscal year (FY), the eight multi-sector networks completed the first two CoC implementation phases and, with the exception of Retalhuleu, all networks conducted the baseline performance measurement, analysis of results and gap-closing plan (Table C.B.1). Retalhuleu will conduct its performance measurement during the first quarter of FY3.

Table C.B.1. Advances in CoC implementation strategy in HIV multi-sector networks in Guatemala
October 2012

Area	FIRST PHASE		SECOND PHASE		THIRD PHASE			
	Presentation Negotiation	Diagnostic	Return Findings	Network Integration	Base Line Measurement	Return Findings	Intervention Plan	First follow up visit
Santa Rosa	X	X	X	X	X	X	X	X
Sur-Occidente	X	X	X	X	X	X	X	X
Huehuetenango	X	X	X	X	X	X	X	X
Petén	X	X	X	X	X	X	X	X
Izabal	X	X	X	X	X	X	X	X
Zacapa	X	X	X	X	X	X	X	
Quetzaltenango	X	X	X	X	X	X	X	
Retalhuleu	X	X	X	X				

Source: M&E USAID|Central America Capacity Project

Due to delays in initiating activities in the health centers (Result 2.5), the Project worked with one more network than originally planned achieving 117% (7/6) of the target for networks completing their first measurement and consequent gap-closing plan (Table C.B.2 and Figure C.B.1).

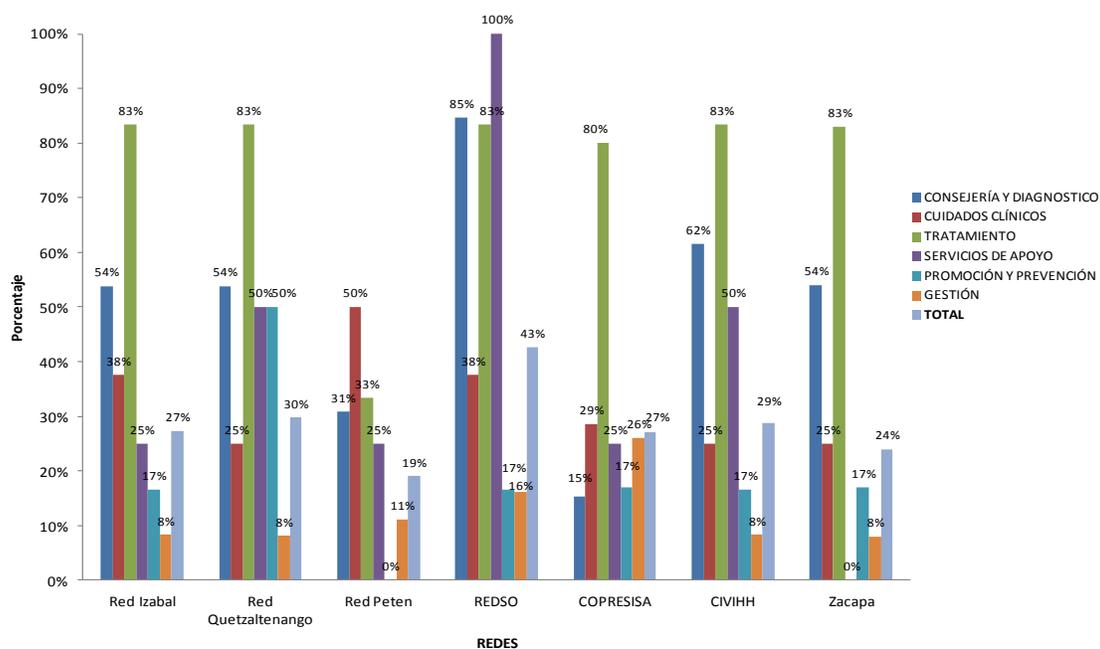
Table C.B.2 Percentage and number of multi-sector networks which have achieved their first CoC performance measurement towards the implementation of CoC strategy. October 2012.

#	Indicator	Annual goal	Annual achievement	Annual performance
2.1.1	% of multi-sector networks have completed performance assessments within the reporting period	100% (6 of 6)	117% (7 of 6)	117% (7 of 6)
2.1.1.1	# of multi-sector networks have completed first performance assessments within the reporting period	6	7	117% (7 of 6)
2.1.2	% of multi-sector networks that achieved the activities included in the intervention plan, depending on the time of measurement	75%	N/A	N/A
2.1.3	# of multi-sector networks that have developed an intervention plan to reduce performance gaps within the reporting period	6	7	117% (7 of 6)

Source: M&E USAID|Central America Capacity Project

Results of the first performance measurement ranged from 19% in Peten to 43% in the Southwest (REDSO) network (Figure C.B.1).

Figure C.B.1 Results of the base line measurement in multi-sector networks that implement CoC strategy Guatemala, October 2012



Source: M&E USAID|Central America Capacity Project

The areas with the highest performance scores were treatment, and counseling-diagnosis. Availability of anti-retroviral therapy (ART) was not part of these instruments since it is included in the hospital OPQ measurements. Based on the experience from the first round, the networks plan to modify the measurement instruments to get a more precise understanding of the situation. The areas with the greatest opportunity for gap-closing are management and promotion-prevention.

Principle causes of these gaps are the lack of clear functional structures, and that they are not applying the MOH IEC manual. During the coming year the Project will make follow up visits to monitor execution of the gap-closing plans as well as their second performance measurement.

During the fourth quarter of this fiscal year, the Project initiated the strengthening of the referral/counter-referral systems in the Huehuetenango and REDSO networks. Twenty-eight persons reviewed the current MOH system to see how they could improve: adherence to ART; access to services; and follow up to assure prompt treatment of newly diagnosed cases. The first step was a situational analysis of the current system and the need to include institutions providing support services into the process. The discussion was based on the norms in the MOH National HIV Strategic Plan (NSP) 2011-2015 as well as the need to connect the different levels of care with the CoC strategy. The MOH system was the reference for the development of the network referral instruments and they agreed to create a directory of the different formats being used.

The Project also initiated a process to explore the use of mHealth to improve adherence to ART with UNAIDS who has an alliance with the mobile service provider Tigo to use mobile telephones to promote human rights for PLWH. A pilot will be designed in October for initiation in November.

➤ Network trainings

During the second fiscal year the Project began training the network member organizations beginning by training selected individuals in LFP. These individuals will be responsible, with Project support, to conduct gap-closing trainings. LFP combines instruction with performance improvement through the analysis of obstacles to good performance thereby determining the missing causal factors (gaps) and developing an approach to improve and support network member performance. In this case, the methodology is being applied to develop instructors competent to update network members' knowledge and skills to respond to the needs of PLWH. The project supported two LFP workshops and another that also included a Stigma and Discrimination curriculum developed through the application of LFP with a total of 61 persons trained in the methodology.

Based on the five LFP performance factors: (clear definition of job expectations; clear and immediate feedback; adequate physical work environment; motivation and incentives; and skills and knowledge) network members identified a number of functional gaps affecting their performance. They then conducted team-building workshops directed towards conflict resolution and assertive communication so that the network members could link motivational factors with performance to close the gaps in complying with the performance standards. The Project supported six of these workshops in Petén, Zacapa, Retalhuleu, Izabal, Huehuetenango and Cuilapa training a total of 87 individuals.

The Project reached 100% (148/148) of the target for network members trained through nine training sessions, six in institutional strengthening and three in LFP. Trainings were focused on the gap-closing needs identified in the network performance gap-closing plans (Table C.B.3).

**Table C.B.3. Number of multi-sector network members, trained in HIV topics in Guatemala
October, 2012.**

#	Indicator	Annual goal	Annual achievement	Annual performance
2.1.5.	# of CoC network members who successfully completed training program	148	148	100% (148 of 148)

Source: M&E USAID|Central America Capacity Project

The trainees were 24% male and 76% female. Thirty-five percent worked in governmental organizations (GOs), 14% in NGOs, and 51% with civil society organizations (Table C.B.4).

**Table C.B.4 Number of multi-sector network members, trained in HIV topics in Guatemala
By gender and institution. October, 2012**

#	Indicator	Annual goal	Percentage
2.1.5.	# of CoC network members who successfully completed training program	148	100% (148 de 148)
	Male	35	24% (35 of 148)
	Female	113	76% (113 of 148)
	Governmental Organization	52	35% (52 of 148)
	Male	3	6% (3 of 52)
	Female	49	94% (49 of 52)
	Non-governmental Organization	21	14% (21 of 148)
	Male	9	43% (9 of 21)
	Female	12	57% (12 of 21)
	Civil Society	75	51% (75 of 148)
	Male	23	31% (23 of 75)
	Female	52	69% (52 of 75)

Source: M&E USAID|Central America Capacity Project

In accordance with the LFP methodology, those certified as trained completed 16 hours of training and achieved a minimum 80% score on the post-test with verification that they had acquired the required skills. Ninety-nine percent (148/150) of trainees received certification. (Table C.B.5).

Table C.B.5. Percentage of multi-sector network members that successfully complete the training program in Guatemala, October 2012.

#	Indicator	Annual goal	Annual performance
2.1.6.	% of CoC network members who successfully completed training program	70%	99% (148 of 150)

Source: M&E USAID|Central America Capacity Project

Training challenges were related to convening the participants due to the voluntary nature of their participation in the networks and their different organizational agendas and commitments as well as the heterogeneous nature of the participants requiring adjustment to the different knowledge and skills levels.

Next steps:

- I. Conduct the baseline performance measurement in Retalhuleu.
- II. Transfer the OPQ methodology to network members charged with conducting the next round of measurements.
- III. Conduct the second measurement in Petén, REDSO and Santa Rosa.
- IV. Support the network performance gap-closing implementation plans.
- V. Conduct referral/counter-referral system workshops in Peten and Izabal.
- VI. Facilitate cross-site visits to share successes and lessons learned.
- VII. Design and implement an adherence study.
- VIII. Develop an annual training plan for each network.
- IX. Train network members in VCT.
- X. Develop an adherence training curriculum for the networks.

➤ Result 2.2 Improved social environment for vulnerable populations accessing HIV services

Although there were no PMP targets for Result 2.2, the Project conducted a number of activities to improve the social environment for PLWH and MARPS. Six networks have updated maps of available local social support services from GOs, NGOs and CBOs. The CoC performance measurements facilitated the analysis of gaps to access to services and their causes. Networks in Petén, Zacapa, Huehuetenango and REDSO presented their strategic plans along with MOH data demonstrating the need to focus on the improvement of services for PLWH and MARPS to local authorities to promote the involvement of other government agencies. Following stigma and discrimination trainings, representatives of MARPS and PLWH groups joined the networks, to promote their active participation, and if possible, as members of the networks' coordination commission.

During the fourth quarter, the Pan-American Social Marketing Organization (PASMO) convened the technical group for conducting a social movement against stigma and discrimination in which the Capacity Project participates. This movement is part of a campaign supported by the Global Fund and it is expected that the networks will be the local focal points for the movement and the campaign. The Project will continue to support these actions to improve the social environment during the coming year.

➤ **Result 2.3 Improved use of information at the local level**

The Project made alliances with other organizations during the second year to strengthen information use at the local level and participated in the CONASIDA (National AIDS Commission) three regional workshops conducted within the framework of the HIV NSP 2011-2015. The annual operational plans were reviewed including information on the networks and local health centers activities to facilitate the MOH’s ability to coordinate the distribution of resources, including those of cooperation agencies, to reach the objectives in the NSP. They also developed a national research agenda and are working to strengthen capacity for monitoring and evaluation, all with the purpose of disseminating strategic information related to HIV. They formed a national strategic information working group and contemplate forming regional working groups in the departments of Escuintla, Quetzaltenango, Zacapa and Chiquimula.

Given that the Project supports CoC networks in three of these departments, a strategic alliance with UNAIDS was made to support the strategy. Local technical teams were convened and are being formed, and, in the cases of Quetzaltenango and Zacapa, are being incorporated into the network structure.

In respect to information-based decision-making, the Project supported situational analyses and discussions of the result along with the analysis of national and local HIV prevalence data. The seven networks held meetings to analyze the information and defined specific actions based on the evidence including: restructuring the networks; designing evidenced-based gap-closing plans; and identifying concrete steps to improve the quality and access to services by PLWH and MARPS (Table C.B.6).

Table C.B.6. Number of multi-sector networks that take actions based on strategic information analysis to improve access and quality of CoC services for MARP and PLWH. Guatemala, October 2012

#	Indicator	Annual goal	Annual achievement	Annual performance
2.3.1.	# of multi-sector networks that take actions based on strategic information analysis	4	7	175% (7 of 4)
2.3.2.	# of local and national forums where multi-sector networks present strategic information for analysis and decision making	2	2	100% (2 of 2)

Source: M&E USAID|Central America Capacity Project

Other information-based decisions included:

- REDSO provided information to the MOH services of the municipality of Malacatan in San Marcos Department providing visibility to the need for improving the HIV services in the region. The decision, based on this information, was to open an HIV Comprehensive Care Unit (CCU) in the hospital which also requested project help in implementing OPQ (since included in the CAMCAP Project).
- The Peten network reduced conflict among member organizations by adopting the governability framework.
- The Peten network decided to use GoogleGroups to improve communication and logistics such as for convening meetings and disseminating information strengthening network cohesion.

The Project supported two forums during the past year: a local one coordinated by REDSO; and a national forum achieving 100% of the target (Table C.B.6). Eighty-six persons participated in the REDSO June forum where they disseminated their mission, vision, objectives, and principle activities and achievements. The Coatepeque Hospital CCU presented its operational center (*sala situacional*) and the representative of the PLWH organization *Gente Unida* highlighted the need sensitize the local population about HIV. This was the first time that REDSO had the participation of institutional directors; the Departmental Governors; the MOH/Health Area Director and the technical team from San Marcos; the Mayor of Coatepeque and the Governor of Retalhuleu.



Emilio Maldonado, Mayor of Coatepeque



Dr. Julio César Lam, Director of the San Marcos MOH/Health Area

The authorities expressed their support for the REDSO network and the mayor offered to provide space in the municipality should REDSO need it. The authorities from San Marcos confirmed their commitment to open an HIV CCU in the Malacatan Hospital.



Luis Rivera, Departmental Governor of San Marcos, during the REDSO forum

The first national forum of CoC networks took place in September, with 148 network members participating (Table C.B.7). Other USAID partners were also present, United Nations agencies and the MOH/NAP.

Table C.B.7. Participants of the multi-sector network national encounter. September 2012

Network	Health services	Education	Uniformed personnel	NGO	Faith based organizations	Sexual diversity representatives	Human Rights	Others	Total by network
Peten	8	0	0	7	1	1	1	2	20
Izabal	7	0	0	3	1	4	1	2	18
Zacapa	2	1	0	2	0	0	0	2	7
Escuintla	4	0	0	1	0	0	0	1	6
Santa Rosa	12	4	1	1	0	0	0	1	19
Retalhuleu	9	2	4	12	3	1	0	2	33
Sur Occidente	10	0	0	4	2	2	0	0	18
Quetzaltenango	1	0	0	5	1	2	0	4	13
Huehuetenango	1	0	0	3	0	4	0	6	14
Total by sector	54	7	5	38	8	14	2	20	148

The main forum results were:

- An exchange between the working groups of the nine networks to share successes and lessons learned in implementing CoC.
- Standardization of a focus on gender, stigma and discrimination, and human rights within the networks activities.
- Revision and validation of performance standards for a standardized performance measurement instrument facilitating comparisons across networks.

The NAP presented the national IEC strategy, including the importance of creating and implementing local operational plans. At the closing of the forum, the network members disseminated a document ratifying their commitment to strengthen CoC in their localities and invited representatives of human rights organizations to join with the multi-sector networks.

➤ **Result 2.4 Reduced stigma and discrimination at the local level**

The results of the performance measurements indicated the need for a more effective approach to stigma and discrimination related to PLWH and MARPS including information on the legal framework protecting the rights of the individual. As a response to the lack of awareness of the topic, during the March LFP trainings they agreed to design a Stigma and Discrimination curriculum.

Since all groups identified the same awareness gap, they agreed upon developing a common curriculum for all of the networks (Table C.B.8). The Project achieved 155% (87/56) of the annual target for persons trained and certified in stigma and discrimination (29% male and 71% female). Fifty-nine percent worked for a GO, 26% for an NGO; and 15% were from a civil society organization (Table C.B.8).

**Table C.B.8 Number of multi-sector network participants that successfully complete stigma and discrimination training
By gender and institution in Guatemala. October, 2012.**

#	Indicator	Annual goal	Annual achievement	Annual performance
2.4.1.	# of participants of multi-sector network who successfully complete stigma and discrimination training	56	87	155% (87 of 56)
	Male	NA	25	29% (25 of 87)
	Female	NA	62	71% (62 of 87)
	Governmental Organization	NA	51	59% (51 of 87)
	Male	NA	11	22% (11 of 51)
	Female	NA	40	78% (40 of 51)
	Non-governmental Organization	NA	23	26% (23 of 87)
	Male	NA	8	35% (8 of 23)
	Female	NA	15	65% (15 of 23)
	Civil Society	NA	13	15% (13 of 87)
	Male	NA	6	46% (6 of 13)
	Female	NA	7	54% (7 of 13)

Source: M&E USAID|Central America Capacity Project

The Project provided five workshops for the networks of Petén, Cuilapa, REDSO, Huehuetenango and Quetzaltenango to strengthen the members’ competencies to provide support in relation to HIV. A total of 87 individuals were certified as competent exceeding the annual target of 56 due to the importance of elevating knowledge to close these important gaps identified in the performance measurements.

Next steps:

- Conduct stigma and discrimination trainings for the networks Zacapa, Retalhuleu and Izabal.

➤ **Result 2.5 Increased demand and quality for HIV and STI services in the 50 health centers**

During the first quarter of the second year, the Project formed the technical team for implementing OPQ in the health centers consisting of persons delegated by the *Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS)*, the NAP, and Project staff to jointly define the technical criteria for the 50 health centers that will be implementing the strategy. Afterwards the team defined the first version of the performance measurement instruments and validated them in the STI clinic in Zone 3 and in the Permanent Attention Center (CAP) in Taxisco, Santa Rosa.

Activities were interrupted due to changes in the government and central and local level MOH authorities. In the third quarter, the Project had to renew the presentation and negotiation process with the new authorities, and in July the OPQ leadership group was formed consisting of: the Quality Management Unit; the Department of Services Development; the Supervision/M&E Unit (USME) of SIAS; and the NAP. They then developed the measurement instruments based on the current norms together with the Sexual /Reproductive Health Program and the Cross-Cutting Programs group. The team established 137 standards across 7 measurement areas: outpatient; emergency; OB/GYN; the laboratory; the storeroom and pharmacy; bio-safety and management.

After receiving written authorization from SIAS, the Project transferred the methodology to the 13 SIAS staff members including USME supervisors, and personnel from the Department of Services Development and the Quality Management Unit.

OPQ implementation began in the fourth quarter in the departments of Peten and Izabal in the northern region. In order to guarantee the execution at the local level the Project then transferred the methodology to 31 MOH staff from that region, most of the training done by previously trained employees of SIAS. The Project certified a total of 44 persons in OPQ including doctors, nurses, HIV coordinators, and finance administrators in the priority health areas and centers (Table C.B.9). Even though it was not one of the annual targets, the training was necessary to guarantee the OPQ implementation in the selected health centers.

Table C.B.9: In service training achievement

#	Indicator	Annual goal	Annual performance
2.5.1.	# of health workers who have completed in service training	N/A	(44 of 0)
2.5.1.1	% of health workers who have completed training program	N/A	100%

Source: M&E USAID|Central America Capacity Project

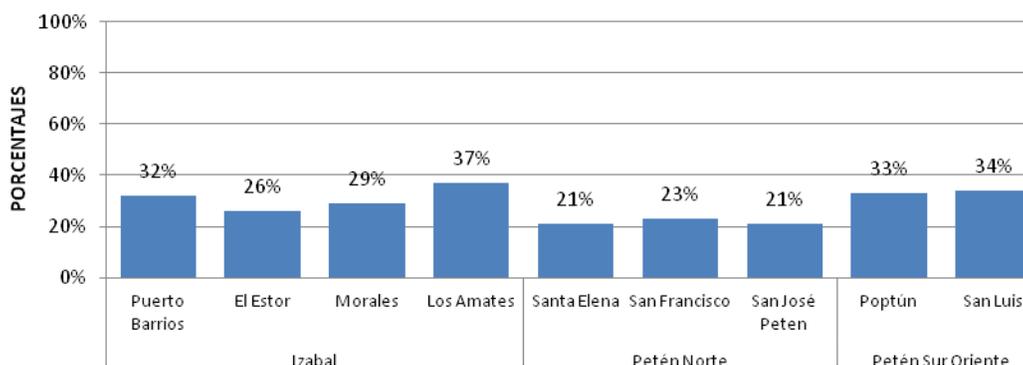
Table C.B.10: Monitoring and evaluation indicators for fiscal year II.

#	Indicator	Annual goal	Annual performance
2.5.2.	Percentage of health centers that have completed performance assessments within the reporting period	60% (6 of 10)	90% (9 of 10)
2.5.2.1	# of health centers that have completed base line performance assessment within the reporting period.	10	90% (9 of 10)
2.5.3.1	# of health centers that have developed an intervention plan to reduce performance gaps within the reporting period	10	90% (9 of 10)

Source: M&E USAID|Central America Capacity Project

The teams trained in ODC performed baseline measurements in nine health centers, 90% of the target. The average overall performance score was 28.4% (Figure C.B.2).

Figure C.B.2 Results of the OPQ base line measurement in Health Centers North region in Guatemala. September, 2012.

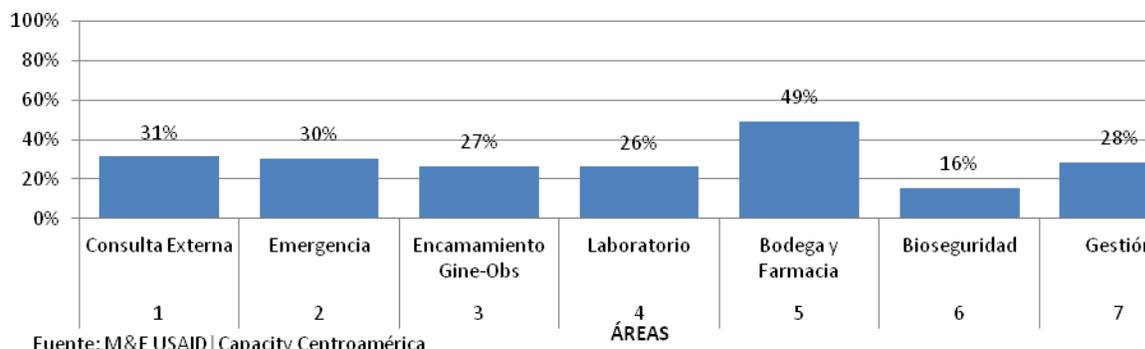


Source: M&E USAID|Central America Capacity Project

The results in Figure C.B.2 show that 44% of the services (4/9) exceeded 30% in their baseline measurement, with Los Amates in Izabal reaching a performance level of 37%, in spite of the fact that they have an inadequate infrastructure due to the new center, to be inaugurated in December, is under construction. The positive attitude of the personnel to constantly improve themselves to provide a quality service and the continuous training provided the Municipal Health Coordinator, are the factors that led to these results.

The largest performance gaps were related to the standards of: bio-safety; the laboratory; and management. The storehouse and pharmacy area had the highest performance reaching 49% and bio-safety is the area with the most room for improvement with a score of 16%. This last datum is due to the fact that the health workers are not practicing personal protection and the services lack adequate procedures for bio-hazard trash disposal. Additional gaps were found in VCT, the use of the Protocol for Victims Surviving Sexual Abuse, and the cordial treatment of clients which in certain cases facilitates stigma and discrimination (Figure C.B.3).

**Figure C.B.3 Comparison of global performance improvement in base-line measurements, by area.
Health Centers of north region in Guatemala. September, 2012**



The only three Centers that applied the measurement of in-patient services were the Comprehensive Maternal-Child Center (CAIMI) of El Estor, and the Health Centers of Los Amates and Morales.

Both the health areas and services accepted the OPQ methodology due to the involvement of the personnel and Health Area Directors from the outset, so that they supported the full implementation process of the gap-closing plans and requested the inclusion of the secondary service level which had not been a priority.

During the coming Fiscal Year (2012-2013) the Project will support the baseline measurement in the other 41 health centers according to the list established with SIAS, which is currently undergoing an internal reorganization where the Quality Management Unit will be responsible for the methodology transference workshops; measurements; and implementation of the OPQ strategy.

Next steps for the first quarter of the third fiscal year:

- Methodology transference workshops for health area and health center personnel of Escuintla, Retalhuleu and Suchitepéquez.
- Baseline measurements in the health centers of Escuintla and Retalhuleu.
- Follow up visits to the nine centers in Izabal and Peten.

II. CHALLENGES ENCOUNTERED AND THEIR SOLUTIONS

CHALLENGE	SOLUTION
Pre-existing networks were not oriented towards empowerment and sustainability having high expectations for Project support, especially in terms of financial resources	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Constant reminders about the role of Project TA ➤ Increase in the number of visits and occasions to dialogue with the network coordinating commissions and individually with member organizations
The pre-existing networks made up of voluntary organizations with limited time to dedicate to the networks	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Increase the time to dialogue with the member organizations ➤ Brief working group meetings to direct implementation in smaller groups
Lack of understanding of CoC and resistance to change in some networks. Little interest of some organizations to comply with commitments to implement the strategy	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Individual visits to dialogue ➤ Reinforce the advantage of CoC in the meetings ➤ High investment of time in telephone, electronic communication and in person, to sensitize persons about the importance of their active participation
Historic conflicts between network members carrying over into the networks thereby blocking implementation	<ul style="list-style-type: none"> ➤ High investment of time in telephone, electronic communication and in person to mitigate the conflict ➤ Workshops on conflict resolution, assertive communication and team-building
Limited technical capability to conduct internal M&E to facilitate the formalization and compliance with objectives	<ul style="list-style-type: none"> ➤ High investment of time in telephone, electronic communication and in person to provide accompaniment ➤ Identify key persons who can develop their capacity to document, report and inform about the network's activities ➤ Promote the incorporation of persons with a higher skill level to augment the network's technical capacity and to improve the strategic vision and approaches
Lack of an approach for the reduction of stigma and discrimination towards PLH and other vulnerable populations and need for a training curriculum for a highly heterogeneous audience in terms of educational level, experience and organizational nature	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Training of network members to standardize their knowledge and understanding of stigma and discrimination related to HIV and affected populations ➤ Development of curriculum through application of LFP
The CoC process of implementing through multi-sector networks is innovative and has required a high level of effort do to the fact that it is evolving as it implements	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Quarterly workshops with the Field Coordinators to evaluate the CoC operational activities ➤ Systematization of the accumulated experience and updating the CoC implementation field guide
Rely upon network member participation in the training workshops	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dialogue with the heads of the member organizations to convince them of the importance of taking advantage of the educational opportunities ➤ Implementing systems for convening the members for training that also facilitated them getting the necessary authorization from their organization
Constant rotation of MOH personnel, especially at the central level, that delayed decision-making	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Focusing efforts on local authorities ➤ Strengthening the multi-sector networks to continue the scheduled activities
Three changes of MOH authorities during the Project year. Each change brought new policies and guidelines that paralyzed implementation, most of all in the health centers.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Active search for information on possible nominations for key posts ➤ Presentation meetings with the new authorities ➤ Constant communications and relations with the technical-operational levels of the MOH

III. LESSONS LEARNED

- ✓ Implementation of the CoC strategy requires parallel processes of dialogue and negotiation with MOH authorities at the central and local levels.
- ✓ The negotiation and dialogue phase of the formation of the multi-sector CoC networks is a complex and prolonged social process balancing the visions and interests of multiple stakeholders. Therefore, it is necessary to allow sufficient time for this first phase to assure a clear understanding of the CoC strategy and dynamic so as not to force the formation and to ensure the actions are taken by consensus and in harmony in the search for empowerment and sustainability.
- ✓ The CoC multi-sector network implementation process is new to the country and to work with multiple heterogeneous actors, it is necessary to utilize social team-building skills such: as conflict resolution and strengthening relationships; and functioning under a systems perspective in addition to having technical clarity.
- ✓ Providers of technical assistance to the multi-sector networks must possess negotiation and conflict resolution skills to maintain impartiality and minimize conflicts as they come up.
- ✓ The government transition has stalled processes involving the MOH and it is necessary to take into account the duration of the transitional process and develop programming that can advance in other areas not dependent upon government intervention.
- ✓ The network dynamic is constantly changing which requires a documentation and systematization of the processes to assure the robustness of the lessons learned and analyses for decision-making. Likewise, it is necessary to maintain clear information about member activities so the participants can stay informed even when they miss some meetings.
- ✓ It is important to incorporate local decision-makers into the network to provide the support necessary to promote the processes and activities.
- ✓ The participation of delegates from the Health Area does not assure that the Area Director is informed about network activities. It is necessary to maintain a constant communication with the Directors to maintain them involved and up to date on network progress.
- ✓ The government transition process delayed the technical assistance to the MOH much longer than expected. The OPQ in health centers negotiation process with the new authorities required seven months to take up again and it is necessary to take this delay into account during future transitions.

IV. FINANCIAL REPORT - CAMPLUS BILATERAL

During the fourth quarter of FY2 the Bilateral component spent \$389,083 plus provisional expenditures (pending liquidation) of \$28,705, for a total amount of \$417,788. For second fiscal year (FY2), ending September 2012, the total amount was \$869,159.

The original FY2 expenditure projection was \$1,061,861 with an execution of \$840,454 (79% expenditure), not including provisional expenses. Subtracting from the amount obligated for the year, the end of year carryover was \$431,229 (\$1,300,388 – \$869,159).

USAID/ CAPACITY PLUS PROJECT CENTRAL AMERICA BUDGET EXECUTION YEAR II (OCT-2011 TO SEPT-2012)

Budget Lines	Executed (Oct 11-Sept 12)	CAMPLUS Bilateral Expenses	Commitments
Strengthening the Quality of Care and improving the quality of life for PLWH and other vulnerable Populations	\$657,375	\$635,409	\$21,966
Training	\$0	\$0	\$0
Procurement	\$10,340	\$10,340	\$0
Total Direct Costs	\$667,715	\$645,749	\$21,966
Indirect Cost (30.68%)	\$201,444	\$194,705	\$6,739
Total	\$869,159	\$840,454	\$28,705

ADMINISTRATIVE REPORT

3. ADMINISTRATIVE REPORT

The following administrative report includes information for both the Regional and Bilateral components.

➤ EMPLOYEE AND CONSULTANT CONTRACTS

After the Bilateral Project Manager resigned during the third quarter, the administrative department began the process of recruitment and selection. Ms. Juliana Sanchez was hired after receiving USAID approval.

The Field Coordinator for the Central Region was removed from his post in early March and after undergoing the recruitment process, Ms. Mildred Johnson was hired in his place on May 7, 2012. Ms. Johnson has experience working in the field and with networks.

Mr. Luis Guerra was hired as a Financial Administrative Assistant on May 28, 2012 in order to strengthen the financial management team.

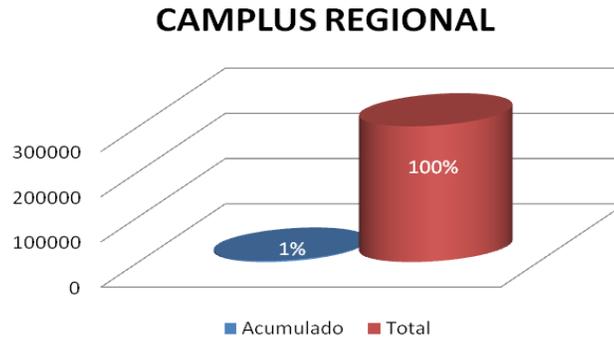
Dr. Edwin Estuardo Diaz had applied for the position of Field Coordinator of the Central Region; however, Dr. Diaz's specific skills led to his being hired as Bilateral Project Coordinator beginning July 2, 2012.

Mr. Fernando Arevalo was hired as Bilateral Project Manager due to his extensive experience in Mission projects and field work.

In Belize, Ms. Ivorine Bulwer appointment as Field Coordinator was rescinded, hiring instead Mr. Ivan Cabb. However, Mr. Cabb was not maintained because of poor integration with the team and commitment to the Project. As a result, past applicants were evaluated again and the NAC recommended Mr. Marconie Moh as a potential candidate for the position of Field Coordinator. Mr. Moh began his contract June 11, 2012.

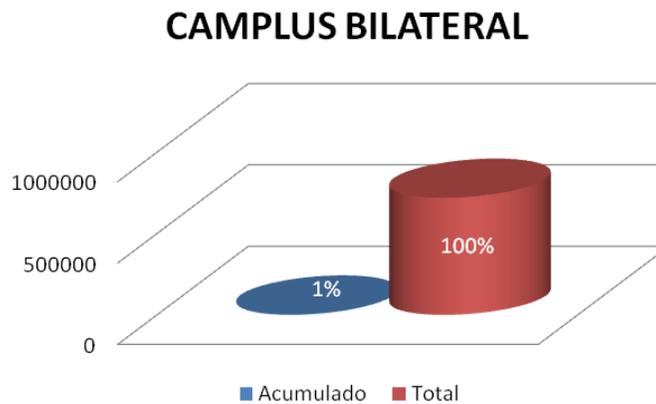
➤ COST – SHARE CAMPLUS REGIONAL

In March the administrative department reported CAMPLUS Regionally-funded cost share at a total of \$3,015, which has been approved by headquarters. The team continues to collect cost-share in an effort to reach the established goal.



➤ COST – SHARE CAMPLUS BILATERAL

The Bilateral component has raised \$956 in cost share for this year; it is expected that the full amount of cost-share will be collected by the end of the Project.



INFORME ANUAL Y ANEXOS

VERSIÓN EN ESPAÑOL



USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

Fortaleciendo la calidad de la atención y mejorando la calidad de vida de las personas con VIH y otras poblaciones vulnerables

Acuerdo Cooperativo No. AID-596-LA-11-00001

COMPONENTE REGIONAL: Belice, Costa Rica, El Salvador y Panamá

COMPONENTE BILATERAL: Guatemala

Informe anual año fiscal II
(Período reportado de octubre 2011 a septiembre 2012)

Guatemala, 31 octubre de 2012

TABLA DE CONTENIDOS

ACRÓNIMOS/ABREVIACIONES.....	3
RESUMEN EJECUTIVO.....	4
1. INFORME CAMPLUS REGIONAL	8
I. Resultados Atención Integral y Continua.....	11
II. Ejecución financiera	16
2. INFORME CAMPLUS BILATERAL.....	17
V.....	R
Resultados.....	18
Estrategia de atención integral y continua en VIH	19
Mejorar el entorno social para acceder a servicios en VIH.....	24
Mejorar el uso de información estratégica en el ámbito local	25
Reducción de estigma y discriminación en el ámbito local	28
Incrementar la demanda y calidad de atención en ITS y VIH en centros de salud.	29
VI. Desafíos encontrados	33
VII. Lecciones aprendidas.....	34
VIII. Ejecución financiera:.....	35
3. INFORME ADMINISTRATIVO	36
4. ANEXOS	

ACRONIMOS/ABREVIACIONES

AICV	Atención Integral y Continua en VIH
AF	Año Fiscal
AMD	Aprendizaje para la Mejora del Desempeño
CAIMI	Centro de Atención Integral Materno Infantil
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CNE	Centro Nacional de Epidemiología
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IEC	Información, Educación y Comunicación
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGBT	Lesbianas, Gay, Bisexual y Transgénero
MTS	Mujeres Trabajadoras del Sexo
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
M&E	Monitoreo y Evaluación
NAC	National AIDS Commission
OG	Organizaciones Gubernamentales
ONG	Organización No Gubernamental
OBC	Organizaciones de base comunitaria
ODC	Optimizar el Desempeño y la Calidad
PV	Personas con VIH
PASCA	Program to Strengthen HIV Response in Central America
PASMO	Pan American Social Marketing Organization
PEMAR	Población en más alto riesgo
PEN	Plan Estratégico Nacional
PMP	Performance Management Plan
PNS	Programa Nacional de ITS/VIH/sida
REDSO	Red Suroccidente
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
SIGSA	Sistema de Información Gerencial en Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TARV	Tratamiento Antiretroviral
TB	Tuberculosis
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
UAI	Unidad de Atención Integral
UNAIDS	Joint United Nations Program on HIV/AIDS
URC	University Research Corporation
USAID	United States Agency for International Development
UVG	Universidad del Valle de Guatemala

RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo del Proyecto es incrementar el acceso a servicios de prevención y calidad en VIH/sida para las personas con VIH (PV) y poblaciones en más alto riesgo (PEMAR) a través de dos componentes:

- **Componente regional:** extender el modelo de atención integral y continua para aumentar la calidad de los servicios de salud para PV y PEMAR en las comunidades y sectores públicos.
- **Componente bilateral:** Atención Integral y Continua para fortalecer las redes en la comunidad y llegar a las PV y grupos PEMAR de los ocho departamentos/regiones de Guatemala, mejorando la gestión de los servicios de ITS y VIH/sida.

Durante el presente año fiscal, USAID|Proyecto Capacity Centroamérica, alcanzó un amplio rango de metas y éxitos a pesar de diversos eventos externos, incluyendo: elecciones de gobierno en tres países (Belice, El Salvador y Guatemala); huelgas laborales y estudiantiles (Panamá); emergencia nacional por la epidemia de dengue (El Salvador) y un terremoto (Costa Rica). Uno de los logros más significativos ha sido la aceptación y adopción de las estrategias y metodologías de Atención Integral y Continua en VIH (AICV), Optimizar el Desempeño y la Calidad (ODC) y Aprendizaje para la Mejora del Desempeño (AMD), que han recibido solicitudes de los países para expandir las mismas. Esta aceptación por parte de las contrapartes nacionales, es un paso más para la institucionalización y sostenibilidad de las intervenciones del Proyecto.

Logros componente regional: Durante el presente año fiscal (octubre 2011-septiembre 2012) este componente fortaleció las alianzas a nivel central y local para la implementación de la estrategia AICV, a través de la formación de ocho redes multisectoriales (dos por país). El Programa Nacional de ITS/VIH/sida (PNS), como contraparte a nivel central, seleccionó las áreas geográficas para la intervención. El enfoque de la red ha sido bien aceptado en la región a pesar de los retos que representa reunir a las diversas organizaciones, cuyos objetivos y actividades son diversos, para compartir una misma visión y misión. La comisión Nacional del Sida (NAC por sus siglas en inglés) en Belice, decidió extender la estrategia AICV hacia todas las regiones del país.

El 88% (7 de 8) de las redes multisectoriales, completaron su primera medición del desempeño. Solamente la red de Puntarenas en Costa Rica, no logró hacerla debido al terremoto que sucedió en la misma semana que estaba programada la medición. La misma fue reprogramada para el primer trimestre del tercer año fiscal.

De los siete planes de intervención, elaborados en las redes multisectoriales, tres (43%) recibieron visita de seguimiento: Limón en Costa Rica y Panamá central y Chiriquí en Panamá. Debido a que las visitas se realizaron en un período menor de tres meses posterior a la medición, éstas no cuentan con información disponible sobre el cumplimiento de actividades realizadas. En el cuarto trimestre, las redes de Belice y El Salvador, realizaron su medición de línea de base. Así mismo, la mayoría de las redes completaron los planes de intervención para cierre de brechas y realizarán su primera visita de seguimiento durante el primer trimestre del siguiente año fiscal.

Para el presente año fiscal, el Proyecto logró el 125% (255/204) de la meta anual respecto al número miembros capacitados en las redes. Los temas de capacitación son: estigma y discriminación relacionados al VIH; orientación y prueba voluntaria y temas relacionados a la coordinación en la red (liderazgo, AMD y comunicación asertiva). Los temas de capacitación están dirigidos hacia el cierre de brechas del desempeño identificadas en los planes de intervención de cada red.

Próximos pasos:

- Capacitaciones a los miembros de todas las redes de los cuatro países en la metodología de AMD y elaboración de plan anual de capacitaciones de cada red.
- Capacitaciones en temas de Orientación a la Prueba voluntaria a miembros de las redes y Estigma y Discriminación.
- Desarrollar la currícula en Adherencia dirigido a las organizaciones que conforman las redes.
- Visitas de seguimiento a los planes de intervención de las redes.
- Brindar asistencia técnica a otras redes en Belice que no reciben apoyo directo del Proyecto.
- Realizar la segunda medición del desempeño para medir el progreso de los miembros de la red, en relación a la mejora de los servicios y adherencia al TARV.
- Conformar la tercera red de AICV en cada país y realizar la medición de línea de base así como los planes de intervención para el cierre de brechas.
- Realizar la primera medición del desempeño en la red de Puntarenas en Costa Rica y elaborar el respectivo plan de intervención para el cierre de brechas.
- A partir del tercer año fiscal, en el resultado 2 relacionado a información estratégica, el Proyecto facilitará la realización de foros locales, regionales o nacionales. Así también se desarrollarán reuniones y/o talleres de diseminación de resultados con el propósito de la toma de decisiones basada en evidencia.

Ejecución financiera, componente regional:

Durante el cuarto trimestre del segundo año del Proyecto, se ejecutó un monto de 67,534

Durante el cuarto trimestre del segundo año del proyecto, se ejecutó un monto de US\$67,534 más los gastos provisionados pendientes de liquidar de US\$20,267 que hacen un total de US\$87,801 para un acumulado de US\$279,896 al 30 de Septiembre 2012. El monto de contrapartida corresponde a US\$3,015 a la fecha.

Logros del componente bilateral (Guatemala):

Las ocho redes multisectoriales completaron las primeras dos fases de implementación de la estrategia AICV. Todas las redes, a excepción de Retalhuleu, realizaron la medición de línea de base y realizaron el análisis de resultados para elaborar su respectivo plan de intervención para el cierre de brechas. Retalhuleu realizará su medición del desempeño en el primer trimestre del tercer año fiscal. Debido al retraso en el inicio de las acciones con los centros de salud (Resultado 2.5), estratégicamente el Proyecto trabajó con una red más de lo establecido en la meta logrando un desempeño anual de 117% (7 de 6) respecto a las redes multisectoriales que completaron su primera medición de desempeño y elaboraron su respectivo plan de intervenciones.

El Proyecto inició el fortalecimiento del sistema de referencia y contraferencia en las redes de Huehuetenango y REDSO. Un total de 28 personas revisaron el sistema actual del MSPAS para analizar cómo mejorar la adherencia al TARV, acceso a los servicios y seguimiento para garantizar un tratamiento oportuno a los nuevos casos diagnosticados.

Durante este año fiscal, el Proyecto inició el proceso de capacitaciones con las organizaciones que conforman las redes multisectoriales. El Proyecto facilitó dos talleres de AMD y un taller que incluyó el desarrollo conjunto de una currícula basada en la metodología AMD en el tema de estigma y discriminación, logrando capacitar un total de 61 personas. El Proyecto logró el 100% (148 de 148) de la meta para miembros de las redes capacitados, a través de nueve talleres de capacitación: seis en el tema de fortalecimiento institucional y tres en el tema de AMD. Los temas de las capacitaciones están basados en las necesidades de cierre de brechas de conocimiento identificadas en los planes de intervención de las redes.

El Proyecto facilitó un número de actividades para mejorar el entorno social para PV y PEMAR. Seis redes actualizaron sus mapas de servicios locales de apoyo social que prestan las OG, ONG y organizaciones de base comunitaria. En respuesta al desconocimiento del tema, durante las capacitaciones de AMD realizado en el mes de marzo, los miembros de las redes acordaron diseñar la currícula de estigma y discriminación. El Proyecto logró el 155% (87 de 56) de la meta anual respecto a personas capacitadas y certificadas en estigma y discriminación. En seguimiento a las capacitaciones en este tema, los representantes de grupos PEMAR y PV se unieron a las redes, para promover su participación activa y, de ser posible, como miembros de la comisión de coordinación de la red.

Durante el segundo año fiscal, el Proyecto facilitó la realización de dos foros: uno a nivel local coordinado por la Redso y un foro nacional, con lo cual se alcanzó el 100% de la meta establecida. Durante el foro de la Reso, se contó con la participación de 8 personas, donde se socializó la misión, visión, objetivos y principales logros y actividades de la red. En el mes de septiembre, se llevó a cabo el primer foro nacional de redes multisectoriales, donde participaron 148 miembros de las redes. También estuvieron presentes los representantes de organizaciones socias de USAID, Naciones Unidas y el PNS del MSPAS. Entre los resultados del foro, se puede mencionar:

- Intercambio de experiencias de los miembros de las nueve redes, para compartir lecciones aprendidas y experiencias exitosas en la implementación de la AICV.
- Estandarización del enfoque de género, estigma y discriminación, y derechos humanos en las acciones promovidas por las redes.
- Revisión y validación de estándares de desempeño para estandarizar las mediciones.

Las actividades programadas, fueron interrumpidas debido a los cambios de gobierno y cambio de autoridades a nivel local y central en el MSPAS. Para el tercer trimestre, el Proyecto reinició el proceso de presentación y negociación con las nuevas autoridades. De esta manera, en el mes de julio se logró definir el equipo que lideraría el proceso de ODC el cual quedó conformado por la Unidad de Gestión de Calidad, Departamento de Desarrollo de los Servicios, Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación (USME) del SIAS y PNS del MSPAS. Posteriormente, se elaboraron los instrumentos de desempeño en base a la normativa vigente, junto con el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y el Programa de Ejes Transversales. Se establecieron 137 estándares,

distribuidos en 7 áreas de medición: consulta externa, emergencia, encamamiento de gineco obstetricia, laboratorio, bodega y farmacia, bioseguridad y gestión. El Proyecto transfirió la metodología en los centros de salud priorizados y funcionarios del Nivel Central del SIAS, incluyendo a supervisores de la USME y personal del Departamento de Desarrollo de los Sistemas y la Unidad de Gestión de Calidad.

La implementación de la metodología ODC, inició en el cuarto trimestre en los departamentos de Petén e Izabal ubicados en la región norte del país. El Proyecto certificó un total de 44 personas incluyendo personal médico, de enfermería, coordinadores de VIH y financieros de las áreas de salud y servicios priorizados. Los equipos de ODC capacitados realizaron la medición de la línea de base de nueve servicios de salud, alcanzando un 90% de la meta anual.

Durante el próximo año el proyecto continuará el fortalecimiento y expansión en la base sólida que ha creado para el modelo AICV a nivel comunitario junto con el fortalecimiento de la capacidad de los servicios de salud.

Ejecución financiera componente bilateral:

Durante el cuarto trimestre del tercer año del Proyecto, se ejecutó un monto de US\$389,083 más los gastos provisionados pendientes de liquidar de US\$28,705 lo que hace un total de US\$417,788 para un acumulado de US\$869,159 al 30 de septiembre 2012. El componente bilateral ha alcanzado un monto de US\$956 de contrapartida a la fecha.

CAMPLUS REGIONAL

1. INFORME CAMPLUS REGIONAL

Belice, Costa Rica, El Salvador y Panamá

El componente regional se implementa en cuatro países Centroamericanos: Belice, Costa Rica, El Salvador y Panamá a través de dos resultados:

- 3) La implementación de la Atención Integral y Continua (AICV) para contribuir a la respuesta nacional al VIH en al menos tres regiones y/o departamentos en cuatro países (Belice, Costa Rica, El Salvador y Panamá).
- 4) Mejorar el uso de información estratégica a nivel local para la toma de decisiones en respuesta a la situación del VIH.

El proyecto estará conformando y apoyando técnicamente para la implementación de la estrategia de Atención Integral y Continua en tres redes multisectoriales por país. En el primer trimestre del año se inicia con la primera red y para el segundo trimestre se programó iniciar la conformación de la segunda red, quedando para el primer trimestre del próximo año fiscal la conformación de la tercera red. En el año fiscal que se reporta, la meta se concentró en la conformación, medición y elaboración del plan de intervenciones de dos redes multisectoriales por país. Las áreas geográficas definidas conjuntamente con la contraparte oficial y USAID para trabajar en red en cada uno de los países son: a) Belice: Punta Gorda y Orange Walk; b) Costa Rica: Limón, Puntarenas; c) El Salvador: San Vicente y Sonsonate; d) Panamá: Chiriquí y Panamá Centro. (Ver tabla 1)

En el caso de Belice el Comité Nacional de VIH decidió implementar la estrategia AICV en todas las regiones del país, para lo cual el Proyecto brinda la asistencia técnica para transferir la metodología. La aceptación de la estrategia se considera un éxito y como parte de las acciones de institucionalización y sostenibilidad.

El equipo técnico y administrativo en cada país realizó acciones que permitirán cumplir con las etapas de la estrategia de AICV: visitas individuales a actores clave y reuniones grupales para el cabildeo y negociación con las organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y civiles a nivel central y local para la presentación y negociación de la estrategia, diagnóstico de la situación de VIH del país y localidad, devolución de resultados del diagnóstico, integración de la red multisectorial, primera medición de la red, devolución de resultados y análisis de información de los datos de la medición y elaboración de su respectivo Plan de Intervención.

Cabe mencionar que consolidar la etapa de conformación de una red es un proceso que puede tornarse lento y muy laborioso debido a la diversidad de instituciones que se involucran, las líneas de trabajo y puntos de vista también son diversos; de tal manera que el consenso y la puesta en común toma su tiempo. Otro aspecto fue definir quien llevaría el liderazgo y poder de convocatoria para las organizaciones. En algunos casos como El Salvador y Belice han sido las Regionales de Salud quienes tomaron esta acción.

**Tabla 1. Avances en la implementación de la estrategia de AICV en las redes multisectoriales de VIH en la región.
Octubre 2012**

Países	Localidad de la Red	PRIMERA FASE		SEGUNDA FASE		TERCERA FASE			
		Presentación Negociación	Diagnóstico	Devolución resultados	Integración de la Red	Medición Basal	Devolución de Resultados	Plan de Intervención	Primera visita de seguimiento
Belice	Punta Gorda	X	X	X	X	X	X	X	
	Orange Walk	X	X	X	X	X	X	X	
Costa Rica	Limón	X	X	X	X	X	X	X	X
	Puntarenas	X	X	X	X				
El Salvador	San Vicente	X	X	X	X	X	X	X	
	Sonsonate	X	X	X	X	X	X	X	
Panamá	Chiriquí	X	X	X	X	X	X	X	
	Panamá	X	X	X	X	X	X	X	

En la tabla anterior puede verse el avance de cada red en función de las fases del proceso de AICV. La red de Limón en Costa Rica, alcanzó la fase de visita de seguimiento para monitoreo del plan posterior a la medición. Siete de las ocho redes cuentan con Plan de Intervenciones elaborado.

En la región de Puntarenas, Costa Rica, no se realizó la medición planificada debido al terremoto acontecido la misma semana cuando estaba programada la medición; por lo que ésta fue planificada nuevamente para octubre de 2012. A pesar de lo lento del proceso de conformar la Red y la puesta en común para definir y validar los estándares del desempeño; el mismo fue aceptado por las diferentes organizaciones que la conforman.

Dentro de los avances concretamente se puede mencionar que las diferentes organizaciones están programando sus agendas y planes institucionales para trabajar conjuntamente. En El Salvador y Guatemala han iniciado la puesta en común para definir el sistema de referencia y respuesta, que permita operacionalizar la atención integral y continua. En Costa Rica las redes trabajan en el diseño de material de Información, educación y comunicación (IEC) para estandarizarlo. En Belice como ya se ha mencionado, la NAC decidió implementar la estrategia AICV en todas las regiones de salud.

I. RESULTADOS

➤ ATENCIÓN INTEGRAL Y CONTINUA

Durante el período de octubre 2011 a septiembre 2012 se logra un desempeño anual de 88% (7 de 8) redes multisectoriales que completan su primera medición de desempeño. Únicamente en Costa Rica no se realiza la primera medición de Puntarenas, debido al terremoto ocurrido en la misma semana que estaba planificada la medición. La misma fue reprogramada para el primer trimestre del próximo año fiscal. La meta anual era 8 de 12 redes que completaron su medición de línea de base (tabla 1.1 y tabla 1.2)

Cuadro 1.1 Porcentaje redes multisectoriales a las cuales se realiza la primera de medición de desempeño para aplicar la Estrategia de Atención Integral y Continua, por país para una respuesta sostenible al VIH, octubre 2012.

#	Indicador	Meta anual	Desempeño Anual
1.1.1	% redes multisectoriales que han completado mediciones de desempeño durante el período a reportar	66% (8 de 12)	88% (7 de 8)
	PAIS		
	Belice	66% (2/3)	100% (2/2)
	Costa Rica	66% (2/3)	50% (1/2)
	El Salvador	66% (2/3)	100% (2/2)
	Panamá	66% (2/3)	100% (2/2)

Fuente: SM&E USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

El Proyecto continuará apoyando las redes multisectoriales que han completado su medición de línea de base en este año fiscal, mediante las visitas de seguimiento al plan y una segunda medición en el trimestre correspondiente. Se incorporará una nueva red multisectorial para aplicar la estrategia de AICV en cada uno de los cuatro países. Por lo tanto el equipo humano del Proyecto en cada país realizará la coordinación y negociaciones pertinentes para definir el área geográfica, desarrollar el diagnóstico y completar los pasos de conformación de esta nueva red.

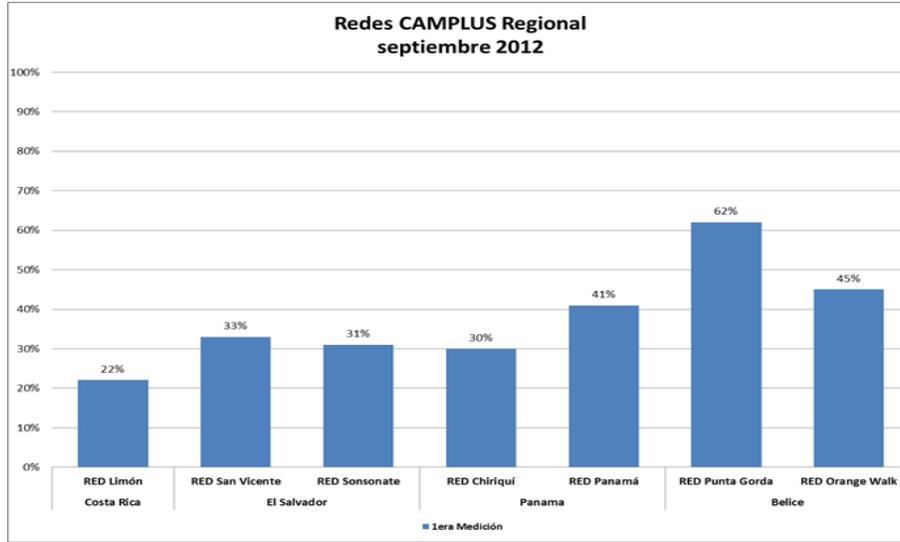
Cuadro 1.2 Número de redes multisectoriales a las cuales se realiza la primera de medición de desempeño para aplicar la Estrategia de Atención Integral y Continua, por país para una respuesta sostenible al VIH, octubre 2012.

#	Indicador	Meta anual	Desempeño Anual
1.1.1.1	# redes de multisectoriales que han completado la primera medición de desempeño dentro del período a reportar (La primera medición ocurre una vez en la vida del proyecto y sirve de base de comparación de las subsiguientes mediciones)	8	88% (7 de 8)
	PAIS		
	Belice	2	100% (2 de 2)
	Costa Rica	2	50% (1 de 2)
	El Salvador	2	100% (2 de 2)
	Panamá	2	100% (2 de 2)

Fuente: SM&E USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

La puntuación obtenida en la medición del desempeño mostrada en la gráfica 1, oscila desde el 22% en Limón, Costa Rica al 62% en Punta Gorda, Belice. Los resultados en Costa Rica, se deben a la escasa presencia de ONGs que trabajan el tema de VIH y que la Red de Limón acaba de iniciar su trabajo.

Gráfica 1. Resultados de primera mediciones de redes multisectoriales para la implementación de la estrategia de AICV por país, octubre 2012



Fuente: SM&E USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

Las siete redes multisectoriales que realizaron la primera medición de desempeño, desarrollaron su respectivo Plan de Intervención con lo que obtuvieron un 88% (7 de 8) de la meta anual. La única red que en la cual no se realizó la medición y su respectivo Plan de Intervención fue la red multisectorial de Puntarenas en Costa Rica por el terremoto acontecido.

Dentro de los planes de intervención para cierre de brechas de las acciones que más se enfocan las redes son definir su Plan Estratégico, estandarizar materiales de trabajo y para el año entrante se espera tener definido el sistema de referencia y respuesta.

Cuadro 1.3 Número de redes multisectoriales que desarrollan plan de intervención para desarrollar la Estrategia AICV en cuatro países (El Salvador, Costa Rica, Belice y Panamá). Octubre 2012.

#	Indicador	Meta anual	Desempeño Anual
1.1.3.	# de redes multisectoriales que han desarrollado un plan de intervención para reducir brechas de desempeño dentro del período de reporte.	8	88% (7 de 8)
	PAIS		
	Belice	2	100% (2 de 2)
	Costa Rica	2	50% (1 de 2)
	El Salvador	2	100% (2 de 2)
	Panamá	2	100% (2 de 2)

Fuente: SM&E USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

De las siete redes multisectoriales que elaboraron su respectivo Plan de Intervenciones durante el cuarto trimestre del año fiscal, un 43% (3 de 7) realizó visita de seguimiento: Limón en Costa Rica y las redes de Panamá Centro y Chiriquí en Panamá. Las visitas de seguimiento se realizaron en un período menor a tres meses después de la medición, por lo que no hay información sobre el cumplimiento de actividades del plan de intervención. (Ver Tabla 1.4) Las redes de Belice (Punta Gorda y Orange Walk) y en El Salvador (Sonsonate y San Vicente), llevaron a cabo su medición de línea de base durante el último trimestre del presente año fiscal. La mayoría de las redes completaron su plan de cierre de brechas, durante el segundo año del Proyecto y tendrán su visita de seguimiento durante el primer trimestre del tercer año.

Tabla 1.4. Porcentaje de avances de plan de intervención en visita de seguimiento en la implementación de la estrategia de AICV en las redes multisectoriales de VIH en la región, octubre 2012

Red Multisectorial	Número de brechas identificadas en Plan de intervención						Porcentaje de cumplimiento de brecha por factor de rendimiento					Avances	
	Sistema Organizacional	Incentivos	Herramientas y Recursos	Conocimientos y Habilidades	Actitudinal	Total	Sistema Organizacional	Incentivos	Herramientas y Recursos	Conocimientos y Habilidades	Actitudinal	% Cumplimiento de plan de intervenciones	Logro el 80% de cumplimiento
Costa Rica													
Red de Limon	18	0	30	10	3	61	17%	0%	33%	0%	100%	30%	N/A
Panamá													
Red Panama	3	1	3	1	0	8	0%	0%	0%	0%	0%	0%	N/A
Red Chiriqui	3	0	1	1	0	5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	N/A

Fuente: SM&E USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

El Proyecto logró un desempeño anual de 125% (255 de 204) de la meta anual para capacitación a miembros de las redes multisectoriales en la región, distribuidas de la siguiente manera el 118% (60 de 51) en Belice; 108% (55 de 51) en Costa Rica; 147% (75 de 51) en El Salvador y 127% (65 de 51) en Panamá. Los temas de las capacitaciones realizadas son Estigma y discriminación por VIH, Orientación y prueba voluntaria y temas relacionados al trabajo coordinado en red: Liderazgo, Aprendizaje para la mejora del desempeño y Comunicación asertiva. Los temas de las capacitaciones realizadas se basan en las necesidades de cierre de brecha identificadas en los planes de intervención. (Ver cuadro 1.5)

Cuadro 1.5 Número de miembros de redes multisectoriales capacitados en temas relacionados a VIH por país, octubre 2012.

#	Indicador	Meta anual	Logro anual	Desempeño Anual
1.1.5.	Número de miembros de redes multisectoriales que completan exitosamente un programa de capacitación	204	255	125% (255 de 204)
	País			
	Belice	51	60	118% (60 de 51)
	Costa Rica	51	55	108% (55 de 51)
	El Salvador	51	75	147% (75 de 51)
	Panamá	51	65	127% (65 de 51)

Fuente: SM&E USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

La distribución de las personas capacitadas durante el segundo año fiscal por género, es la siguiente: 36% masculinos y 64% femeninos. Mientras que por tipo de institución a la cual pertenecen, encontramos un 77% (197 de 255) que trabajan en organización gubernamental, un 21% (52 de 255) en organización no gubernamental y un 2% (6 de 255) corresponde a la sociedad civil.

Cuadro 1.5 Distribución por género y tipo de institución en la cual laboran de los miembros de redes multisectoriales capacitados en temas relacionados a VIH por país, octubre 2012.

#	Indicador	Logro anual	Porcentaje
1.1.5.	Número de miembros de redes multisectoriales que completan exitosamente un programa de capacitación.	255	125% (255 de 204)
	Masculinos	92	36% (92 de 255)
	Femeninos	163	64% (163 de 255)
	Organización Gubernamental	197	77% (197 de 255)
	Masculinos	60	30% (60 de 197)
	Femeninos	137	70% (137 de 197)
	Organización No Gubernamental	52	21% (52 de 255)
	Masculinos	29	56% (29 de 52)
	Femeninos	23	44% (23 de 52)
	Sociedad Civil	6	2% (6 de 255)
	Masculinos	3	50% (3 de 6)
	Femeninos	3	50% (3 de 6)

Fuente: SM&E USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

Las redes multisectoriales iniciaron las capacitaciones luego de alcanzar la etapa de conformación de la red, realizar la primera medición y elaborar sus planes de intervención. Los temas más recurrentes, debido en parte, a la necesidad de estandarizar términos y conocimientos, fueron estigma y discriminación y fortalecimiento de equipos de trabajo para las redes multisectoriales.

El Proyecto, también facilitó capacitaciones en las metodologías de ODC, AMD y Orientación y Prueba Voluntaria. La metodología AMD combina el diseño instruccional con la mejora del desempeño. Este es un método para analizar problemas de desempeño, determinar cuáles son los factores faltantes que conducen a estos problemas y crear sistemas para mejorar y apoyar el desempeño de los miembros de las redes.

A través de los cinco factores del desempeño (expectativas claramente definidas para el puesto; retroalimentación clara e inmediata; ambiente físico adecuado; motivación e incentivos; destrezas y conocimientos), los talleres de fortalecimiento de equipo, basados en la brecha de motivación personal e incentivos, permitieron que los miembros de las redes vincularan los factores de motivación con el desempeño en sus redes, orientado al cierre de brechas y cumplimiento de estándares. Los valores y actitudes de los miembros de la red, afectan el comportamiento del equipo y, por consiguiente, el desempeño del conjunto. La capacitación en fortalecimiento de equipos de redes multisectoriales, apunta a que el pensamiento generado se traduzca en acciones innovadoras y factibles de aplicar en la labor diaria.

En Belice el Proyecto capacitó a los miembros de las redes en fortalecimiento de equipos de trabajo, logrando un total de 60 personas certificadas.

En Costa Rica el Proyecto logró 55 personas capacitadas. Este es el país que más intervenciones de aprendizaje desarrolló, con un total de cuatro talleres realizados: dos en estigma y discriminación, uno en Orientación y uno en la estrategia de ODC. Tres de estas intervenciones estuvieron dirigidas a los miembros de la red de Limón; y la capacitación de ODC estuvo dirigida a los miembros de todas las redes.

En El Salvador el Proyecto capacitó a los miembros de todas las redes. A través de tres talleres, los miembros de las redes de Sonsonate y San Vicente fueron capacitados en Estigma y Discriminación.

En Panamá, a solicitud de la red de Chiriquí, el Proyecto capacitó en AMD a 22 personas y durante el último trimestre realizó dos talleres de fortalecimiento de equipos de trabajo dirigido a las redes de Panamá y Chiriquí.

A pesar del dato global del logro respecto a la meta (125%), la capacitación en redes se enfrenta a varios desafíos importantes. En primer lugar, tener en cuenta que los miembros de las redes se reúnen un promedio de una vez al mes y en muchos casos, sus miembros son voluntarios y tienen otras ocupaciones. Esto dificulta en gran medida la convocatoria para capacitaciones, que supone, a menudo, días extras de tiempo dedicado a la red. A su vez, el proceso de aprendizaje se ve dificultado, ya que muchas personas no pueden participar o la organización envía a dos personas de la misma red en días diferentes, dificultando la certificación de los participantes. Otro reto importante para la capacitación en redes se centra en que el perfil de los miembros no es homogéneo, debido al quehacer y a la procedencia dispar de las organizaciones, y por tanto, la capacitación debe combinar varios niveles de conocimiento y habilidades en temas específicos.

➤ PRÓXIMOS PASOS:

- Capacitaciones a los miembros de todas las redes de los cuatro países en la metodología de AMD y elaboración de plan anual de capacitaciones de cada red.
- Capacitaciones en temas de Orientación a la Prueba voluntaria a miembros de las redes y Estigma y Discriminación
- Para el próximo año fiscal se prevé contar con currícula en Adherencia dirigido a las organizaciones que conforman las redes.
- A partir del tercer año fiscal, en el resultado 2 relacionado a información estratégica, el Proyecto facilitará la realización de foros locales, regionales o nacionales. Así también se desarrollarán reuniones y/o talleres de diseminación de resultados con el propósito de la toma de decisiones basada en evidencia.

II. EJECUCIÓN FINANCIERA CAMPLUS REGIONAL

Durante el cuarto trimestre del segundo año del proyecto, se ejecutó un monto de US\$67,534 más los gastos provisionados pendientes de liquidar de US\$20,267 que hacen un total de US\$87,801 para un acumulado de US\$279,896 al 30 de Septiembre 2012. El saldo de carry-over al 30 de septiembre de 2012 es de US\$369,384. El presupuesto original del segundo año, es de US\$595,288 ejecutando un monto de US\$259,629 que representa el 44% sin provisiones de gastos. Incluyendo las provisiones de gasto se ejecuta un monto de \$279,896.

USAID/PROYECTO CAPACITY PLUS CENTROAMÉRICA EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA AÑO II (OCT 11 A SEPT 12)

Rubros en el presupuesto	Total Ejecutado Q1 (Oct. 11-Sept. 12)	Camplus Regional Belice	Camplus Regional Costa Rica	Camplus Regional El Salvador	Camplus Regional Panamá	Gastos por pagar
Fortalecimiento de la calidad de la atención y mejora en la calidad de vida de PLWHA y otras poblaciones vulnerables	\$206,620	\$45,509	\$48,371	\$46,556	\$50,675	\$15,509
Capacitación	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Compras	\$8,665	\$1,374	\$1,786	\$1,374	\$4,131	\$0
Total Costos Directos	\$215,285	\$46,883	\$50,157	\$47,930	\$54,806	\$15,509
Costo Indirectos (30.68%)	\$64,612	\$14,004	\$14,992	\$14,377	\$16,466	\$4,758
Total Ejecutado	\$279,896	\$60,887	\$65,149	\$62,307	\$71,272	\$20,267

CAMPLUS BILATERAL

XI. RESULTADOS

Esta sección del informe contiene los resultados alcanzados del componente bilateral en Guatemala, correspondiente al segundo Año Fiscal (AF) del Proyecto basados en el Plan de Trabajo Anual, el Plan de Monitoreo del Desempeño, informes de los Coordinadores de Campo y visitas a las áreas de trabajo.

El componente Bilateral tiene cinco resultados propuestos a ser desarrollados en ocho áreas geográficas de Guatemala. Los cinco resultados son:

- 1) Estrategia de Atención Integral y Continua para una respuesta sostenible al VIH implementada en 8 áreas de Guatemala;
- 2) Mejora del Ámbito Social hacia poblaciones vulnerables que reciben servicios relacionados al VIH;
- 3) Mejorar el uso de información estratégica a nivel local para la toma de decisiones en respuesta a la situación del VIH;
- 4) Reducir el estigma y la discriminación a nivel local para mejorar la de vida de personas viviendo con VIH;
- 5) Incrementar la demanda y calidad de servicios de VIH e ITS en 50 centros de salud fortalecidos por USAID durante los últimos 5 años.

A través de estos resultados se espera expandir la estrategia de atención integral y continua para contribuir a la respuesta nacional al VIH, enfatizando en la calidad de servicios que faciliten y aseguren la adherencia al tratamiento de ARV, cuidados clínicos, prevención secundaria y otros servicios complementarios que mejoren la calidad de vida de Personas con VIH (PV) y servicios adecuados y pertinentes para la prevención del VIH y otras ITS en los grupos de poblaciones en más alto riesgo (PEMAR).

El equipo técnico del Proyecto, asignado en las diferentes áreas del país realizó visitas individuales y reuniones grupales para la presentación de la estrategia Atención Integral y Continua en VIH (AICV) a las organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y civiles que forman parte de las redes multisectoriales a nivel local. Al obtener el aval de las redes se realizó el diagnóstico de la AICV, donde se incluyó el mapeo de las organizaciones por servicio y ámbito de prestación, nivel de relacionamiento horizontal y vertical con otras organizaciones, tipo de material educativo que utilizan y sistema de reporte que implementan.

Luego de la devolución de resultados del diagnóstico, inicia la fase de integración de la red, donde los miembros revisaron y elaboraron la misión, visión, objetivos estratégicos y estructura de funcionamiento de la red.

Posteriormente se presentaron y validaron los estándares de desempeño de las redes para iniciar con las mediciones basales. A partir del análisis de brechas identificadas, los miembros de las redes elaboraron los respectivos Planes de Intervención. Las comisiones de trabajo se reunieron periódicamente para coordinar las actividades correspondientes, entre las que destacan: elaboración del plan estratégico de la red, revisión de material educativo, socialización de normas y protocolos de atención, creación de formatos de reporte de actividades y diseño de encuestas de satisfacción de usuarios.

Así también, las redes recibieron visitas de seguimiento para monitorear el avance en el cumplimiento de los planes de intervenciones y apoyar en la realización de las actividades. Cabe mencionar que consolidar la etapa de integración de una red es un proceso que puede tornarse lento y laborioso debido a la diversidad de las instituciones involucradas. Las líneas de trabajo y los puntos de vista también son diversos; de tal manera que el consenso y la puesta en común toma tiempo. Uno de los aspectos que afectó las actividades de este año fiscal fue los cambios constantes de autoridades y personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por lo que la coordinación e inicio de actividades para incrementar la demanda y calidad de servicios de VIH e ITS en los 50 centros de salud, fue lenta y con muchos retrasos. A raíz de esto, las actividades del Proyecto se enfocaron en avanzar en una red multisectorial más de la que se tenía programada para el presente año fiscal.

Resultado 2.1. Estrategia de atención integral y continua en VIH implementada en ocho áreas en Guatemala

En el primer trimestre del presente año fiscal, el Proyecto tuvo un acercamiento con la red de Sacatepéquez, identificando la falta de una red articulada en respuesta a la epidemia del VIH. A pesar que se identificaron diez organizaciones interesadas en conformar la red, la DAS mostró poco interés y disposición en recibir la asistencia técnica del Proyecto, por lo cual no fue posible continuar con la implementación de la estrategia AICV en ese departamento. El Proyecto recibió una solicitud de la red de Retalhuleu, presidida por la Coordinadora del Programa de VIH/SIDA de la DAS Retalhuleu, quienes manifestaron su interés en implementar la estrategia a través de la red. Considerando que en el informe de la Unidad de Vigilancia del Centro Nacional de Epidemiología del MSPAS del 2011, la incidencia de nuevos casos de VIH y VIH avanzado está en el mismo rango en Sacatepéquez y Retalhuleu, y que se podría alinear el trabajo de una red local con la de la red regional REDSO, se tomó la decisión de implementar la Estrategia de AICV en la Red de Retalhuleu. Esto en acuerdo con el Programa de Control de ITS, VIH y sida del MSPAS y USAID.

Durante el segundo año fiscal, las ocho redes multisectoriales completaron las primeras dos fases de la estrategia AICV. Con excepción de Retalhuleu, todas las redes realizaron la medición basal, devolución de resultados y su respectivo plan de intervenciones. La medición de Retalhuleu, está programada para realizarse el primer trimestre del próximo año fiscal. La tabla C.B.1 presenta los avances de las redes multisectoriales en las fases de implementación de la estrategia AICV.

**Tabla C.B.1. Avances en la implementación de la estrategia de AICV
Redes multisectoriales de VIH en Guatemala, octubre 2012**

Área	PRIMERA FASE		SEGUNDA FASE		TERCERA FASE			
	Presentación Negociación	Diagnóstico	Devolución resultados	Integración de la Red	Medición Basal	Devolución de Resultados	Plan de Intervención	Primera visita de seguimiento
Santa Rosa	X	X	X	X	X	X	X	X
Sur-Occidente	X	X	X	X	X	X	X	X
Huehuetenango	X	X	X	X	X	X	X	X
Petén	X	X	X	X	X	X	X	X
Izabal	X	X	X	X	X	X	X	X
Zacapa	X	X	X	X	X	X	X	
Quetzaltenango	X	X	X	X	X	X	X	
Retalhuleu	X	X	X	X				

Fuente: USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

Debido al retraso en el inicio de las acciones con los centros de salud (Resultado 2.5), estratégicamente el Proyecto trabajó con una red más de lo establecido en la meta logrando un desempeño anual de 117% (7 de 6) respecto a las redes multisectoriales que completaron su primera medición de desempeño y elaboraron su respectivo plan de intervenciones (Ver tabla C.B.2 y gráfica C.B.1).

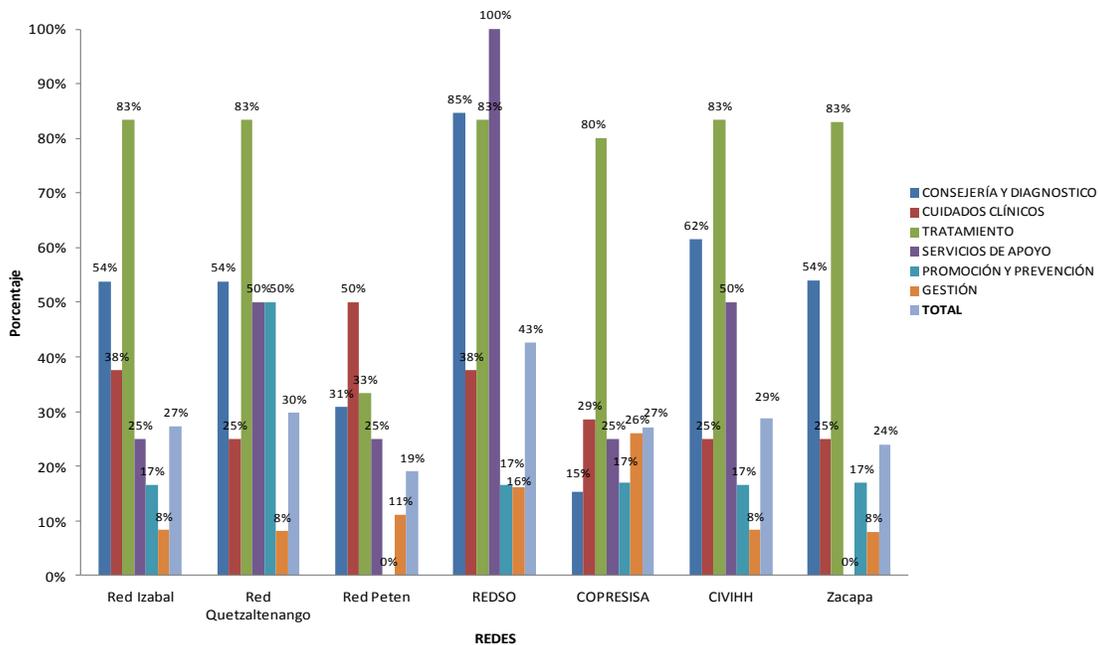
Tabla C.B.2 Porcentaje y número de redes multisectoriales a las cuales se realiza la primera de medición de desempeño para aplicar la Estrategia de Atención Integral y Continua, octubre 2012.

#	Indicador	Meta anual	Logro anual	Desempeño anual
2.1.1	% redes multisectoriales que han completado mediciones de desempeño durante el periodo a reportar	100% (6 de 6)	117% (7 de 6)	117% (7 de 6)
2.1.1.1	# redes de multisectoriales que han completado la primera medición de desempeño dentro del período a reportar (La primera medición ocurre una vez en la vida del proyecto y sirve de base de comparación de las subsiguientes mediciones)	6	7	117% (7 de 6)
2.1.2	% de redes multisectoriales que cumplen con el porcentaje esperado de las actividades planteadas en el plan de intervención, dependiendo del tiempo transcurrido de la medición	75%	N/A	N/A
2.1.3	# de redes multisectoriales que han desarrollado un plan de intervención para reducir brechas de desempeño dentro del período de reporte	6	7	117% (7 de 6)

Fuente:SM&E USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

El resultado obtenido en la primera medición de las redes multisectoriales están en un rango comprendido entre el 19% en Petén al 43% en la red Suroccidente -REDSO. (Ver gráfica C.B.1)

Gráfica C.B.1 Resultados de medición basal en redes multisectoriales que implementan la estrategia AICV, Guatemala, octubre 2012



Fuente:SM&E USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

Las áreas con mayor porcentaje de desempeño son tratamiento y consejería/diagnóstico. Los instrumentos de medición no incluyeron criterios para verificar la existencia de TARV, debido que se verifica a través de las mediciones de hospitales. Sin embargo, al concluir el primer año de implementación de la AICV en las redes, se determinó que es necesario incorporar otros criterios que evidencien con mayor precisión la situación real de la prestación de servicios en las redes. Por lo tanto, se prevé que para las próximas mediciones algunas áreas reflejen un menor desempeño.

Las áreas identificadas con mayor oportunidad para cierre de brechas son gestión y promoción-prevención. Esto debido principalmente a que las redes carecían de estructuras de funcionamiento claras y que no aplican el manual de Información, Educación y Comunicación para Cambio de Comportamiento del MSPAS. En el transcurso del siguiente año fiscal el Proyecto continuará brindando apoyo a las redes multisectoriales a través de visitas de seguimiento y apoyo a las acciones identificadas en los planes de intervención para aplicar la estrategia AICV. Así también, continuará el apoyo para realizar las segundas mediciones de desempeño.

En el cuarto trimestre del año fiscal, se inició el fortalecimiento de los procesos de referencia y contra referencia en las redes multisectoriales de Huehuetenango y REDSO. Un total de 28 personas analizaron los actuales sistemas implementados por el MSPAS. De esta manera se busca facilitar la adherencia al tratamiento de las PV, incrementar el acceso a los servicios disponibles en la AICV y mejorar el seguimiento para asegurar una atención oportuna en los nuevos casos de VIH diagnosticados. El primer paso es hacer un análisis de la situación actual del proceso de referencia y contra referencia en cada red y la utilidad que puede tener para fortalecer y apoyar los servicios del sistema nacional de salud, así como la necesidad de incluir a las instituciones que dan servicios de apoyo dentro del proceso. La discusión se basó en las normas establecidas por el MSPAS, el Plan Estratégico Nacional de VIH 2011-2015, así como las necesidades de conexión entre los diferentes niveles de atención y la estrategia AICV.

Durante las reuniones, el equipo de trabajo revisó el formato presentado por el MSPAS para tomarlo como referencia en el desarrollo de un instrumento para las redes. Así también, se acordó crear un directorio actualizado en diferentes formatos para efectivizar estos procesos.

Por otro lado, con el fin de explorar el uso de m-health para mejorar la adherencia de las personas con VIH al TARV, se inició el proceso de coordinación con ONUSIDA, quienes en alianza con la Fundación Tigo implementarán el uso de telefonía móvil para promover la defensa de los derechos humanos de las personas con VIH. En octubre se estará diseñando el proyecto piloto para iniciar la implementación en noviembre.

➤ Capacitaciones en redes

Durante este año fiscal, el Proyecto inició el proceso de capacitaciones con las organizaciones que conforman las redes multisectoriales. Como punto de partida del proceso, cada una de las redes seleccionó, basado en un perfil previamente diseñado, las personas a participar en el taller de Aprendizaje para la Mejora del Desempeño. Con el acompañamiento del Proyecto, estas personas serán las encargadas de llevar a cabo las capacitaciones orientadas al cierre de brechas.

La estrategia de Aprendizaje para la Mejora del Desempeño (AMD combina el diseño instruccional con la mejora del desempeño. Este es un método para analizar problemas de desempeño, determinar cuáles son los factores faltantes que conducen a estos problemas y crear sistemas para mejorar y apoyar el desempeño de los miembros de las redes. La metodología AMD está dirigida a las personas y equipos involucrados en el fortalecimiento de los componentes de capacitación y apoya el desarrollo de equipos de instructores competentes para actualizar conocimientos y habilidades de las redes, con el fin de que puedan dar respuesta a las necesidades de las personas que viven con VIH. Durante el presente año fiscal, el Proyecto facilitó dos talleres de AMD y un tercero en el que se incluyó además, el desarrollo conjunto de una currícula basada en la metodología AMD en el tema de estigma y discriminación. El contenido curricular impartido en los talleres de Estigma y Discriminación se basó en el producto del taller en mención, logrando un total de 61 personas capacitadas en AMD.

Basados en la metodología AMD y los cinco factores que afectan el desempeño (Expectativas claramente definidas para el puesto, Retroalimentación clara e inmediata, Ambiente físico adecuado, Motivación e incentivos y Destrezas y conocimientos), se identificó que muchas de las brechas del trabajo de redes tienen su raíz en un débil funcionamiento de la red como equipo. Para el cierre de esta brecha se realizaron talleres de fortalecimiento para equipos de trabajo, orientados a manejo de conflictos y comunicación asertiva. El objetivo de estas actividades de capacitación es que los miembros de las redes vinculen factores de motivación con el desempeño, orientado al cierre de brechas y cumplimiento de los estándares. En ese sentido, el Proyecto brindó acompañamiento y asistencia técnica para realizar seis talleres de fortalecimiento en las redes de: Petén, Zacapa, Retalhuleu, Izabal, Huehuetenango y Cuilapa, alcanzando un total de 87 personas capacitadas.

En relación a personas capacitadas pertenecientes a las redes multisectoriales, se logró un desempeño anual de 100% (148 de 148). Durante el año fiscal, se realizaron un total de nueve capacitaciones: seis en el tema de fortalecimiento institucional y tres en el tema de AMD. Los temas de las capacitaciones realizadas se basan en las necesidades de cierre de brechas de conocimiento las cuales están identificadas en los planes de intervención. La primera, para mejorar la integración de la red y la segunda, para brindar herramientas a los miembros de las redes, para planificar y realizar capacitaciones que disminuyan las brechas de conocimiento en temas prioritarios con el apoyo técnico de la oficina regional. (Ver cuadro C.B.3)

Cuadro C.B.3. Número de miembros de redes multisectoriales capacitados en temas relacionados a VIH Guatemala, octubre 2012.

Número de indicador	Indicador	Meta anual	Logro anual	Desempeño Anual
2.1.5.	Número de miembros de redes multisectoriales que completan exitosamente un programa de capacitación.	148	148	100% (148 de 148)

Fuente: SM&E USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

La distribución de las personas capacitadas durante el segundo año fiscal clasificadas por género es la siguiente: 24% masculinos (35 de 148) y 76% femeninos (113 de 148). Mientras que por tipo de institución a la cual pertenecen, encontramos un 35% (52 de 148) que trabajan en organización gubernamental, un 14% (21 de 148) en organización no gubernamental y un 51% (75 de 148) en instituciones de sociedad civil organizada. (Ver Cuadro C.B.4)

Cuadro C.B.4 Número de miembros de redes multisectoriales capacitados en temas relacionados a VIH, Por género y tipo de institución en la cual laboran en Guatemala, octubre 2012.

#	Indicador	Meta anual	Porcentaje
2.1.5.	Número de miembros de redes multisectoriales que completan exitosamente un programa de capacitación.	148	100% (148 de 148)
	Masculinos	35	24% (35 de 148)
	Femeninos	113	76% (113 de 148)
	Organización Gubernamental	52	35% (52 de 148)
	Masculinos	3	6% (3 de 52)
	Femeninos	49	94% (49 de 52)
	Organización No Gubernamental	21	14% (21 de 148)
	Masculinos	9	43% (9 de 21)
	Femeninos	12	57% (12 de 21)
	Sociedad Civil	75	51% (75 de 148)
	Masculinos	23	31% (23 de 75)
	Femeninos	52	69% (52 de 75)

Fuente: SM&E USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

Por la forma como el proyecto aplica las capacitaciones basadas en la metodología de AMD, únicamente se certifican aquellas personas que participan un mínimo de 16 horas de capacitación, logran un 80% de conocimientos en prueba post test y se verifica que hayan adquirido las habilidades. El 99% de las personas de las redes multisectoriales (148 de 150) que iniciaron un proceso de capacitación cumplen con los criterios mencionados. (Ver cuadro C.B.5)

Cuadro C.B.5. Porcentaje de miembros de redes multisectoriales que completan exitosamente un programa de capacitación en Guatemala, octubre 2012.

Número de indicador	Indicador	Meta anual	Desempeño Anual
2.1.6.	Porcentaje de miembros de redes multisectoriales que completan exitosamente un programa de capacitación.	70%	99% (148 de 150)

Fuente: SM&E USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

Algunos de los retos que se presentan en la capacitación a las redes, están relacionados con la convocatoria a capacitaciones, debido al carácter voluntario de sus miembros y la agenda de compromisos de las diferentes organizaciones; así también el perfil poco homogéneo en los miembros de las redes dificulta en gran medida la capacitación al tener que ajustar los contenidos en diferentes niveles de conocimiento y habilidades.

Próximos pasos:

- Realizar la primera medición de la Red de Retalhuleu.
- Transferir la metodología ODC a los equipos de las redes que se encargarán de conducir las próximas mediciones en las redes.
- Realizar las segundas mediciones de las Redes de Petén, Redso y Santa Rosa.
- Apoyar e implementar las acciones contempladas en los planes de intervenciones de todas las redes para lograr el cierre de brechas.
- Llevar a cabo talleres para el diseño de sistema de referencia y respuesta en las Redes de Petén e Izabal.
- Facilitar las visitas cruzadas para compartir las experiencias exitosas y lecciones aprendidas en la implementación de la AICV.
- Diseñar e implementar el estudio sobre adherencia.
- Elaborar un plan anual de capacitaciones de cada red.
- Capacitaciones en temas de Orientación a la Prueba voluntaria a miembros de las redes.
- Desarrollar la currícula de capacitación en Adherencia dirigido a las organizaciones que conforman las redes.

➤ Resultado 2.2 Mejorar el entorno social para personas vulnerables para acceder a servicios en VIH

A pesar que no había metas para el resultado 2.2 el Proyecto realizó un número de actividades para mejorar el entorno social para PV y PEMAR. Seis redes han actualizado mapas de servicios locales de apoyo social provistos por ONG, OG, y organizaciones de base comunitaria. Las mediciones del desempeño de AICV, facilitaron el análisis de brechas para acceder a los servicios y sus causas.

Las redes de Petén, Zacapa, Huehuetenango y Redso presentaron a las autoridades locales sus planes estratégicos junto con los datos del MSPAS, demostrando la necesidad de enfocarse en la mejora de servicios para PEMAR y PV para buscar el involucramiento de otras entidades gubernamentales. Posterior a las capacitaciones en estigma y discriminación, las diferentes personas que representan a los grupos PEMAR y personas con VIH se incorporaron a las redes; esto con el

objetivo que participen activamente en las redes y de ser posible integrarlas a las comisiones de coordinación.

En el último trimestre, PASMO conformó el equipo técnico que conducirá el movimiento social contra el estigma y discriminación, del cual forma parte el Proyecto Capacity. Este movimiento forma parte de la campaña que se llevará a cabo con financiamiento del Fondo Mundial. Se espera que las redes difundan y sean el punto de referencia local para el movimiento y la campaña. Para el próximo año fiscal, el Proyecto continuará facilitando este tipo de acciones en las redes de AICV para mejorar el entorno social por parte de las poblaciones PEMAR.

➤ Resultado 2.3 Mejorar el uso de la información estratégica en el ámbito local

Durante el presente año fiscal, el Proyecto hizo alianzas con otras organizaciones, para implementar acciones clave en el uso de información estratégica a nivel local.

Con el objetivo de divulgar y facilitar la apropiación del Plan Estratégico Nacional (PEN) 2011-2015 a nivel local, se desarrollaron tres talleres regionales liderados por CONASIDA. Así mismo, se analizaron los Planes Operativos Anuales 2012 y 2013 del PEN, incluyendo información sobre las intervenciones realizadas en las redes y Centros de Salud. Se espera que esta información le permita al MSPAS ubicar los servicios de la cooperación externa y proyectar los recursos disponibles y necesarios para cumplir con el PEN. Como parte del componente de monitoreo y evaluación del PEN 2011-2015, también se diseñó e implementó una agenda nacional de investigación. ONUSIDA y CDC en apoyo al CONASIDA y el PNS destinaron recursos con el objetivo de promover la construcción de capacidades en monitoreo y evaluación con énfasis en la investigación, la evaluación y la diseminación de información estratégica sobre VIH.

Para alcanzar los resultados se estableció un equipo técnico de trabajo en Investigación, Evaluación e Información Estratégica en VIH coordinado por la Unidad de Monitoreo y Evaluación del PNS, CONASIDA y la Unidad Nacional de Investigación del MSPAS, vinculados al Comité Técnico Nacional de Monitoreo y Evaluación. De esta manera, contemplaron la necesidad de crear equipos regionales en los departamentos de Escuintla, Quetzaltenango, Zacapa y Chiquimula.

Dado que USAID|Proyecto Capacity Centroamérica apoya las redes multisectoriales de AICV en tres de los cuatro departamentos, se estableció una alianza estratégica con ONUSIDA para apoyar la estrategia descrita. Los equipos técnicos locales fueron convocados y están en proceso de conformación. Así también formarán parte de la estructura de las redes en Quetzaltenango y Zacapa.

En relación a la toma de decisiones basadas en el uso de información estratégica, durante el segundo año fiscal, se realizó el diagnóstico de siete redes multisectoriales y la devolución de resultados; así mismo se hizo el análisis de prevalencia de VIH del país y área geográfica específica. Las siete redes realizaron reuniones para analizar la información obtenida con los miembros de la red, con lo cual se logró definir acciones específicas como la reestructuración de las redes multisectoriales, elaboración del plan de intervención basado en evidencias y definir acciones concretas para mejorar la calidad y acceso a los servicios de AICV para las PEMAR y PV en las áreas mencionadas. (Ver cuadro C.B.6)

Cuadro C.B.6. Número de redes multisectoriales que toman acciones basadas en el análisis de información estratégica para mejorar el acceso y la calidad de servicios de AICV para PEMAR y PV, Guatemala, octubre 2012.

#	Indicador	Meta anual	Logro anual	Desempeño Anual
2.3.1.	# de redes multisectoriales que han tomado acciones basadas en el análisis de información estratégica.	4	7	175% (7 de 4)
2.3.2.	# de foros locales y nacionales en donde las redes multisectoriales presentan información estratégica para análisis y toma de decisiones.	2	2	100% (2 de 2)

Fuente: SM&E USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

Otras decisiones tomadas a partir del uso de información estratégica fueron:

- Información provista por la Redso fue compartida con la DAS de Malacatán, municipio de San Marcos, haciendo visible la necesidad de mejorar los servicios de AICV en la región. Parte de esta información fue utilizada para la gestión de la creación de la Unidad de Atención Integral en Malacatán. Este Hospital solicitó el apoyo del Proyecto para implementar ODC y fue incluido dentro de las actividades del CAMCAP.
- La decisión de utilizar el marco de gobernanza de la Red VIH Petén, permitió la reducción de un conflicto entre organizaciones miembros.
- La Red VIH Petén decidió utilizar la herramienta de Google Groups para mejorar la comunicación entre sus miembros. A través de ello se están enviando convocatorias y noticias de interés general, lo cual permite una mejor cohesión de los diferentes participantes en la red.

Durante el tercer y cuarto trimestre del presente año fiscal, se realizaron dos foros: uno a nivel local y uno a nivel nacional con lo que se logra un 100% de la meta anual (Ver cuadro C.B.6). En junio de 2012 se llevó a cabo el foro de la Redso donde participaron 86 personas. Durante el foro se dio a conocer la misión, visión y objetivos de la Redso y se expusieron las principales actividades de la red y los alcances obtenidos.

La Unidad de Atención Integral (UAI) del Hospital de Coatepeque dio a conocer la sala situacional de la región; y la representante de la Asociación Gente Unida (Asociación de Personas con VIH), enfatizó en la necesidad de sensibilizar a la población. En esta actividad de la Redso, se contó por primera vez, con la participación de directores institucionales, el Gobernador Departamental, el Jefe de Área de Salud y el equipo técnico del Departamento de San Marcos y el Alcalde de Coatepeque, así como el Gobernador de Retalhuleu.



Sr. Gobernador de San Marcos, Luis Rivera, en el foro de la Redso



Alcalde de Coatepeque, Arq. Emilio Maldonado

Las autoridades manifestaron su apoyo general a la red, donde el alcalde ofreció gestionar con la municipalidad un espacio físico si fuera requerido por la Redso. Cabe destacar el compromiso de las autoridades de San Marcos para concretar la apertura de la UAI en el Hospital de Malacatán.



Jefe de área de salud San Marcos,
Dr. Julio César Lam

En el mes de septiembre se llevó a cabo durante tres días, el Primer Encuentro Nacional de Redes de VIH de Guatemala. La convocatoria se realizó a todos los miembros de las redes, donde se contó con la participación de 148 representantes, como se presenta en el cuadro C.B.7. Así también asistieron representantes de organizaciones socias de USAID y del Sistema de las Naciones Unidas.

Cuadro C.B.7. Participantes en el encuentro nacional de redes multisectoriales. Septiembre 2012

Red/Tipo de organización	Servicios de Salud	Educación	Personal uniformado	ONG	Organizaciones basadas en la Fe	Representantes diversidad sexual	PDH	Otras	Total por red
Petén	8	0	0	7	1	1	1	2	20
Izabal	7	0	0	3	1	4	1	2	18
Zacapa	2	1	0	2	0	0	0	2	7
Escuintla	4	0	0	1	0	0	0	1	6
Santa Rosa	12	4	1	1	0	0	0	1	19
Retalhuleu	9	2	4	12	3	1	0	2	33
Sur Occidente	10	0	0	4	2	2	0	0	18
Quetzaltenango	1	0	0	5	1	2	0	4	13
Huehuetenango	1	0	0	3	0	4	0	6	14
Total por sector	54	7	5	38	8	14	2	20	148

Los principales resultados del encuentro fueron:

- Creación de un espacio de intercambio entre las comisiones de trabajo de las 9 redes para compartir experiencias exitosas y lecciones aprendidas del proceso de implementación de AICV.
- Estandarización del enfoque de género, estigma y discriminación, y derechos humanos en las acciones promovidas por las redes.
- Las nueve redes multisectoriales de AICV conformadas en Guatemala revisaron y validaron los estándares de desempeño. Por lo tanto se contará con un único instrumento de medición que facilitará la comparación entre redes.



Por su parte, el PNS presentó la estrategia Nacional de IEC para Cambio de Comportamiento, incluyendo la importancia de la creación e implementación de los Planes Operativos Locales. Finalmente los miembros de las redes emitieron un comunicado consensuado en el que ratificaron el compromiso para el fortalecimiento de la AICV en sus localidades e invitaron a los representantes de organismos de Derechos Humanos a integrarse al trabajo de las redes multisectoriales.

➤ **Resultado 2.4 Reducción de estigma y discriminación en el ámbito local para mejorar la calidad de vida de las PVV**

A raíz de los resultados de las mediciones del desempeño realizadas en las redes multisectoriales, se identificó la necesidad de abordar de una manera más efectiva el tema de estigma y discriminación relacionado al VIH y PEMAR incluyendo información del marco legal que protege los derechos individuales. Se planteó que entre las instituciones que conforman las redes multisectoriales existe desconocimiento relacionado al tema, por lo que a partir de los acuerdos establecidos en el taller de AMD realizado en marzo, se conformaron equipos de capacitación para el diseño de la currícula en estigma y discriminación. Dado que los equipos identificaron brechas de aprendizaje similares se elaboró en conjunto una currícula para todas las redes.

Durante el segundo año fiscal del proyecto se logra un 155% (87 de 56) de la meta anual de personas de las redes multisectoriales capacitadas y certificadas en el tema de estigma y discriminación. (Cuadro C.B.8)

Cuadro C.B.8 Número de participantes de redes multisectoriales que completan exitosamente capacitación en tema de estigma y discriminación por género y por tipo de institución, Guatemala, octubre 2012.

#	Indicador	Meta anual	Logro anual	Desempeño Anual
2.4.1.	Número de participantes de redes que completan exitosamente capacitación en estigma y discriminación.	56	87	155% (87 de 56)
	Masculinos	NA	25	29% (25 de 87)
	Femeninos	NA	62	71% (62 de 87)
	Organización Gubernamental	NA	51	59% (51 de 87)
	Masculinos	NA	11	22% (11 de 51)
	Femeninos	NA	40	78% (40 de 51)
	Organización No Gubernamental	NA	23	26% (23 de 87)
	Masculinos	NA	8	35% (8 de 23)
	Femeninos	NA	15	65% (15 de 23)
	Sociedad Civil	NA	13	15% (13 de 87)
	Masculinos	NA	6	46% (6 de 13)
	Femeninos	NA	7	54% (7 de 13)

La distribución de las personas capacitadas en estigma y discriminación durante el segundo año fiscal por género es la siguiente: un 29% masculinos (25 de 87) y un 71% femeninos (62 de 87). Mientras que por tipo de institución en la cual pertenece encontramos un 59% (51 de 87) que trabajan en organización gubernamental, un 26% (23 de 87) en organización no gubernamental y un 15% (13 de 87) en instituciones de sociedad civil organizada (Ver Cuadro C.B.8).

Se desarrollaron cinco talleres en las redes de: Petén, Cuilapa, Redso, Huehuetenango y Quetzaltenango. El objetivo del taller fue ofrecer herramientas a las redes como parte de una estrategia para el fortalecimiento de las competencias de los miembros, que brindan diferentes tipos de apoyo con relación al tema de VIH. El total de personas que alcanzaron competencias es de 87 personas, superior a la meta propuesta, esto motivado por la necesidad evidenciada en las redes de cerrar esta brecha y estandarizar conocimientos en sus miembros.

Próximos pasos:

- Desarrollar capacitaciones en estigma y discriminación para las redes de Zacapa, Retalhuleu e Izabal.

➤ **Resultado 2.5 Incrementar la demanda y la calidad de la atención en ITS y VIH en 34 centros de salud fortalecidos por USAID durante los últimos 5 años e incluir otros 16 centros más.**

En el primer trimestre del presente año fiscal, se conformó el equipo técnico de trabajo para implementar la Estrategia Optimizar el Desempeño y la Calidad (ODC) en Centros de Salud. El equipo delegado por parte del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida (PNS) y USAID|Proyecto Capacity Centroamérica, definieron los criterios técnicos que permitieron de forma conjunta identificar los 50 Centros de Salud a nivel nacional donde se implementaría la estrategia. Posteriormente, el equipo definió la primera versión de los instrumentos de desempeño y los validaron en el Centro de Salud de ITS de la Zona 3 y en el Centro de Atención Permanente (CAP) de Taxisco, Santa Rosa.

A raíz del cambio de Gobierno, los procesos y actividades programadas fueron interrumpidos debido al cambio de autoridades del Ministerio de Salud tanto a nivel central como local. Para el tercer trimestre, el Proyecto reinicia el proceso de presentación y negociación con las nuevas autoridades. De esta manera, en el mes de julio se logró definir el equipo que lideraría el proceso de ODC el cual quedó conformado por la Unidad de Gestión de Calidad, Departamento de Desarrollo de los Servicios, Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación (USME) del SIAS y Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida. Posteriormente, se elaboraron los instrumentos de desempeño en base a la normativa vigente, junto con el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y el Programa de Ejes Transversales. Se establecieron 137 estándares, distribuidos en 7 áreas de medición: consulta externa, emergencia, encamamiento de gineco obstetricia, laboratorio, bodega y farmacia, bioseguridad y gestión.

Luego de contar con la autorización por escrito del SIAS para desarrollar la metodología en los centros de salud priorizados, 13 funcionarios del Nivel Central del SIAS recibieron la transferencia metodológica, incluyendo a supervisores de la USME, personal del Departamento de Desarrollo de los Sistemas y la Unidad de Gestión de Calidad.

Para el cuarto trimestre, inicia la implementación de la estrategia ODC en los centros de salud de la región norte del país que incluye los departamentos de Petén e Izabal. Con el fin de garantizar la conducción de la Estrategia desde el nivel local se realizó la transferencia metodológica al Personal de las Áreas de Salud de Izabal, Petén Norte y Petén Suroriente, impartido en la mayor parte, por el personal del SIAS que previamente fueron capacitados.

De esta manera, 31 personas fueron certificadas en la metodología, dentro de los que figura personal médico, de enfermería, coordinadores de VIH y financieros de las áreas de salud y servicios priorizados. La tabla C.B.9 muestra un total de 44 personas capacitadas en la metodología de ODC. A pesar que no estaba contemplado como meta para el año fiscal, fue necesario hacer la capacitación para garantizar la implementación del proceso de ODC en los Centros de Salud seleccionados.

Tabla C.B.9: Logro de Capacitación en Servicio

#	Indicador	Meta anual	Desempeño Anual
2.5.1.	# de trabajadores de salud que han completado exitosamente capacitación en servicio.	N/A	(44 de 0)
2.5.1.1	% de de trabajadores de salud que completan exitosamente un programa de capacitación	N/A	100%

Fuente: SM&E USAID| Proyecto Capacity Centroamérica

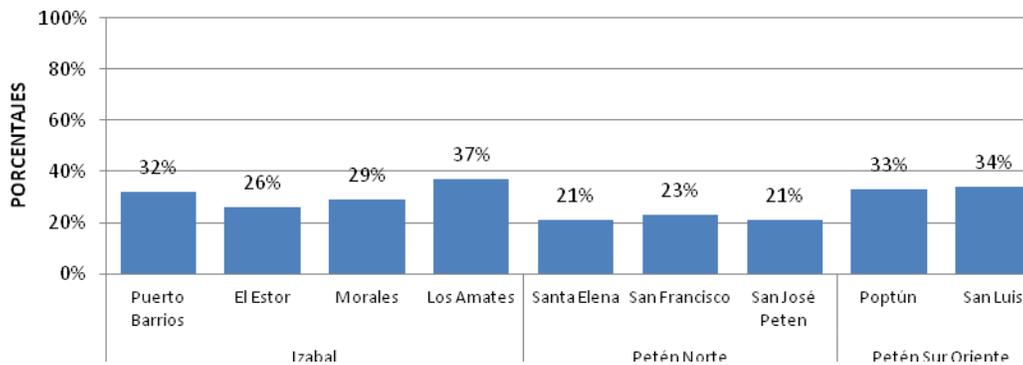
Tabla C.B.10 Tabla de indicadores de monitoreo y evaluación para año fiscal II, Componente Bilateral

#	Indicador	Meta anual	Desempeño Anual
2.5.2.	Porcentaje de centros de salud que han completado mediciones de desempeño durante el período a reportar.	60% (N= 10)	90% (9 de 10)
2.5.2.1	Número de centros de salud que han completado la primera medición de desempeño dentro del período a reportar (La primera medición ocurre una vez en la vida del proyecto y sirve de base de comparación de las subsiguientes mediciones).	10	90% (9 de 10)
2.5.3.1	Número de centros de salud que han desarrollado un plan de intervención para reducir brechas de desempeño dentro del período de reporte.	10	90% (9 de 10)

Fuente: SM&E USAID| Proyecto Capacity Centroamérica

Los equipos de ODC capacitados realizaron la medición de la línea de base de nueve servicios de salud, por lo tanto se cumplió con un 90% de la meta propuesta. El promedio de las mediciones en los centros de salud es de 28.4% (Ver gráfica C.B.2).

**Gráfica C.B.2 Resultados primera medición ODC en Centros de Salud
Región Norte de Guatemala, septiembre del 2012.**

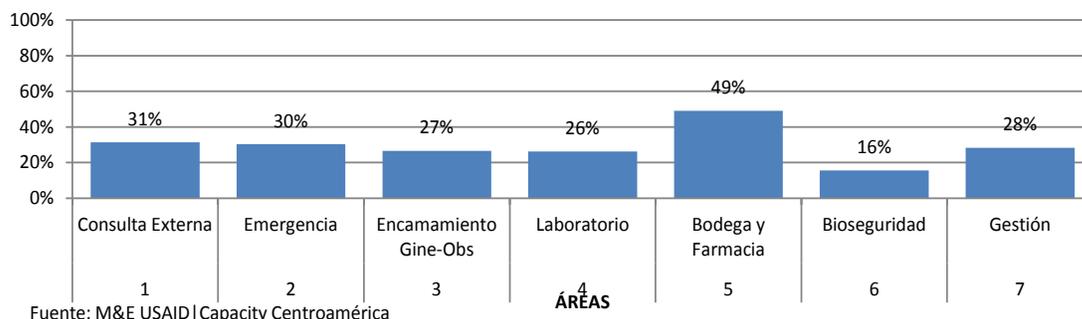


Fuente: SM&E USAID| Proyecto Capacity Centroamérica

Los resultados que se presentan en la gráfica C.B.2 revelan que el 44% de los servicios (4/9) superan el 30% en la medición, donde el Centro de Salud de Los Amates, Izabal obtuvo el mayor porcentaje de desempeño alcanzando el 37%. Esto llama la atención dado que el servicio no cuenta con infraestructura apropiada, actualmente están construyendo las nuevas instalaciones que serán inauguradas en diciembre 2012. La actitud del personal por mejorar constantemente para brindar una atención de calidad y el proceso de capacitación continua con el apoyo del Coordinador Municipal de Salud, fueron los factores que permitieron alcanzar estos resultados.

Las mayores debilidades o brechas de los servicios de salud se encuentran en los estándares de Bioseguridad, Laboratorio y Gestión. El área de Bodega y Farmacia supera la media del porcentaje general de desempeño alcanzado con 49% y el área con mayor oportunidad para el cierre de brechas es la de Bioseguridad con 16%. Esta última debido a que la mayoría de los prestadores de salud no utilizan el equipo de protección personal y los servicios no cuentan con procedimientos adecuados de extracción de desechos bioinfecciosos, por lo que recurren a realizar acciones alternativas poco apropiadas. Adicionalmente, se identificaron brechas en el proceso de orientación pre y post prueba de VIH, uso del Protocolo de Atención a Víctimas Sobrevivientes de Abuso Sexual y en el trato cordial a las personas usuarias lo cual facilita el estigma y discriminación en algunos casos. (Ver gráfica C.B.3)

**Gráfica C.B.3 Comparación por áreas de mejora global de desempeño en primeras mediciones
Centros de Salud de la Región Norte de Guatemala, septiembre del 2012.**



Fuente: M&E USAID| Capacity Centroamérica

Los servicios que aplicaron la medición en el área de encamamiento son: Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI) de El Estor y centros de salud de Los Amates y Morales. Los otros centros de salud no cuentan con esta característica ya que son centros de salud tipo B; sin embargo estos servicios brindan atención a embarazadas con emergencias obstétricas, lo cual se verifica en el instrumento de Emergencia.

La estrategia ODC fue aceptada favorablemente tanto en las áreas de salud como en los servicios, debido al involucramiento del personal y Directores de las áreas de salud desde el inicio de la implementación; de tal manera que durante todo el proceso apoyaron la implementación de los planes de intervenciones en los servicios y solicitaron la inclusión de los servicios del segundo nivel de atención que no fueron priorizados.

Para el siguiente año fiscal (2012-2013) se realizarán las líneas de base en los 41 centros de salud restantes, de acuerdo al listado que se establezca con la Dirección del SIAS, dado que se encuentran en un proceso de reorganización interna, donde la Unidad de Gestión de Calidad será quien de seguimiento a los talleres de transferencia metodológica, mediciones y proceso de implementación de la estrategia ODC.

Programación para el primer trimestre del año:

- Talleres de transferencia metodológica para personal de las áreas de salud y centros de salud de Escuintla, Retalhuleu y Suchitupéquez.
- Medición de la línea de base de los centros de salud de Escuintla y Retalhuleu.
- Visitas de seguimiento a nueve centros de salud de Izabal y Petén.

XII. DESAFIOS ENFRENTADOS Y SOLUCIONES APLICADAS

DESAFIO	SOLUCION
Redes ya conformadas previamente, tienen establecidas dinámicas de trabajo poco orientadas al empoderamiento y a su auto-sostenibilidad, teniendo altas expectativas de USAID Proyecto Capacity Centroamérica especialmente en cuanto a los recursos financieros que le aportará a la red.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Constante recordatorio sobre el rol de asistencia técnica de USAID Proyecto Capacity Centroamérica. ➤ Incremento en el número de visitas y en el tiempo para cabildear con las comisiones coordinadoras de las redes y con las organizaciones miembro, de forma individual.
Las redes existentes están integradas por organizaciones voluntarias cuya disponibilidad de tiempo para el trabajo de la red es muy limitada.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incremento en el tiempo de cabildeo con las organizaciones miembro ➤ Reuniones cortas por comisión, para dirigir la implementación de actividades en grupos más pequeños
Falta de comprensión de la AICV y resistencia al cambio en algunas redes. Poco interés de algunas organizaciones en cumplir con los compromisos adquiridos para la implementación de la Estrategia.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Visitas institucionales individuales para cabildeo ➤ Reforzar en las reuniones de las redes las ventajas de la implementación de la Estrategia de AICV ➤ Alta inversión de tiempo en comunicación telefónica, electrónica y presencial, para sensibilizar a las personas sobre la importancia de su activa participación
Conflictos históricos que permanecen entre los miembros de las redes, que han obstaculizado el progreso de la implementación de la estrategia de AICV.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alta inversión de tiempo en comunicación telefónica, electrónica y presencial, para mediar y reducir el conflicto ➤ Talleres de capacitación en manejo y resolución de conflictos, comunicación asertiva e integración de equipos.
Poca capacidad técnica para conducir procesos de monitoreo y evaluación internos de las redes que faciliten su formalización y el cumplimiento de los objetivos.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alta inversión de tiempo en comunicación telefónica, electrónica y presencial, para brindar acompañamiento. ➤ Identificar personas claves que puedan potenciar sus capacidades para documentar, reportar e informar las actividades de la red. ➤ Promover el ingreso de personas con un perfil más alto para que la red aumente su capacidad técnica y mejoren la visión y abordaje de las estrategias.
Abordaje para la reducción de estigma y discriminación a personas con VIH y otras poblaciones vulnerables y adaptación de una currícula de capacitación en el tema, para una audiencia altamente heterogénea en términos de nivel académico, experiencia y naturaleza de las organizaciones.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitación a miembros de las redes para que cuenten con un nivel estándar de conocimiento en el tema de estigma y discriminación. ➤ Desarrollo de currícula a través de aplicación de AMD.
El proceso de implementación de la AICV a través del desarrollo de redes multisectoriales es innovador. Ha requerido alta inversión de tiempo dado que se está implementando y redefiniendo constantemente.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Talleres trimestrales con los Coordinadores de campo, para la evaluación de las actividades operativas en la conducción de la estrategia de AICV. ➤ Sistematización de la experiencia acumulada en la implementación de la estrategia de AICV y actualización de la guía de implementación
Contar con la participación de los miembros de las redes en los talleres de capacitación.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cabildeo con las jefaturas de las organizaciones miembros de las redes para convencer sobre la importancia de aprovechar los espacios de formación. ➤ Implementación de sistemas de convocatoria que faciliten la solicitud de autorización de permisos a los miembros de las redes.
Constante rotación del personal dentro del MSPAS, especialmente en el nivel central, lo cual retrasa los procesos y la toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Concentración de esfuerzos con autoridades en el ámbito local ➤ Fortalecimiento de las redes multisectoriales para continuar con las actividades programadas.
Cambio de autoridades del MSPAS en tres ocasiones durante el año fiscal. Cada autoridad ha establecido nuevas políticas y lineamientos que han paralizado el avance de los procesos, especialmente en los Centros de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Búsqueda activa de información sobre los posibles nombramientos en puestos clave ➤ Reuniones de presentación con las nuevas autoridades ➤ Comunicación y relacionamiento constante con los niveles operativos-técnicos

XIII. LECCIONES APRENDIDAS

- ✓ La implementación de la estrategia AICV requiere de esfuerzos paralelos de cabildeo y negociación con autoridades del MSPAS, tanto a nivel central como a nivel local.
- ✓ La etapa de negociación y cabildeo para la integración de las redes multisectoriales de AICV es un proceso social complejo y prolongado, ya que involucra visiones e intereses de múltiples actores clave. Por ello se deben considerar tiempos prudenciales para esta primera fase y asegurar que haya un claro entendimiento de la estrategia y la dinámica, así como no forzar su integración, para que las acciones se realicen por consenso y en armonía en la búsqueda del empoderamiento y la auto-sostenibilidad.
- ✓ El proceso para la implementación de la AICV con redes multisectoriales es nuevo en el país, por lo que además de tener claridad en el proceso técnico de la AICV, es necesario incorporar y utilizar conocimientos sobre el proceso desde la perspectiva social, tales como herramientas para el trabajo con múltiples actores de naturaleza y qué hacer heterogéneos, el manejo de conflictos y el fortalecimiento de relaciones y funcionamiento bajo una perspectiva de sistemas.
- ✓ El proceso para la implementación de la AICV con redes multisectoriales, desde la negociación inicial hasta la primera medición del desempeño, ha tomado no menos de cinco y hasta ocho meses, tiempo mayor al considerado inicialmente, debido a que las redes proveen tiempo voluntario adicional a su tiempo de trabajo regular. Al replicar este proceso se deben considerar tiempos realistas sobre el avance que se puede obtener en breves períodos de tiempo.
- ✓ Las personas que proveen la asistencia técnica para la implementación de la AICV con redes multisectoriales, deben poseer buenas habilidades de negociación y resolución de conflictos, para mantener la imparcialidad y minimizar los conflictos sociales que surgen.
- ✓ La transición de gobierno ha generado un estancamiento en los procesos en los cuales el MSPAS tiene participación. Al replicar este proceso se deben considerar tiempos realistas sobre el avance que se puede obtener durante el tiempo que dure la transición así como una estimación del tiempo por el cual podría prolongarse esta transición, y elaborar programaciones que permitan el avance en otras actividades no vinculadas directamente con las instituciones de gobierno.
- ✓ La dinámica de las redes es cambiante, por lo que se requiere documentar y sistematizar los procesos, para asegurar que no se diluyan las lecciones aprendidas y su análisis para la toma de decisiones. Asimismo es necesario que se mantenga información disponible y clara sobre las actividades que realizan para que los integrantes se mantengan al tanto aunque no asistan a las reuniones.
- ✓ Es importante contar con integrantes en la red que posean poder en la toma de decisiones para que impulsen los procesos y se avance con el respaldo necesario.
- ✓ La participación del personal delegado del Área de Salud no asegura que se informe al Director de Área sobre las actividades de la red. Se debe mantener una constante comunicación con los directores de Área de Salud para involucrarlos en los avances de la red.

- ✓ La transición de gobierno ha generado un estancamiento más prolongado de lo esperado en los procesos de asistencia técnica al MSPAS. La negociación de la estrategia de ODC en Centros de Salud ha requerido siete meses para retomar el proceso con las nuevas autoridades por lo tanto se deberá prever que los cambios de gobierno requieren de un mayor tiempo para retomar los acuerdos.

XIV. EJECUCIÓN FINANCIERA CAMPLUS BILATERAL

Durante el cuarto trimestre del tercer año del Proyecto, se ejecutó un monto de US\$ 389,083 más los gastos provisionados pendientes de liquidar de US\$28,705 lo que hace un total de US\$417,788 para un acumulado de US\$869,159 al 30 de septiembre 2012. El saldo de carry-over al 30 de septiembre de 2012 es de US\$431,229.

El presupuesto original del año III fue de US\$1,061,861, ejecutando US\$840,454 que representa un 79% sin provisiones de gastos. Incluyendo las provisiones de gasto el monto ejecutado es de \$869,159 lo que representa el 82%.

USAID/PROYECTO CAPACITY PLUS CENTROAMÉRICA EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA AÑO II (OCT. 11 A SEPT. 12)

Rubros en el presupuesto	Total Ejecutado Q1 (Oct 11- Sept 12) Gastos + Acruals	Gastos Camplus Bilateral	Gastos por pagar (Accruals)
Fortalecimiento de la calidad de la atención y mejora en la calidad de vida de PLWHA y otras poblaciones vulnerables	\$657,375	\$635,409	\$21,966
Capacitación	\$0	\$0	\$0
Compras	\$10,340	\$10,340	\$0
Total Costos Directos	\$667,715	\$645,749	\$21,966
Costo Indirectos (30.68%)	\$201,444	\$194,705	\$6,739
Total Ejecutado	\$869,159	\$840,454	\$28,705

INFORME ADMINISTRATIVO

3. INFORME ADMINISTRATIVO

➤ CONTRATOS EMPLEADOS Y CONSULTORES

Después de la renuncia de la Gerente del Proyecto Bilateral en el tercer trimestre, el departamento administrativo realizó el proceso de reclutamiento y selección, contratando a la Licda. Juliana Sánchez, luego de haber completado toda la documentación y aprobación respectiva de USAID.

El Coordinador de Campo de la Región Central, fue retirado de su cargo a principios del mes de marzo y en su lugar, luego del proceso de reclutamiento respectivo, se contrató a la Licda. Mildred Johnson, a partir del 7 de mayo del 2012, la Licda. Johnson, cuenta con experiencia de trabajo de campo y redes.

Con el objetivo de fortalecer los procesos administrativos financieros, se contrató al Sr. Luis Guerra, como Asistente Administrativo Financiero, quien inicia una relación laboral con el proyecto a partir del 28 de mayo del 2012.

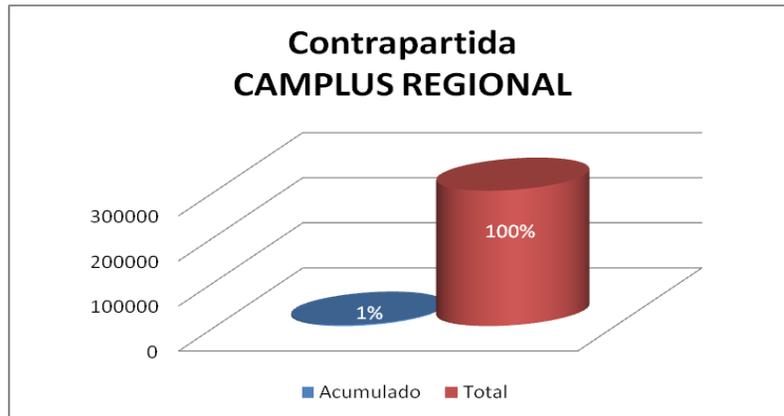
El Dr. Edwin Estuardo Díaz, quien estaba aplicando para la plaza vacante de Coordinador de Campo de la Región Central, se contrata, ya que cuenta con las competencias específicas para ocupar el puesto de Asesor de Proyecto Bilateral y quien inicia labores el 2 de julio del 2012.

El Arquitecto Fernando Arévalo, fue contratado como Coordinador de Proyecto Bilateral, el Arq. Arévalo, cuenta con gran experiencia en proyectos de la Misión y trabajo de campo, por lo que se conforma un gran equipo de trabajo para cumplir con los objetivos y metas del proyecto.

En Belice, se rescindió del contrato de la Coordinadora de Campo, Ivorine Bulwer, contratando en su lugar al Lic. Iván Cabb, sin embargo, no fue confirmado en el puesto debido a la poca integración y compromiso con el Proyecto. Por esta razón se evalúa nuevamente a las personas que participaron en el proceso de selección y se recibe de parte de la NAC, la propuesta del Lic. Marconie Moh, como un candidato potencial para ocupar el cargo de Coordinador de Campo. De esta manera se contrata a partir del 11 de junio del 2012.

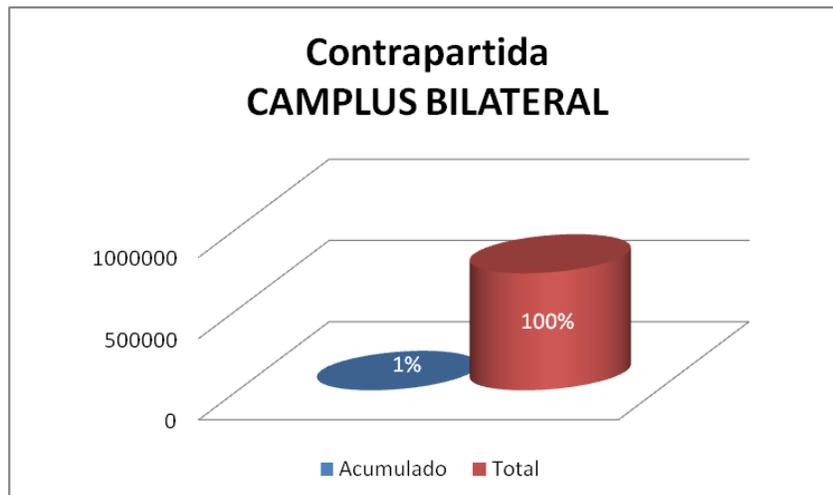
➤ CONTRAPARTIDA (COST – SHARE) CAMPLUS REGIONAL

El departamento administrativo reportó en marzo contrapartida del componente regional por un monto de US\$3,015 cantidad que fue aprobada por la casa matriz y se realizan esfuerzos para continuar recolectando los costos de contrapartida con el objetivo de cumplir con la meta establecida.



➤ CONTRAPARTIDA (COST – SHARE) CAMPLUS BILATERAL

El departamento administrativo ha reportado costos de contrapartida para el componente bilateral de USD956, cantidad que fue aprobada por la casa matriz y se espera continuar recolectando los costos de contrapartida para poder cumplir con la meta que el proyecto tiene establecida.



ANEXO 1

INFORME DE PAISES CAMPLUS REGIONAL (AFII)

A. BELICE

Bajo la conducción y liderazgo de la NAC, las redes inicialmente priorizadas fueron Punta Gorda y Orange Walk. Luego que las autoridades de la NAC conocieran los objetivos de la estrategia AICV los cuales coinciden con los de la NAC, deciden ampliar la estrategia a otras regiones de salud, definiendo para ello las regiones de San Ignacio, San Pedro y Belmopán. Durante el último trimestre del presente año fiscal, las redes iniciaron con la negociación y cabildeo para su conformación y consolidarán las fases del proceso en el siguiente año fiscal.

Los miembros de la red de Punta Gorda, reactivaron su trabajo en red luego de casi un trimestre de inactividad debido a los diferentes compromisos de las organizaciones que la conforman. Es a partir del mes de junio en un acto público los miembros de la red anuncian oficialmente su conformación y posteriormente realizan la primera medición y su plan de intervenciones. La red está conformada por 16 organizaciones que representan al sector gubernamental, no gubernamental y de la sociedad civil, entre éstas el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Universidad de Belice, Alcaldía, representantes del Ejército y otras organizaciones.



Integrantes de la Red en reunión de trabajo

Durante este año fiscal, tanto la red Punta Gorda como la red de Orange Walk, alcanzaron la etapa de conformación y así mismo realizaron su primera medición y elaboración del plan de intervenciones. Este fue un proceso lento que debió ajustarse al cronograma y plan de trabajo de la NAC. Adicionalmente, las actividades programadas se vieron afectadas debido al cambio del coordinador de campo del Proyecto en dos ocasiones.

Para el próximo año fiscal, ambas redes realizarán las visitas de seguimiento respectivas para el apoyo de actividades planificadas en los planes de intervención y realizará la segunda medición para conocer las brechas superadas en las redes multisectoriales. La Tabla A.1 presenta el avance de las redes, respecto a la implementación de la estrategia AICV en el país.

Tabla A.1. Avances en la implementación de la estrategia de AICV en las redes multisectoriales de VIH en Belice, octubre 2012

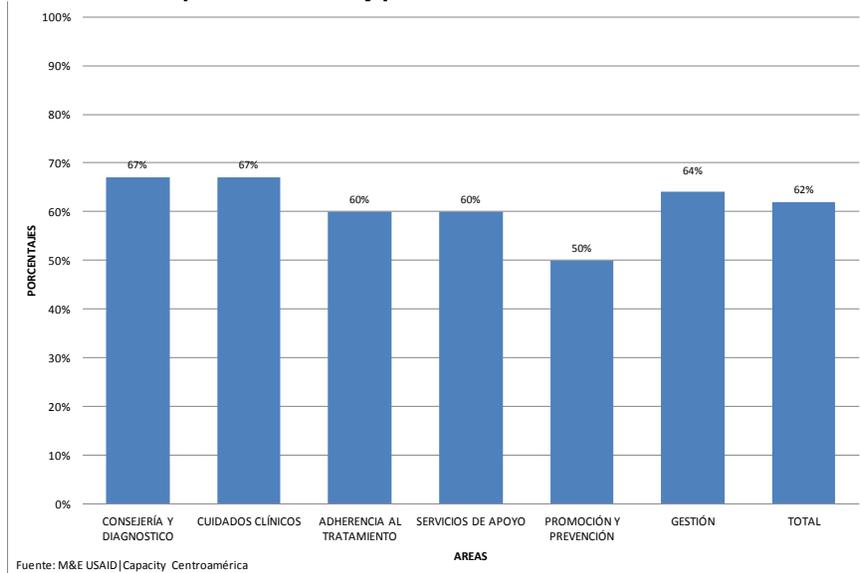
Países	Localidad de la Red	PRIMERA FASE		SEGUNDA FASE		TERCERA FASE			
		Presentación Negociación	Diagnóstico	Devolución resultados	Integración de la Red	Medición Basal	Devolución de Resultados	Plan de Intervención	Primera visita de seguimiento
Belice	Punta Gorda	X	X	X	X	X	X	X	
	Orange Walk	X	X	X	X	X	X	X	

Fuente: SM&E USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

La gráfica A.1 presenta los resultados de la primera medición de la red de Punta Gorda, la cual alcanzó un resultado global de 62%. Las áreas que alcanzaron mayor desempeño son consejería y cuidados clínicos con el 67% y gestión con el 64%.

Los aspectos que contribuyeron para alcanzar estos resultados están relacionados con: instalaciones que garantizan la privacidad; las áreas cuentan con procesos de consejería establecidos para la prevención y el personal está capacitado en el tema. En cuanto al área de gestión, lo que favoreció fue contar con la estructura de red en las regiones de salud. Las áreas que representan mayor reto para el cierre de brechas son adherencia al tratamiento y servicios de apoyo, en las cuales la red debe enfocar sus esfuerzos, por ejemplo contar con protocolos estandarizados para ARV y definir mecanismos para asegurar la adherencia a la terapia.

Gráfica A.1. Resultado de primera medición y por áreas de la red de Punta Gorda, Belice, octubre, 2012

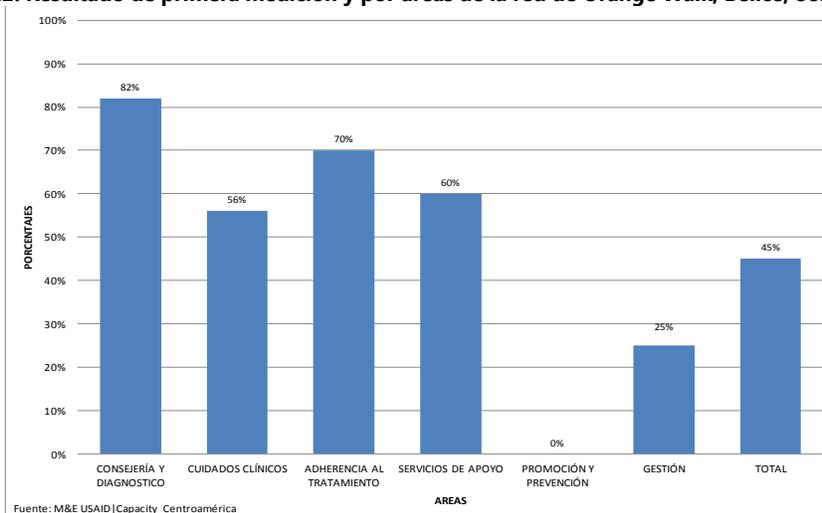


Por su lado, la red de Orange Walk está conformada por 16 organizaciones que prestan servicios de apoyo a PV. Los miembros de estas organizaciones poseen un alto nivel académico de tal manera que este grupo requiere más apoyo para mantener su progreso.

En el diagnóstico realizado, los datos reflejaron que los jóvenes y la población en general son los grupos más atendidos por las diferentes organizaciones que conforman la red. Otro grupo mayormente atendido son las personas con VIH (adultos y niños,) los hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y las mujeres embarazadas. Luego de socializar los resultados del diagnóstico, se realizaron visitas y reuniones para sensibilizar sobre la necesidad de trabajar en red. De esta manera, para el segundo semestre del presente año fiscal, la red de Orange Walk oficializó en un acto público su integración, lo cual estuvo presidido por el Alcalde y la participación del Director del hospital quien representa la autoridad local, el ministerio de educación, otros departamentos del ministerio de salud, otros ministerios, personas positivas y organizaciones locales.

En el mes de agosto, la red realizó la primera medición del desempeño donde obtuvo un resultado global del 45%. Las áreas con mejor desempeño son: orientación y prueba voluntaria (82%), adherencia (70%) y servicios de apoyo (60%). Los retos se encuentran principalmente en el área de cuidados clínicos que obtuvo un 56%, prevención y promoción de VIH (0%) y gestión (25%). En esta última área es necesario trabajar en el establecimiento de normas y lineamientos para el funcionamiento de la Red. A continuación se presentan los resultados obtenidos por área.

Gráfica A.2. Resultado de primera medición y por áreas de la red de Orange Walk, Belice, octubre, 2012



Durante el segundo año fiscal se logró un 118% (60 de 51) de la meta anual de personas pertenecientes a las redes multisectoriales de Punta Gorda y Orange Walk capacitada en temas de liderazgo para el trabajo en redes. (Ver cuadro A.1)

Cuadro A.1. Número de miembros de redes multisectoriales capacitados en temas relacionados a VIH en Belice, octubre 2012.

#	Indicador	Meta anual	Logro anual	Desempeño Anual
1.1.5.	Número de miembros de redes multisectoriales que completan exitosamente un programa de capacitación.	51	60	118% (60 de 51)

Fuente: SM&E USAID | Proyecto Capacity Centroamérica

De los 60 miembros de las redes multisectoriales capacitados el 45% (27 de 60) son masculinos y el 55% (33 de 60) son femeninos. De las personas capacitadas el 62% (37 de 60) corresponden al sector gubernamental, 30% (18 de 60) al sector no gubernamental y un 8% (5 de 60) a sociedad civil.

Cuadro A.2 Distribución por género y tipo de institución en la cual laboran de los miembros de redes multisectoriales capacitados en temas relacionados a VIH en Belice, octubre 2012.

#	Indicador	Logro anual	Porcentaje
1.1.5.	Número de miembros de redes multisectoriales que completan exitosamente un programa de capacitación.	60	118% (60 de 51)
	Masculinos	27	45% (27 de 60)
	Femeninos	33	55% (33 de 60)
	Organización Gubernamental	37	62% (37 de 60)
	Masculinos	15	41% (15 de 37)
	Femeninos	22	59% (22 de 37)
	Organización No Gubernamental	18	30% (18 de 60)
	Masculinos	10	56% (10 de 18)
	Femeninos	8	44% (8 de 18)
	Sociedad Civil	5	8% (5 de 60)
Masculinos	2	40% (2 de 5)	
Femeninos	3	60% (3 de 5)	

Fuente: SM&E USAID | Proyecto Capacity Centroamérica

En el mes de septiembre, a través de dos intervenciones de capacitación, 60 miembros de las redes multisectoriales de Orange Walk, Island, Belice City, Belmopán San Ignacio, Stann Creek y Punta Gorda fueron certificados en competencias, a través de la realización de un taller de fortalecimiento de equipos, que incluye: manejo de conflictos, comunicación y habilidades de liderazgo. El objetivo del taller fue incidir en brechas de motivación interna para que las redes vinculen factores actitudinales, en el contexto de la estrategia de AICV y aumentar habilidades de liderazgo para miembros de la Comisión Nacional del SIDA.



➤ PRÓXIMOS PASOS

- Dar seguimiento a ambas Redes multisectoriales, con la meta de cumplir con las actividades identificadas en sus respectivos planes de implementación para el cierre de brechas.
- Apoyar con asistencia técnica la implementación de la estrategia a otras redes que no son de intervención directa del Proyecto.
- Realizar la segunda medición correspondiente para conocer los avances de la estrategia de AICV sobretodo en la mejora de la calidad de servicios hacia las Personas con VIH (PVs), mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral, y la referencia y contra referencia de las Personas con VIH a las instituciones pertenecientes a las redes multisectoriales.
- Iniciar proceso de estrategia de AICV en la tercera área geográfica para conformación y medición correspondiente de la tercera red multisectorial.
- Capacitaciones a los miembros de todas las redes en la metodología de AMD y elaboración de plan anual de capacitaciones de cada red.
- Capacitaciones en temas de Orientación a la Prueba voluntaria y Estigma y Discriminación.
- Para el próximo año fiscal se prevé contar con currícula en Adherencia dirigido a las organizaciones que conforman las redes.

B. COSTA RICA

En Costa Rica el proceso de establecimiento de las redes ha requerido aplicar diferentes estrategias para su conformación. Uno de los primeros retos encontrados en este país es la poca existencia de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajen el tema de VIH. Las organizaciones existentes requirieron un proceso de mucha negociación para iniciar el trabajo en Red, debido a experiencias anteriores donde trabajar en red no mostró los resultados esperados. En ese sentido, además de convocar a reuniones grupales, el personal del Proyecto en Costa Rica también realizó visitas individuales a las organizaciones para presentar la estrategia AICV. De acuerdo a la tabla B.1 las redes multisectoriales presentan avances en la implementación de la estrategia AICV. En el caso de la red de Limón que ya realizó su primera visita de seguimiento y la red de Puntarenas que alcanzó la etapa de integración.

**Tabla B.1. Avances en la implementación de la estrategia de AICV en las redes multisectoriales de VIH
Costa Rica, octubre 2012.**

Países	Localidad de la Red	PRIMERA FASE		SEGUNDA FASE		TERCERA FASE			
		Presentación Negociación	Diagnóstico	Devolución resultados	Integración de la Red	Medición Basal	Devolución de Resultados	Plan de Intervención	Primera visita de seguimiento
Costa Rica	Limón								
	Puntarenas								

Fuente: SM&E USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

En Limón la red multisectorial está conformada por el Hospital Tony Facio del área rectora y el área de salud de Limón, CCSS, Ministerio de Salud, Asociación Casa Hogar Juan Pablo Segundo, COMAIL, Damas Egipcias, Giro 180° y Cruz Roja Juventud. Luego de la revisión, ajustes y validación de estándares para medir el desempeño de la red, los miembros conformaron Comisiones de trabajo por componente (cuidados clínicos, adherencia al tratamiento, servicios de apoyo y prevención y promoción).

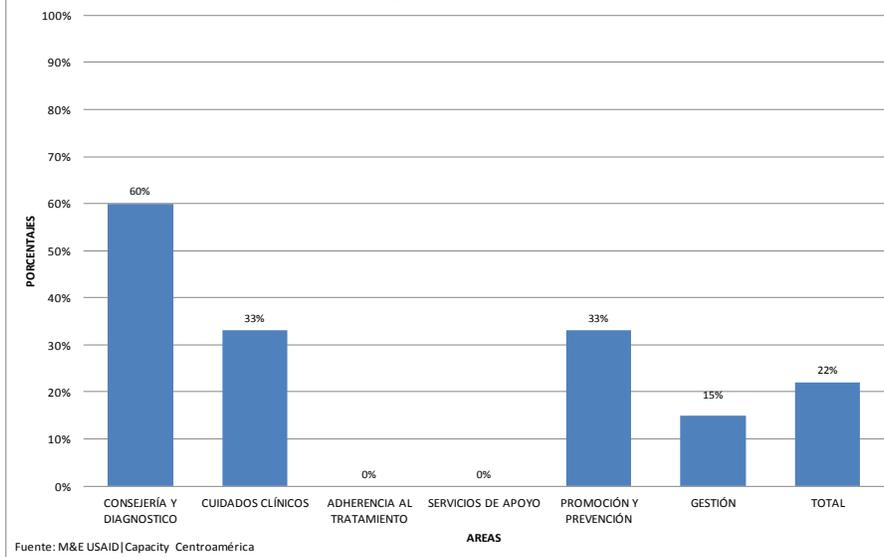
En el tercer trimestre del año fiscal II, ocurre la primera medición de la red de Limón y sus miembros elaboran el respectivo plan de intervenciones. El resultado de la primera medición de la red de Limón es de 22%. Obteniendo un 60% en el área de Orientación y prueba voluntaria, las áreas con mayor oportunidad de mejora son de Cuidados Clínicos y Prevención y Promoción de VIH con 33% cada uno, 0% en Adherencia y Servicios de apoyo, y 15% en Gestión. (Ver Gráfica B.1.)

Los miembros de la red consideraron oportuno que antes de iniciar las acciones de cierre de brechas, la comunidad de Limón en general debía conocer el propósito del trabajo en red. De esta manera, organizaron un Foro de divulgación donde dieron a conocer los indicadores de salud con énfasis en VIH y presentaron su plan de trabajo. Este evento fue presidido por representantes del Ministerio de Salud, la Directora del Área Rectora de Limón y el Director del Hospital Tony Facio, entre otros.



Miembros de la red durante reunión mensual

Gráfica B.1. Resultado de primera medición y por áreas de la Red de Limón, Costa Rica octubre 2012



Por su parte, la red de Puntarenas inició sus actividades luego de un proceso de negociación, cabildeo y visitas individuales a organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y de la sociedad civil para presentar la estrategia AICV y los beneficios de organizarse en red. Durante este proceso, se recabó información clave de las organizaciones para construir el diagnóstico de situación de VIH en esa región. De esta manera, en el segundo semestre del presente año fiscal, queda conformada oficialmente y está integrada por las siguientes organizaciones: Ministerio de Salud, Hospital Monseñor Sanabria, Código Triunfo, Iglesia Manantial de Vida y Giro 180o.

Para el cuarto trimestre, los miembros de la red programaron realizar la medición basal, sin embargo ésta no logró realizarse debido al terremoto que sucedió en Costa Rica ese mismo día.

En el tema de capacitaciones, durante el segundo año fiscal el Proyecto logró un 108% (55 de 51) de la meta anual de personas pertenecientes a las redes de Limón y Puntarenas capacitada en temas de Estigma y Discriminación y Optimización del Desempeño y Calidad para el trabajo en redes. (Ver cuadro B.1)

Cuadro B.1. Número de miembros de redes multisectoriales capacitados en temas relacionados a VIH en Costa Rica, octubre 2012.

Número de indicador	Indicador	Meta anual	Logro anual	Desempeño Anual
1.1.5.	Número de miembros de redes multisectoriales que completan exitosamente un programa de capacitación.	51	55	108% (55 de 51)

Fuente: SM&E USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

De los 55 miembros de las redes multisectoriales capacitados el 35% (19 de 55) son masculinos y el 65% (36 de 55) son femeninos. De las personas capacitadas el 93% (51 de 55) corresponden al sector gubernamental, 7% (4 de 55) al sector no gubernamental y un 0% (0 de 60) a sociedad civil.

Cuadro B.2 Distribución por género y tipo de institución en la cual laboran de los miembros de redes multisectoriales capacitados en temas relacionados a VIH en Costa Rica, octubre 2012.

#	Indicador	Logro anual	Porcentaje
1.1.5.	Número de miembros de redes multisectoriales que completan exitosamente un programa de capacitación.	55	108% (55 de 51)
	Masculinos	19	35% (19 de 55)
	Femeninos	36	65% (36 de 55)
	Organización Gubernamental	51	93% (51 de 55)
	Masculinos	16	31% (16 de 51)
	Femeninos	35	69% (35 de 51)
	Organización No Gubernamental	4	7% (4 de 55)
	Masculinos	3	75% (3 de 4)
	Femeninos	1	25% (1 de 4)
	Sociedad Civil	0	0% (0 de 55)
	Masculinos	0	0% (0 de 0)
	Femeninos	0	0% (0 de 0)

Fuente: SM&E USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

Tres talleres para el cierre de brechas se llevaron a cabo en el cantón central de Limón y dirigidos a la red multisectorial de Limón y uno regional para ODC

Estigma y Discriminación

El taller fue realizado en el cantón central de Limón por una funcionaria del Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) certificada en la metodología AMD. A la capacitación asistieron personas con perfiles muy variados de instituciones como el Ministerio de Educación Pública, la Caja Costarricense de Seguro Social, la Universidad de Costa Rica (UCR) y el Ministerio de Salud, así como otras que se dedican a servicios como lavandería, transportes y limpieza o los representantes de la Comisión Mixta de Atención Integral al Indigente (COMAIL). Participaron 20 personas y 19 se certificaron.

En el segundo taller participaron 17 personas de diferentes organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que componen la red y que en su totalidad fueron certificadas.

Los talleres pretenden dar a conocer como el Estigma y la Discriminación provoca situaciones donde hay mayores posibilidades de que la gente se infecte y que las personas con VIH no reciban un tratamiento y control adecuado.

Orientación y Prueba Voluntaria

El taller fue realizado en el cantón central de Limón los días 30 y 31 de mayo. El objetivo de este taller fue capacitar a la Red de Atención Integral en VIH (RAIVIH), para nivelar los conocimientos en el tema. Por esta razón, se contó con la participación de orientadoras del Ministerio de Educación Pública (MEP), personal de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), representantes de Bienestar Estudiantil de la Universidad de Costa Rica (UCR), funcionarias del Ministerio de Salud, del Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) y de la Comisión Mixta de Atención Integral al Indigente (COMAIL). Participaron 16 personas de ellas, 14 personas concluyeron el taller, de las cuales el 100% aprobó con nota mayor a 80.



ODC

El objetivo del taller es dar a conocer la metodología que IntraHealth aplica para realizar las mediciones, tanto en hospitales como en redes; cómo se construyen estándares, de dónde surgen, cómo se aplica en las mediciones y cuál es el fin de las mismas. Las redes trabajaron sobre un plan de intervenciones que realizaron como ejemplo.



➤ PRÓXIMOS PASOS

- Primera medición y elaboración de plan de intervención de la red de Puntarenas durante el primer trimestre del próximo año fiscal.
- Dar seguimiento a ambas Redes multisectoriales, con la meta de cumplir con las actividades identificadas en sus respectivos planes de implementación para el cierre de brechas.
- Realizar la segunda medición correspondiente para conocer los avances de la estrategia de AICV sobretodo en la mejora de la calidad de servicios hacia las Personas con VIH (PVs), mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral, y la referencia y contra referencia de las Personas con VIH a las instituciones pertenecientes a las redes multisectoriales.
- Iniciar proceso de estrategia de AICV en la tercera área geográfica para conformación y medición correspondiente de la tercera red multisectorial.
- Capacitaciones a los miembros de todas las redes en la metodología de AMD y elaboración de plan anual de capacitaciones de cada red.
- Capacitaciones en temas de Orientación a la Prueba voluntaria y Estigma y Discriminación a miembros de la red de Puntarenas
- Para el próximo año fiscal se prevé contar con currícula en Adherencia dirigido a las organizaciones que conforman las redes.

C. EL SALVADOR

Por decisión del Programa Nacional de ITS, VIH y SIDA en El Salvador, las regiones seleccionadas para implementar el trabajo en red aplicando la estrategia AICV son San Vicente y Sonsonate para lo cual los equipos de trabajo realizaron negociaciones y reuniones a nivel local. Estos procesos se vieron afectados a un principio, debido a las elecciones municipales que provocaron atraso en las acciones para conformación y consolidación de las redes. Aunado a esto se generó un debate interno entre las entidades del MINSAL en torno a quién debía llevar la conducción de la red, por esta lucha de poder se restringieron las convocatorias a otras entidades para la asistencia a la red. Esto produjo una distorsión del abordaje inicial propuesto así como el cumplimiento de las etapas en el tiempo previsto.

Durante el cuarto trimestre del segundo año fiscal, El Salvador realiza la primera medición de las redes de San Vicente y Sonsonate; seguidamente los miembros de las redes elaboraron los respectivos planes de intervención. Uno de los factores que provocó retraso en los procesos de medición de las dos redes fue la epidemia de dengue, sin embargo los equipos de trabajo reprogramaron las actividades y lograron realizar ambas mediciones. Para el próximo año fiscal, las redes recibirán las visitas de seguimiento respectivas, en apoyo a las actividades planificadas en los planes de intervención. Así también realizarán la segunda medición para conocer los avances y logros alcanzados. A continuación, la tabla C.1 presenta el avance de las redes multisectoriales de El Salvador, de acuerdo a las etapas de la estrategia de Atención Integral y Continua.

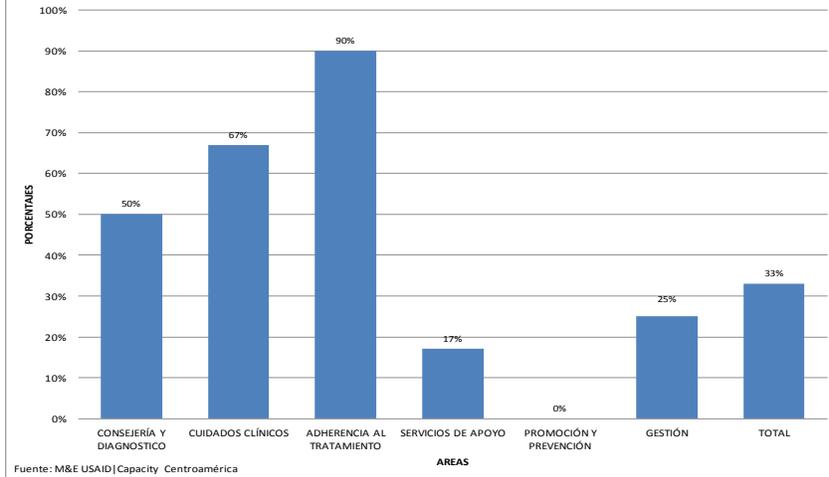
Tabla C.1. Avances en la implementación de la estrategia de AICV en las redes multisectoriales de VIH El Salvador, octubre 2012

Países	Localidad de la Red	PRIMERA FASE		SEGUNDA FASE		TERCERA FASE			
		Presentación Negociación	Diagnóstico	Devolución resultados	Integración de la Red	Medición Basal	Devolución de Resultados	Plan de Intervención	Primera visita de seguimiento
El Salvador	San Vicente								
	Sonsonate								

Fuente: SM&E USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

El proceso de conformación de la red de San Vicente inició con mucho entusiasmo y compromiso por parte de las organizaciones que la conforman, con el liderazgo del Hospital Nacional "Santa Gertrudis" de San Vicente y la Dirección Regional de Salud y el Sistema Básico de Salud Integral – SIBASI– complementando la representación del MINSAL. Luego del taller de transferencia para Optimizar el Desempeño y la Calidad, los miembros de la red revisaron y ajustaron los estándares del desempeño y realizaron su primera medición. El resultado obtenido en esta medición es de 33%. Las áreas con mayor puntaje son adherencia (90%), cuidados clínicos (67%) y orientación y prueba voluntaria (50%). Las áreas con mayor oportunidad de mejora son prevención y promoción de VIH (0%), servicios de apoyo (17%) y gestión (25%). La gráfica C.1 presenta a continuación, los resultados obtenidos en cada una de las áreas.

Gráfica C.1. Resultado de primera medición y por áreas de la red de San Vicente, El Salvador, octubre, 2012

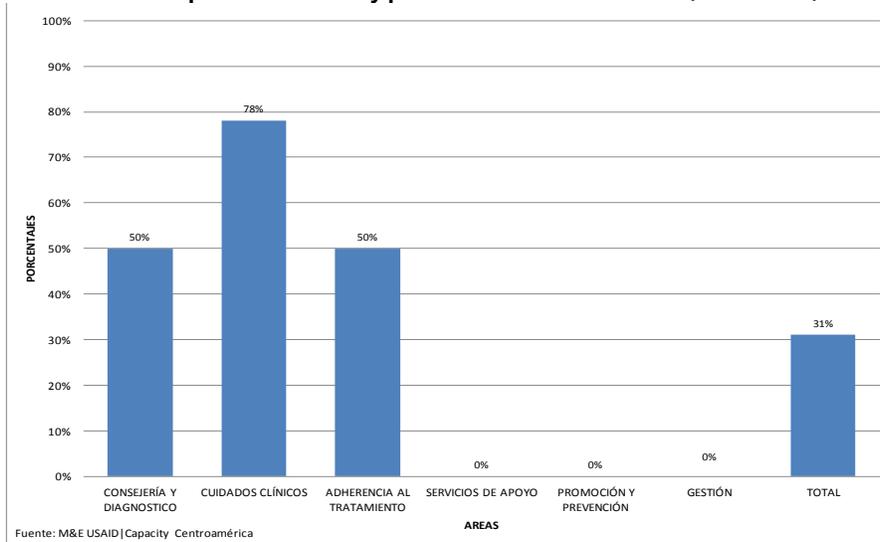


Fuente: SM&E USAID | Proyecto Capacity Centroamérica

Por otro lado, el proceso de conformación de la red de Sonsonate inició con un proceso de abogacía y cabildeo con las organizaciones activas en la región para identificar el interés de trabajar articuladamente. De esta manera, la red está integrada actualmente por 13 organizaciones que representan al sector gubernamental, no gubernamental y de la sociedad civil.

Para el cuarto trimestre, los miembros de la red realizan la primera medición obteniendo un resultado global del 31%. Las áreas con mayor porcentaje son: cuidados clínicos (78%), orientación y prueba voluntaria (50%) y adherencia (50%). Las áreas que requieren un mayor esfuerzo para el cierre de brechas son: Servicios de apoyo, Prevención y Promoción de VIH, y Gestión que presentaron un 0% en su resultado.

Gráfica C.2. Resultado de primera medición y por áreas de red de Sonsonate, El Salvador, octubre, 2012



En el tema de capacitaciones, para el presente año fiscal, el Proyecto logró un 147% (75 de 51) de la meta anual de personas pertenecientes a las redes de San Vicente y Sonsonate que fueron capacitados en el tema de Estigma y Discriminación por VIH para el trabajo en redes. Ambas redes iniciaron el trabajo de cierre de brechas mediante capacitaciones y reuniones de trabajo para definir el plan estratégico y operativo de la red.

**Cuadro C.1. Número de miembros de redes multisectoriales capacitados en temas relacionados a VIH
El Salvador, octubre 2012.**

#	Indicador	Meta anual	Logro anual	Desempeño Anual
1.1.5.	Número de miembros de redes multisectoriales que completan exitosamente un programa de capacitación.	51	75	147% (75 de 51)

Fuente: SM&E USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

De los 75 miembros de las redes multisectoriales capacitados el 33% (25 de 75) son masculinos y el 67% (50 de 75) son femeninos. De las personas capacitadas el 100% (75 de 75) corresponden al sector gubernamental. Las personas capacitadas pertenecen a instituciones de salud y alcaldías de las áreas mencionadas, las cuales son instituciones gubernamentales. (Ver cuadro C.2)

Cuadro C.2 Distribución por género y tipo de institución en la cual laboran de los miembros de redes multisectoriales capacitados en temas relacionados a VIH en El Salvador, octubre 2012.

#	Indicador	Logro anual	Porcentaje
1.1.5.	Número de miembros de redes multisectoriales que completan exitosamente un programa de capacitación.	75	147% (75 de 51)
	Masculinos	25	33% (25 de 75)
	Femeninos	50	67% (50 de 75)
	Organización Gubernamental	75	100% (75 de 75)
	Masculinos	25	33% (25 de 75)
	Femeninos	50	67% (50 de 75)
	Organización No Gubernamental	0	0% (0 de 75)
	Masculinos	0	0% (0 de 75)
	Femeninos	0	0% (0 de 75)
	Sociedad Civil	0	0% (0 de 75)
	Masculinos	0	0% (0 de 75)
	Femeninos	0	0% (0 de 75)

Fuente: SM&E USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

Las redes de Sonsonate y San Vicente realizaron talleres de estigma y discriminación con el objetivo de sensibilizar a los miembros de las redes sobre los efectos negativos del estigma hacia las personas que viven con VIH y revisar actitudes de rechazo extendidas en la población.



De esta manera, la red de San Vicente realizó dos talleres dirigidos a personal médico y odontológico, logrando un total de 49 personas capacitadas; y la red de Sonsonate capacitó a 26 personas que también fueron certificadas en competencias. En este taller participó el personal de la municipalidad, promotores de salud y líderes comunitarios.

➤ PRÓXIMOS PASOS

- Dar seguimiento a ambas redes multisectoriales, con la meta de cumplir con las actividades identificadas en sus respectivos planes de implementación para el cierre de brechas.
- Realizar la segunda medición correspondiente para conocer los avances de la estrategia de AICV sobretodo en la mejora de la calidad de servicios hacia las Personas con VIH, mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral, y la referencia y contra referencia de las Personas con VIH a las instituciones pertenecientes a las redes multisectoriales.
- Iniciar proceso de estrategia de AICV en la tercera área geográfica para conformación y medición correspondiente de la tercera red multisectorial.
- Capacitaciones a los miembros de todas las redes en la metodología de AMD y elaboración de plan anual de capacitaciones de cada red.
- Capacitaciones en temas de Orientación a la prueba voluntaria a miembros de las redes
- Para el próximo año fiscal se prevé contar con currícula en adherencia dirigido a las organizaciones que conforman las redes.

D. PANAMÁ

En Panamá el trabajo en red ha tenido buena aceptación por parte de las organizaciones, de tal manera que en Chiriquí, las autoridades ministeriales y de otras organizaciones agilizaron las acciones para conformar la red e hicieron un lanzamiento público con el propósito de dar a conocer ante la opinión pública la existencia de este tipo de organización así como sus objetivos.

A pesar que la red de Panamá Centro está ubicada en el área metropolitana, también ha tenido receptividad y logró conformarse su red. De tal manera que en el tiempo programado, desarrolló las fases de integración, medición y elaboración del plan de cierre de brechas. Para el mes de julio del 2012, ambas redes realizaron la primera medición; como puede verse en la tabla D.1 en el presente año fiscal, ambas redes completaron las etapas de implementación de la estrategia AICV, de acuerdo al cronograma establecido, alcanzando a realizar la visita de seguimiento del plan de intervenciones.

Tabla D.1. Avances en la implementación de la estrategia de AICV en las redes multisectoriales de VIH en Panamá, octubre 2012

Países	Localidad de la Red	PRIMERA FASE		SEGUNDA FASE		TERCERA FASE			
		Presentación Negociación	Diagnóstico	Devolución resultados	Integración de la Red	Medición Basal	Devolución de Resultados	Plan de Intervención	Primera visita de seguimiento
Panamá	Chiriquí								
	Panamá centro								

Fuente: SM&E USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

Luego de realizar el análisis del diagnóstico de AICV de la red de Panamá, los resultados fueron presentados identificando la necesidad de trazar objetivos comunes y buscar las estrategias para iniciar el trabajo en red. De esta manera, la red de Panamá inicia su proceso de conformación integrándose por más de 16 organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y de la sociedad civil.

Para el cuarto trimestre, los miembros de las organizaciones realizan el lanzamiento oficial de la red en un acto público contando con la participación de aproximadamente 80 personas; entre ellos, tomadores de decisiones y representantes del Ministerio de Salud, Programa Nacional de VIH, organizaciones no gubernamentales, organizaciones basadas en la fe, grupos organizados de la sociedad civil, otros ministerios del gobierno y otras entidades que prestan servicios o realizan acciones en respuesta a la epidemia del VIH. En este evento, también participaron medios de comunicación televisivos y escritos que cubrieron la noticia.

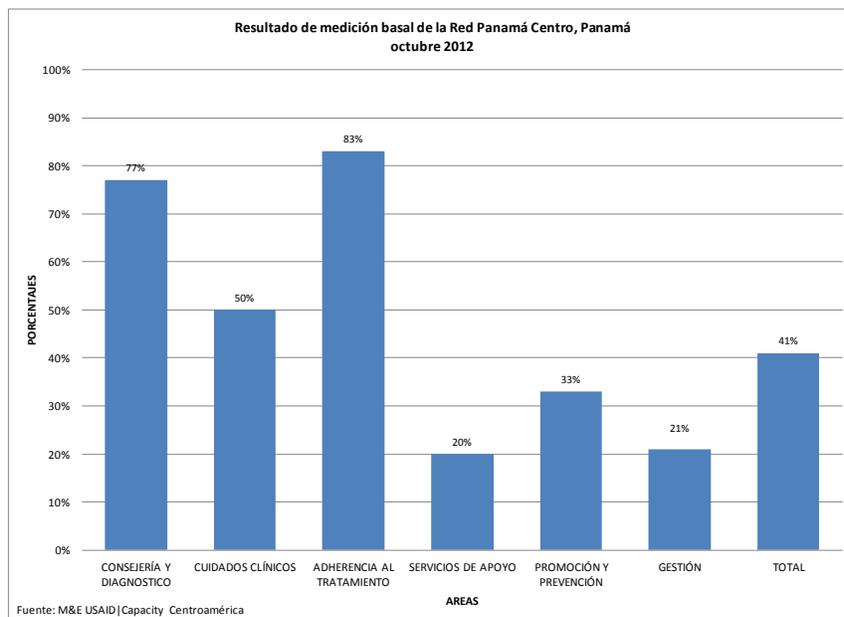


Posterior a la etapa de consolidación, los miembros de la red revisaron y validaron los estándares de medición del desempeño, levantando la información de la medición basal que en promedio global obtuvo 41%. Las áreas más fortalecidas son: orientación y prueba voluntaria con un 77%, adherencia con un 88% y cuidados clínicos con 50%; mientras que las áreas que presentan más retos para el cierre de brechas son: prevención y promoción de VIH con 33%, servicios de apoyo con un 20% y gestión con 21%. (Ver Grafica D.1.)



Las comisiones establecidas elaboraron el plan de mejora para el cierre de brechas y se ha definido una reunión mensual para el monitoreo de cumplimiento del mismo.

Gráfica D.1. Resultado de primera medición y por áreas de la red de Panamá Centro, Panamá, octubre, 2012



La red de Chiriquí está conformada por más de 13 entidades gubernamentales, no gubernamentales y de base comunitaria. El liderazgo es llevado por la Regional del Ministerio de Salud. El lanzamiento de la Red. Se hizo mediante acto público liderado por la Directora de la Regional, directora del Hospital y representantes del ONS del nivel nacional.



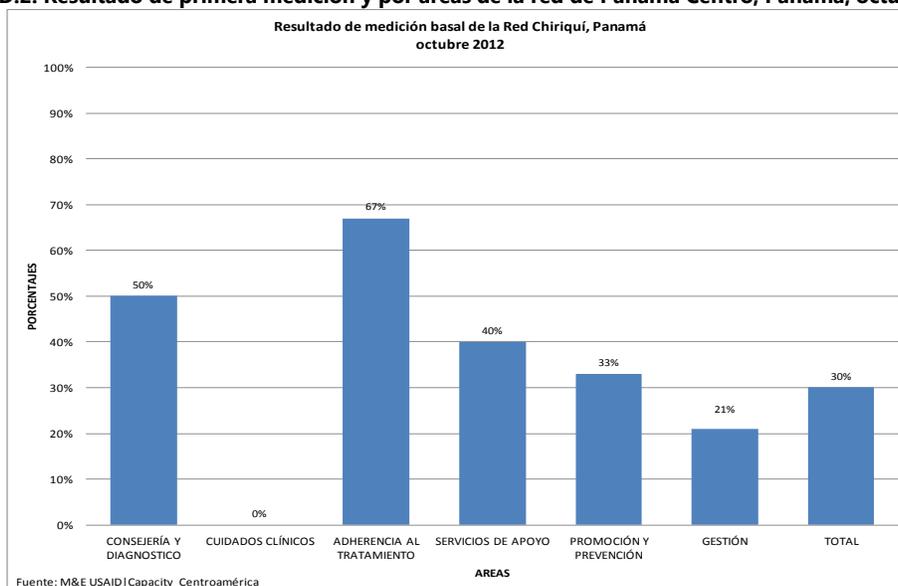
Los miembros de la Red mediante acto de juramentación se comprometieron a trabajar en red y con sus acciones cumplir con su misión y visión previamente establecidas. Posterior al acto público, los miembros de la red sostuvieron reuniones de trabajo para revisar, ajustar y validar los estándares del desempeño. De esta manera, realizaron la primera medición alcanzando un resultado global del 30%.



Obteniendo un 50% en el área de Orientación y prueba voluntaria, un 0% el área de Cuidados clínicos, un 33% en el área de Prevención y Promoción de VIH, 67% en Adherencia, un 40% en Servicios de apoyo, y 21% en Gestión. (Ver Gráfica D.2.)

Esta red ha trabajado el respectivo plan de intervenciones para el cierre de brechas y ha empezado a accionar mediante capacitaciones y talleres de puesta en común respecto al abordaje del VIH. Se espera para el año entrante completar las intervenciones del plan y volver a medir el desempeño de la Res. Mientras tanto una reunión mensual se realiza para consolidar el trabajo en red y cumplir el plan establecido.

Gráfica D.2. Resultado de primera medición y por áreas de la red de Panamá Centro, Panamá, octubre, 2012



Fuente: SM&E USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

Durante el cuarto trimestre, se realizó una reunión con el Dr. Aurelio Nuñez, Jefe del Programa Nacional de ITS/VIH/Sida con el fin de definir la provincia donde se implementará la estrategia de AICV para conformar una tercera red de CAMPLUS. De esta manera, la región seleccionada es Veraguas, donde se cuenta con la clínica TARV en el Hospital Chicho Fábrega que atiende pacientes de varios departamentos. Además el área cuenta con un promedio de 12 organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que podrían ser aliados en la implementación de la AICV. El siguiente paso será enviar una carta por medio del Dr. Mora convocando a las organizaciones para presentar la estrategia.

Durante el segundo año fiscal se logró un 127% (65 de 51) de la meta anual de personas pertenecientes a las redes de Panamá Centro y Chiriquí capacitada en el tema de Aprendizaje para la Mejora del Desempeño y Comunicación asertiva para elaborar planes de capacitación de temas para cierre de brechas y mejorar y fortalecer el trabajo en grupo de las redes. (Ver cuadro D.1)

Cuadro D.1. Número de miembros de redes multisectoriales capacitados en temas relacionados a VIH en Panamá, octubre 2012.

#	Indicador	Meta anual	Logro anual	Desempeño Anual
1.1.5.	Número de miembros de redes multisectoriales que completan exitosamente un programa de capacitación.	51	65	127% (65 de 51)

Fuente: SM&E USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

De los 65 miembros de las redes multisectoriales capacitados el 32% (21 de 65) son masculinos y el 68% (44 de 65) son femeninos. De las personas capacitadas el 52% (34 de 65) corresponden al sector gubernamental, 46% (30 de 65) al sector no gubernamental y un 2% (1 de 65) a sociedad civil. (Ver cuadro D.2)

Cuadro D.2 Distribución por género y tipo de institución en la cual laboran de los miembros de redes multisectoriales capacitados en temas relacionados a VIH en Panamá, octubre 2012.

#	Indicador	Meta anual	Porcentaje
1.1.5.	Número de miembros de redes multisectoriales que completan exitosamente un programa de capacitación.	65	127% (65 de 51)
	Masculinos	21	32% (21 de 65)
	Femeninos	44	68% (44 de 65)
	Organización Gubernamental	34	52% (34 de 65)
	Masculinos	4	12% (4 de 34)
	Femeninos	30	88% (20 de 34)
	Organización No Gubernamental	30	46% (30 de 65)
	Masculinos	16	53% (16 de 30)
	Femeninos	14	47% (14 de 30)
	Sociedad Civil	1	2% (1 de 65)
	Masculinos	1	100% (1 de 1)
	Femeninos	0	0% (0 de 1)

Fuente: SM&E USAID|Proyecto Capacity Centroamérica

El Proyecto realizó tres talleres con las redes de Panamá. Uno en la metodología de AMD y dos de Fortalecimiento de equipos de trabajo, para las redes de Panamá y Chiriquí.

El taller de AMD en el mes de julio fue por petición de los miembros de la red, debido a que identificaron muchas brechas de conocimiento y habilidades. Con el taller el Proyecto busca proveer conocimientos y herramientas técnicas de competencia a los participantes, sobre la metodología de Aprendizaje para la mejora del desempeño (AMD), para que se conviertan en protagonistas y facilitadores del cambio en cada uno de sus instituciones y organizaciones. En este taller 22 miembros de la red de Chiriquí alcanzaron certificarse como capacitadores con metodología AMD.



Dos talleres de transferencia de habilidades y destrezas en Comunicación Asertiva, Trabajo en Equipo y Manejo y Resolución de Conflictos se realizaron en agosto. Uno en la Ciudad de Panamá y el otro en la Red de la Provincia de David Chiriquí.



Este taller tiene el objetivo de fortalecer las capacidades y competencias, de las diversas organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales que conforman la red para que brinden la mayor disponibilidad y acceso a servicios de Atención Integral y Continua en VIH (AICV) a las PVV. Esta intervención de aprendizaje a través de los cinco factores del desempeño, se enfocó en la brecha de motivación personal e incentivos, y logró que los miembros de las redes vinculen factores de motivación con el desempeño en sus redes, orientado al cierre de brechas y cumplimiento de los estándares.



Los valores y actitudes de los miembros de la red, afectan el comportamiento del equipo y, por consiguiente, el desempeño del conjunto. La capacitación en fortalecimiento de equipos de redes multisectoriales, apunta a que el pensamiento generado se traduzca en acciones innovadoras y factibles de aplicar en la labor diaria.

Se contó con un total de 13 organizaciones y 23 participantes en los dos días del taller en la red de Chiriquí y 20 participantes en la red de Panamá.

➤ PRÓXIMOS PASOS

- Dar seguimiento a las redes multisectoriales, con la meta de cumplir con las actividades identificadas en sus respectivos planes de implementación para el cierre de brechas.
- Realizar la segunda medición correspondiente para conocer los avances de la estrategia de AICV sobretodo en la mejora de la calidad de servicios hacia las Personas con VIH (PVs), mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral, y la referencia y contra referencia de las Personas con VIH a las instituciones pertenecientes a las redes multisectoriales.
- Iniciar proceso de estrategia de AICV en la tercera área geográfica para conformación y medición correspondiente de la tercera red multisectorial.
- Capacitaciones a los miembros de todas las redes de Panamá en la metodología de AMD y elaboración de plan anual de capacitaciones de cada red.
- Capacitaciones en temas de Orientación a la Prueba voluntaria a miembros de las redes
- Para el próximo año fiscal se prevé contar con currícula en Adherencia dirigido a las organizaciones que conforman las redes.

ANEXO 2

OPTIMIZAR EL DESEMPEÑO EN CENTROS DE SALUD

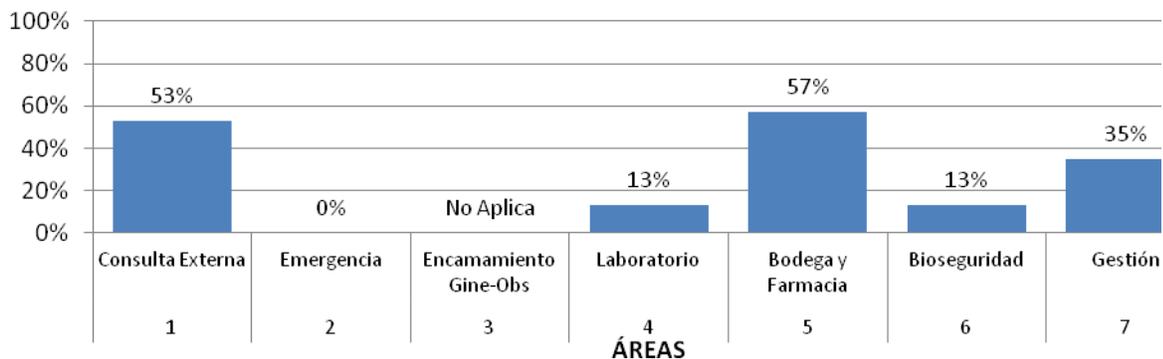
➤ Panorama Detallado de Mediciones para Optimizar el Desempeño y la Calidad en Centros de Salud

Medición en Servicios de Salud del Área de Izabal:

La implementación de ODC inició en cuatro servicios de salud de Izabal: centro de salud de Puerto Barrios, CAP de Los Amates, CAP de Morales y el CAIMI de El Estor. Los últimos tres servicios cuentan con atención de partos y encamamiento, por lo tanto se aplicó el instrumento de medición por completo. Al finalizar la medición se elaboró el Plan de Intervenciones con la participación de la mayor parte del personal de cada servicio, quienes identificaron las brechas y acciones priorizadas a implementar. Una de las brechas persistentes en los tres servicios es el área de Bioseguridad, donde no cuentan con un proceso de recolección de desechos bio-infecciosos. Estos desechos son acumulados en un área inapropiada, o bien los entierran o incineran lo cual contamina el medio ambiente.

En el Centro de Salud de Puerto Barrios se identificó la falta de equipo para atención clínica (estetoscopios, esfigmomanómetros, pesas para adultos y niños entre otros), insumos y mobiliario. A pesar de estas carencias, el personal brinda la atención a los usuarios con los pocos recursos que tienen, sin embargo es necesario mejorar la calidez en la atención por ejemplo: saludar, presentarse con nombre y cargo, ofrecer silla al usuario, entre otros. Aunque existe una clínica construida para la atención especializada de ITS, la misma no está en uso por encontrarse alejada del Centro de Salud.

Gráfica C.B.3 Primera medición ODC Centro de Salud de Puerto Barrios, Izabal, Guatemala, Septiembre del 2012

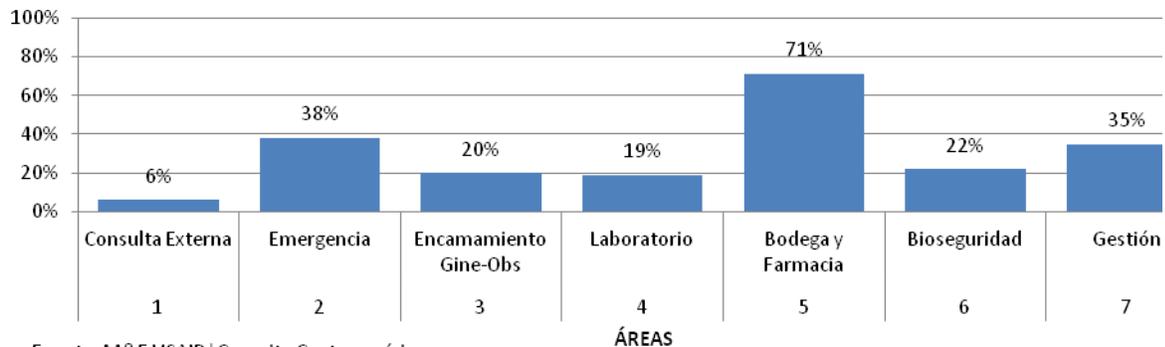


Fuente: SM&E USAID| Proyecto Capacity Centroamérica

El CAIMI de El Estor es un servicio que cuenta con instalaciones de reciente remozamiento y buenas condiciones higiénicas. Durante la visita realizada, se identificaron brechas relacionadas a infraestructura, entre éstas: área de esterilización con ventanas abiertas, carencia de áreas específicas para la recepción de equipo contaminado y entrega de equipo estéril, falta de mobiliario para el almacenaje de equipo estéril, carencia de lavamanos apropiado para el área del quirófano y carencia de condiciones para la atención de partos con pertenencia cultural, limitándose el mismo a una colchoneta en el piso.

Es evidente que el área con mayor número de brechas por cerrar es la Consulta Externa, dado al desconocimiento o aplicación parcial de la Norma de Atención del Ministerio de Salud, por ejemplo: no se identifican los signos de peligro por ciclos de vida, no se utilizan fichas clínicas estandarizadas y no se realiza examen físico de forma exhaustiva. Tampoco se evidenció interés de los profesionales para participar en actividades de mejora que correspondan al servicio en general y solamente se limitan a sus acciones en la consulta. La ausencia del Coordinador Municipal de Salud debilitó los procesos provocando que las personas nombradas como coordinadores interinos no asuman dicho rol.

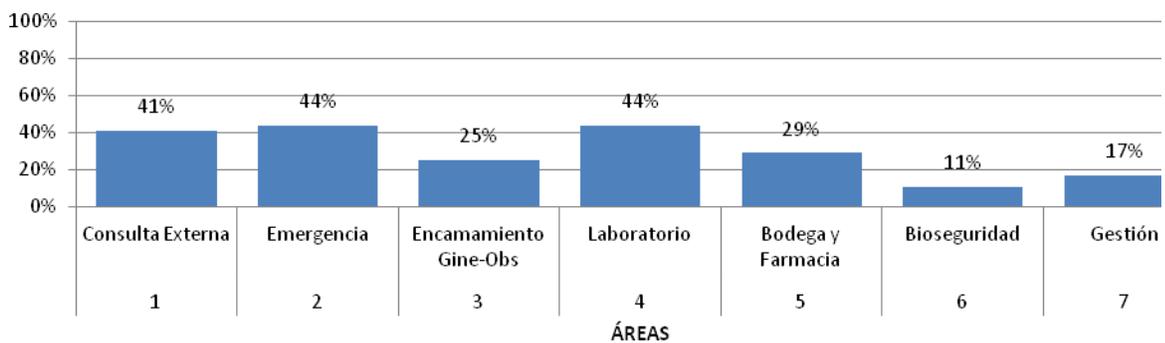
Gráfica C.B.4 Primera medición ODC, Centro de Atención Integral Materno Infantil de El Estor, Izabal, Guatemala, Septiembre del 2012



El CAP de Morales está elaborando el Plan de Bioseguridad, de desechos sólidos y evaluando la construcción de un Centro de Acopio, pero se está realizando de forma parcializada sin los aportes de todos los actores del Servicio. La mayor dificultad identificada es no contar con Coordinador Municipal oficialmente nombrado, se cuenta con una médica de forma interina que está coordinando acciones pero no tiene apoyo de todo el personal y esto se refleja en la gestión débil que el centro está teniendo. Por lo tanto dentro del Plan de Intervenciones aparece como prioritaria la gestión de nombramiento oficial para el/la Coordinador/a Municipal.

Se evidenció poco conocimiento en el manejo del Partograma, aún cuando es un servicio que cuenta con Encamamiento y atención del parto, y carecen de historias clínicas estandarizadas. Por lo tanto se estableció la realización inmediata de la capacitación al personal de enfermería en la Atención de Urgencias Obstétricas y el llenado adecuado de las Historias Clínicas.

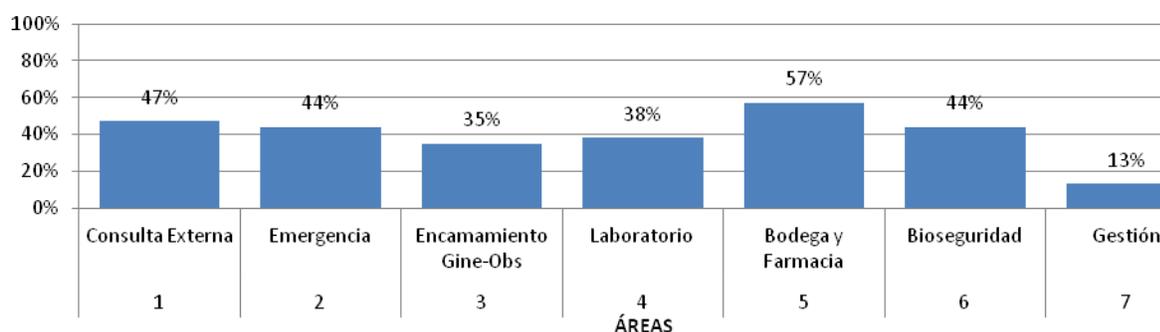
Gráfica C.B.5 Primera medición ODC Centro de Atención Permanente de Morales, Izabal, Guatemala Septiembre del 2012



En el área de salud de Izabal, el CAP de Los Amates es el servicio que obtuvo mayor porcentaje en la medición a pesar de no contar con infraestructura adecuada. Las instalaciones están ubicadas en una casa que dispone de dos parqueos donde instalaron la sala de encamamiento, atención de parto y emergencia, separando cada sección con biombos o cortinas divisorias. El resultado alcanzado en esta medición es el reflejo del trabajo en equipo así como el apoyo del Coordinador Municipal del servicio y la disponibilidad del personal para mejorar la atención a través de una buena actitud y cortesía hacia los usuarios.

Paradójicamente el área de gestión es la que presentó un mayor número de brechas, considerando que este es un servicio que se mantiene en base a la gestión, con una construcción en la última fase. Esta debilidad se debe a que no se deja constancia de los procesos y acciones que se gestionan. Además, se conoce la Norma del Ministerio y se ha desarrollado un programa de Capacitación Médica Continua con todo el personal, pero no cuentan con una copia en físico de las mismas que favorezca el uso y aplicación.

**Gráfica A.B.6 Primera medición ODC Centro de Atención Permanente de Los Amates, Izabal, Guatemala
Septiembre del 2012**



Fuente: M&E USAID | Capacity Centroamérica

Medición en Servicios de Salud del Área de Petén Norte:

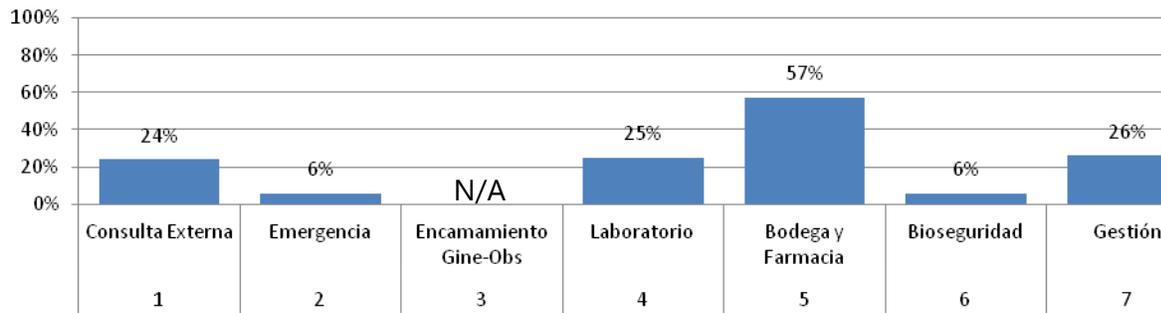
En el Área de Salud de Petén Norte se implementa la estrategia ODC en tres servicios de salud: Santa Elena, San José y San Francisco. Este último se incorporó en lugar de San Andrés, ya que el Director del área de salud indicó que este servicio es un Puesto de Salud bajo la jurisdicción del Centro de San José. Así mismo, solicitó al SIAS incorporar el Centro de Salud de Melchor de Mencos.

El área con mejor porcentaje de desempeño en el centro de salud de Santa Elena, es la bodega y farmacia, ya que garantiza el correcto almacenaje de los medicamentos a pesar de no contar con mobiliario adecuado. En este servicio es necesario capacitar al personal en el tema de buenas prácticas de almacenaje. Debido a que este servicio es tipo B, no cuenta con área de encamamiento para Gineco-obstetricia, por lo tanto no se aplicó el instrumento correspondiente a dicha área. El menor porcentaje de desempeño se identificó en el área de bioseguridad y emergencia.

Este servicio no cuenta con Coordinador/a Municipal oficialmente nombrado/a, por lo tanto gestionarán lo antes posible con la Dirección del Área su nombramiento al igual que el organigrama actualizado acorde a las necesidades del servicio.

En el área de emergencia no se cumple con la norma de atención, ya que no identifican signos de peligro, no dejan constancia del estado o signos vitales del paciente atendido o referido. Por lo tanto se incorpora en el Plan de Intervención el registro de emergencia que incluya estos aspectos. Una de las acciones prioritarias es la conformación del Comité de Bioseguridad que desarrolle el plan de desechos sólidos.

**Gráfica A.B.7 Primera medición ODC Centro de Salud de Santa Elena, Petén, Guatemala
Septiembre del 2012**



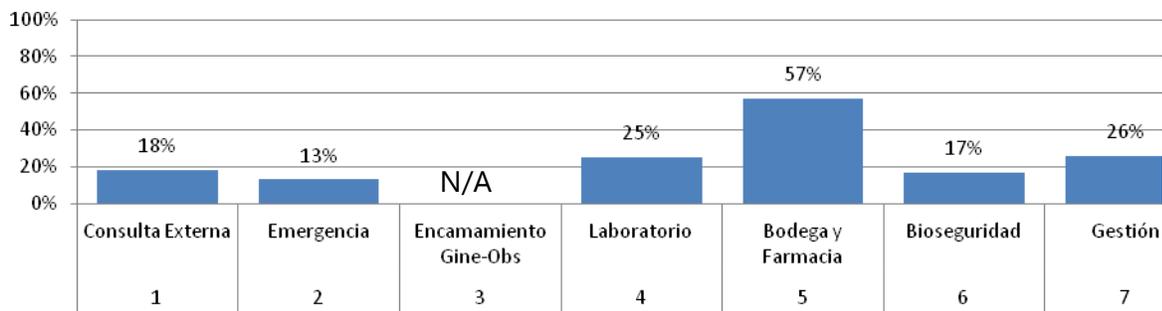
Fuente: M&E USAID | Capacity Centroamérica

En el caso del Centro de Salud de San Francisco, el área de emergencia es la que cuenta con mayor oportunidad para el cierre de brechas. El personal es de reciente ingreso y desconocen las normas de atención; no identifican signos de peligro, no registran intervenciones clínicas, signos vitales ni el estado de llegada/egreso.

La persona responsable de esta área, también brinda la atención de Pre-consulta, situación que dificulta la atención principalmente en periodos de alta afluencia de personal. El plan de intervenciones identificó la necesidad de un Plan de educación médica continua. Otra de las brechas que contribuye al bajo desempeño, es que el personal no sigue los lineamientos indicados por la Norma para realizar la Orientación Pre y Post prueba de VIH, por lo que se capacitará a la persona responsable de Orientación con el acompañamiento de la Coordinadora de VIH del Área de Salud.

En el tema de bioseguridad, equipo del Centro de Salud recibió capacitación pero debido a la falta de seguimiento no socializaron los conocimientos adquiridos con el resto del personal. El plan de intervenciones estableció la elaboración, socialización e implementación del Manual de Procedimientos, que además podría utilizarse como modelo para incorporarlo en otros servicios de salud.

**Gráfica C.B.8 Primera medición ODC Centro de Salud de San Francisco, Petén, Guatemala
Septiembre del 2012**



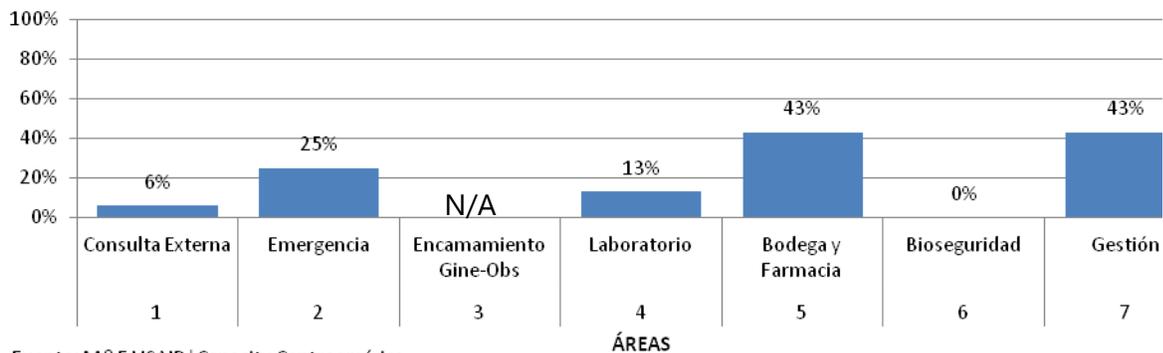
Fuente: M&E USAID | Capacity Centroamérica

En el Centro de Salud de San José el servicio se encuentra en proceso de ampliación con el apoyo de la Municipalidad local. Uno de los aspectos positivos es el interés demostrado por parte del personal para desarrollar la estrategia ODC. El Director del Centro de Salud realizó una medición previa a la línea basal posterior al taller de transferencia metodológica evidenciando debilidad en bioseguridad y en consulta externa.

En relación a la bioseguridad, el personal del servicio realiza acciones puntuales para el manejo de desechos y protección personal. Sin embargo, no cuentan con un plan que identifique o promueva las acciones a realizar ni las personas que deben apoyar el proceso, por lo tanto se consideró importante la conformación de un comité que pueda dar seguimiento al tema de Bioseguridad.

En la consulta externa se identificaron brechas de tipo actitudinal, por ejemplo: la falta de cortesía, poco interés y trato poco cordial hacia los usuarios. El laboratorio cuenta con las condiciones mínimas para funcionar pero no cuentan con un Técnico de laboratorio lo cual limita el desempeño del servicio y la utilización de recursos existentes.

**Gráfica C.B.9 Primera medición ODC Centro de Salud de San José, Petén, Guatemala
Septiembre del 2012**



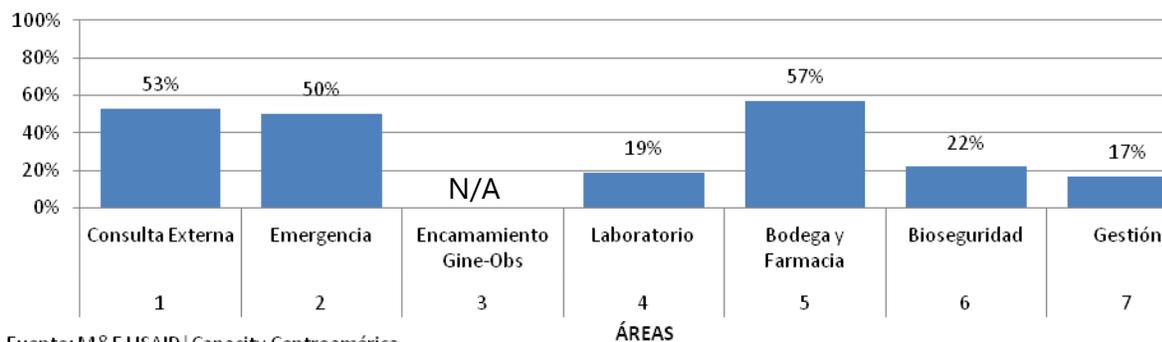
Fuente: M&E USAID | Capacity Centroamérica

Medición en Servicios de Salud del Área de Petén Suroriente:

En el área de salud Petén Suroriente se seleccionaron dos centros de salud tipo B para desarrollar la estrategia ODC: Poptún y San Luis. En ambos servicios se identificó la buena actitud y disposición del personal. Gestionan la adquisición de insumos de utilidad para el servicio y por ello alcanzaron los porcentajes más altos de desempeño en la atención que brindan al usuario.

Las áreas de mayor fortaleza en el Centro de Salud de Poptún son bodega y farmacia, consulta externa y emergencia donde resalta la calidez de la atención hacia los usuarios. Cabe mencionar que el personal del área de Farmacia promueve la educación al usuario. Las áreas que presentan mayores brechas son gestión y laboratorio donde destaca el riesgo de accidentes laborales por no almacenar en un mismo espacio los líquidos inflamables y las conexiones eléctricas están expuestas a la humedad. El servicio tampoco cuenta con una cartilla de actualizada y visible de los servicios ofrecidos. En relación a Orientación Pre y Post prueba de VIH, es necesario capacitar al personal de reciente ingreso y se sugiere nombrar a una persona responsable que se haga cargo de la inducción.

**Gráfica C.B.10 Primera medición ODC Centro de Salud de Poptún, Petén, Guatemala
Septiembre del 2012**



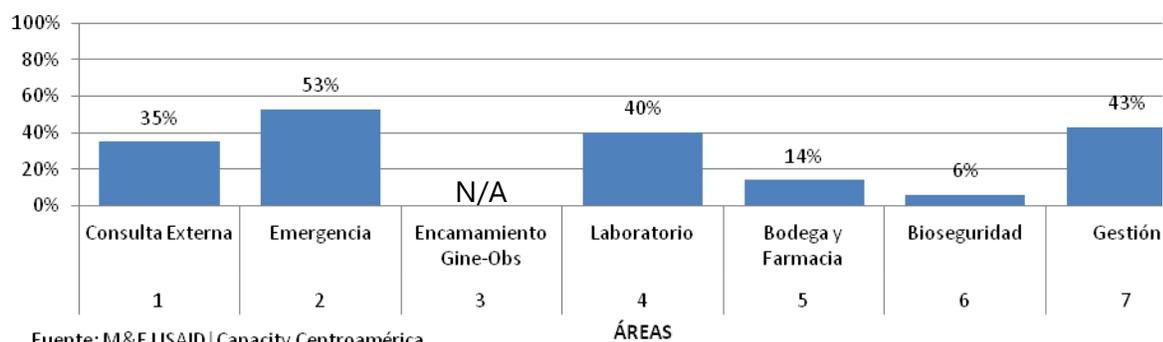
Fuente: M&E USAID | Capacity Centroamérica

En el Centro de Salud de San Luis destaca el compromiso del personal por brindar atención de calidad, lo cual se refleja en el desempeño alcanzado en las áreas de Emergencia, Gestión, Laboratorio y Consulta Externa.

En el área de bioseguridad carecen de acciones que garanticen la protección del personal y de un Plan de Desechos sólido. Por lo tanto, se recomendó Conformar el Comité de Bioseguridad para que desarrolle, implemente y supervise dicho Plan.

En la bodega se evidencian malas condiciones de almacenaje para los medicamentos, con ventanas que permiten el acceso de luz directa, no cuentan con el mobiliario para los medicamentos ni para realizar el trabajo de oficina necesario para el servicio.

**Gráfica C.B.11 Primera medición ODC Centro de Salud de San Luis, Petén, Guatemala
Septiembre del 2012**



Fuente: M&E USAID | Capacity Centroamérica

ANEXO 3

PROCESO DE AVANCE DE REDES, CAMPLUS BILATERAL

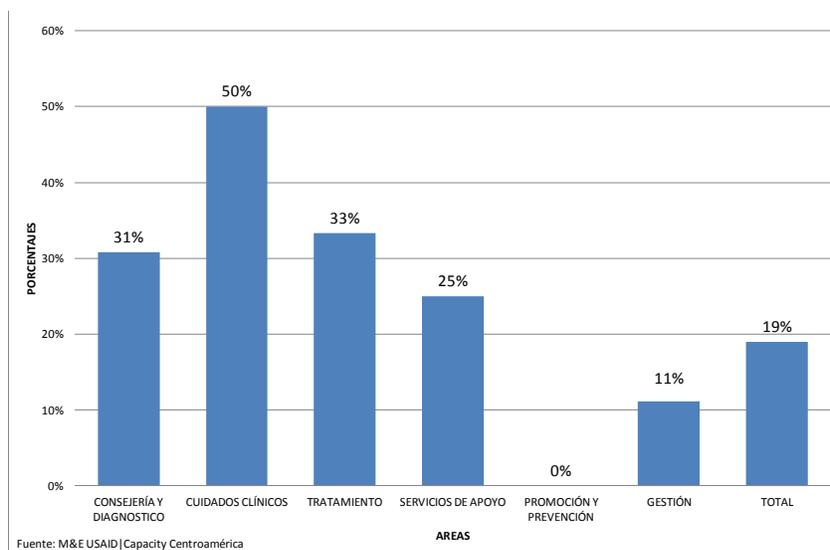
Red VIH Petén

Área	PRIMERA FASE		SEGUNDA FASE		TERCERA FASE			
	Presentación Negociación	Diagnóstico	Devolución resultados	Integración de la red	Medición Basal	Devolución resultados	Plan de intervención	Primera visita seguimiento
Petén	X	X	X	X	X	X	X	X

En el 2010 surgió la Red de VIH Petén con el objetivo de fortalecer a las organizaciones para implementar acciones de prevención y atención en VIH. Desde En agosto de 2011, USAID|Proyecto Capacity Centroamerica propuso implementar la Estrategia de AICV e inició con la recolección de información para el diagnóstico de AICV. Durante los meses de septiembre y octubre se presentaron los resultados del diagnóstico y se reestructuró la Red. De tal manera que se estableció una Comisión de Coordinación y un Consejo Asesor y cinco comisiones de trabajo, una por cada componente de la AICV.

En noviembre 2011 realizó la primera medición del desempeño donde alcanzó un 19%. Los porcentajes de cumplimiento por área de medición se presentan en la Gráfica 1.

Gráfica 1. Resultados de Primera Medición del Desempeño de AICV en la Red Multisectorial de Petén. Noviembre de 2011



Se identificó con mayores dificultades las Áreas de Promoción y Prevención y Gestión, esto se debe al desconocimiento en relación a la Estrategia Nacional de IEC/CC, por lo que las acciones que realizan en este tema no corresponden a la norma nacional. En el área de Gestión requieren actualizar los estatutos según la estructura por comisiones de trabajo y elaborar un plan operativo anual que les permita identificar actividades prioritarias enfocadas al cumplimiento de objetivos estratégicos.

Durante el segundo trimestre del Año Fiscal la Red programó en diversas ocasiones las sesiones para validar y dar por finalizado el plan de intervenciones, sin embargo esta etapa no se finalizó debido a constantes cancelaciones, falta de quórum y un conflicto que se intensificó entre organizaciones miembro, alcanzando escala legal, con denuncias a la Procuraduría de Derechos Humanos y Ministerio Público, por lo que se realizó mediación entre las organizaciones en conflicto, acordando nombrar nuevos representantes y evitar el traslado de diferencias personales al ambiente de la red.

Con la resolución del conflicto se promovió el análisis de brechas y definición de intervenciones por comisiones, eligiendo actividades viables con los recursos existentes y alcanzables, siendo las principales actividades las que están orientadas a la búsqueda de la sostenibilidad financiera de la red, el establecimiento de un sistema de referencia y respuesta que permita una mayor coordinación entre los servicios disponibles, la implementación de la estrategia de IEC del MSPAS para las actividades de prevención primaria y definir un sistema de registro de las actividades realizadas por los miembros de la red.

Se realizaron visitas al Director de Área de Salud Petén Norte, Petén Sur Oriental y Dirección del Hospital de San Benito, Petén debido al conflicto que se presentó desde finales del año anterior al primer trimestre del presente año, brindar asistencia técnica a la comisión coordinadora de la Red. Este proceso resultó en un compromiso por parte de las autoridades, en cuanto a una participación más propositiva a los procesos que la Red está implementando con la Estrategia de AICV.

En mayo de 2012 en coordinación con las autoridades locales se realizó un Foro Público, que permitió a la población del departamento conocer la situación de la epidemia, con la participación del Alcalde municipal de Flores, Petén, la Alcaldesa del municipio de San Benito, el Director del Área de Salud Sur Oriental y la Gobernación Departamental. Esta actividad cobra relevancia, en cuanto al uso de la información estratégica, la unión de esfuerzos y el establecimiento de alianzas entre las organizaciones que abordan la problemática.

Se cuenta con el plan de intervenciones validado, donde las comisiones de Tratamiento-Cuidados Clínicos y Servicios de Apoyo se han comprometido en mayor medida para avanzar en la realización de las actividades acordadas. Se destaca que la comisión coordinadora de la Red realiza diversas acciones con las tres Áreas de Salud de Petén para consolidar, analizar y canalizar periódicamente la información epidemiológica de VIH en el departamento.

Como parte del avance en el cierre de las brechas encontradas, se transfirió la currícula de capacitación en Estigma y Discriminación a dos integrantes de la Red, quienes certificaron a 26 miembros que participaron en el taller de Estigma y Discriminación realizado en Flores, Petén.

En el último trimestre la Red ha concentrado sus esfuerzos en aumentar las alianzas con las autoridades que toman decisiones en salud en el departamento. Se realizaron reuniones con las tres áreas de salud y con los directores de los hospitales de San Benito y Poptún para presentar a la Red y reafirmar las ventajas que ofrece para promover el cumplimiento y mejora de los servicios de VIH a toda la población de Petén.

También se realizó un proceso de incidencia informativa entre otras instituciones que aun no integran la red, pero que son un recurso importante para lograr la integralidad de los servicios. A través de un taller de dos días sobre el trabajo en equipo, la comunicación asertiva y el manejo de conflictos se invitó a participar a dichas instituciones, quienes manifestaron su anuencia a integrar la

red y su compromiso de participar propositivamente en el proceso. Las instituciones que se integraron a la red fueron; Dirección Departamental de Educación, Municipalidad de San Benito, Oficina Municipal de la Mujer de Flores, Ministerio de Desarrollo Social y Procuraduría General de la Nación.

El proceso de implementación de la estrategia AICV ha logrado alcanzar madurez, comprensión y posicionamiento, no sólo entre las organizaciones integrantes de la sociedad civil, sino también entre las organizaciones de gobierno y estado que trabajan la temática de salud en el departamento de Petén. No obstante tomó un año alcanzar dicho avance.

Actividades para el primer trimestre del año fiscal 3 (octubre a diciembre 2012)

- Brindar asistencia técnica para la organización, orientación e implementación de las actividades contempladas en el plan de intervención para el cierre de brechas.
- Realizar la Segunda Medición del Desempeño.
- Iniciar el proceso para definir el sistema de referencia y contra referencia.

Consejo para la Prevención del VIH y SIDA en Santa Rosa – COPRESISA

Área	PRIMERA FASE		SEGUNDA FASE		TERCERA FASE			
	Presentación Negociación	Diagnóstico	Devolución resultados	Integración de la red	Medición Basal	Devolución resultados	Plan de intervención	Primera visita seguimiento
Santa Rosa	X	X	X	X	X	X	X	X

El COPRESISA se estableció en el año 2007 como una respuesta ante el crecimiento de la epidemia de VIH en la región, por iniciativa del Área de Salud, y con el apoyo de Plan Internacional. En agosto de 2011 se presentó la estrategia de AICV a los integrantes del COPRESISA, quienes aceptaron implementarla. Sin embargo, fue declarada zona de emergencia por desastres naturales, por lo tanto fue hasta el mes de octubre en que se realizó el diagnóstico de la situación de la AICV.

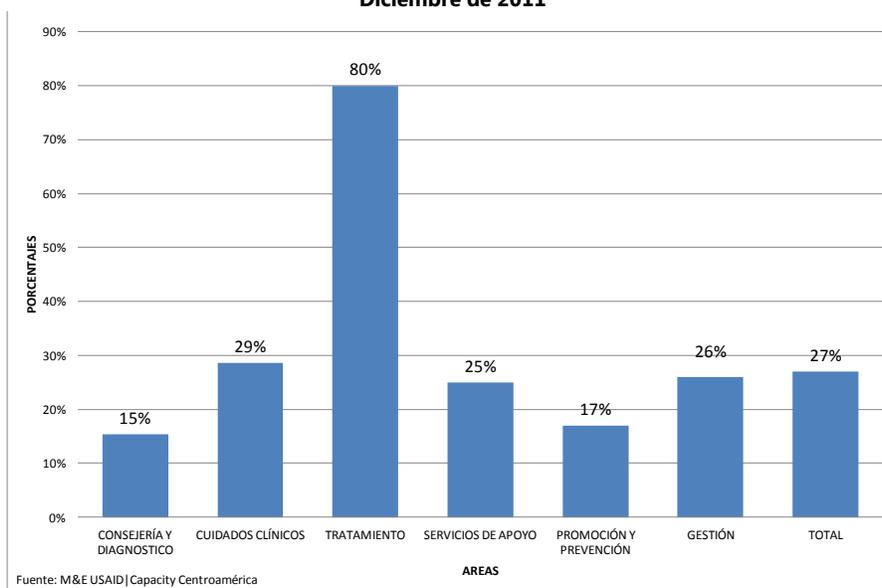
En el diagnóstico, se identificó que aunque la red fue fundada en 2007 y sus miembros han coordinado para actividades específicas, aún no cuenta con un reglamento interno vigente que defina su estructura organizativa y funcional ni que regule su funcionamiento; tampoco cuentan con un plan estratégico u operativo anual vigente, con procedimientos ni procesos internos de funcionamiento; ni con un sistema de referencia y respuesta.

La mayoría de las organizaciones realizan prevención primaria para la población en general pero pocas dirigen sus esfuerzos a la prevención de la transmisión vertical. Los servicios de consejería pre y post prueba y la aplicación de pruebas de tamizaje son provistos únicamente por el MSPAS. Se identificó que pocas organizaciones brindan servicios de apoyo, concentrándose principalmente en la asistencia provista por trabajadores sociales y el traslado de personas para recibir servicios. No se identificaron instituciones que presten otros servicios como albergue, apoyo espiritual o terapia grupal.

Con base en el análisis de los resultados del diagnóstico, la etapa de integración de la red consistió en ajustar la estructura organizacional y funcional, y actualizar su reglamento interno; estableciendo como su objetivo general la coordinación entre las instituciones y organizaciones que realizan acciones para una respuesta integral en ITS, VIH y SIDA en el departamento dentro del marco del Plan Estratégico Nacional vigente.

En diciembre de 2011 se realizó la primera medición basal del desempeño. El desempeño total de esta medición basal resultó en el cumplimiento del 27% de los estándares, existiendo una brecha de 73% entre el desempeño actual y el deseado. Los porcentajes de cumplimiento por área de medición se presentan en la Gráfica 2.

Gráfica 2. Resultados de Primera Medición del Desempeño de AICV en el COPRESISA. Diciembre de 2011



En el área de consejería y diagnóstico, el único criterio que se alcanzó fue el registro de personas atendidas en los formularios correspondientes. Aunque en el diagnóstico identificó que la mayoría de organizaciones refieren un mayor enfoque de intervenciones hacia la promoción y prevención de la transmisión primaria del VIH, la medición muestra que la red no cuenta con una estrategia estandarizada para esta intervención; aunque se ha identificado los medios de comunicación disponibles que podrían ser utilizados para la difusión de información.

Con base en el análisis de causas, las comisiones de la red definieron actividades prioritarias para el cierre de brechas y en enero 2012 elaboraron un plan de intervenciones. La mayoría de actividades corresponden al componente de consejería y diagnóstico, al ser una de las principales actividades realizadas por las organizaciones participantes participan en la red. Otras actividades relevantes son la implementación de planes locales de prevención primaria con base en la normativa del MSPAS, desarrollo de competencias para los proveedores de servicios de apoyo y la organización y gestión para la sostenibilidad de la red. La destitución del Director de la DAS en febrero 2012, desencadenó una situación que no permitió la convocatoria a los miembros de la red y limitó las visitas al equipo del Proyecto para organizar y conducir la implementación de las actividades establecidas en el plan de intervenciones. Esto conllevó la destitución de la Coordinadora del Programa de Salud Sexual y

Reproductiva que le daba seguimiento a los procesos de la Red desde su conformación, y debido al cambio de gobierno también se nombró a otra representante de la Dirección Departamental de Educación. Hasta el mes de Mayo fue posible presentar al Director del Área de Salud la estrategia de AICV y los avances con la Red, para lo cual manifestó estar en disposición de retomar la participación del Área de Salud en cuanto conformar el equipo de trabajo.

Para el mes de junio se nombraron las personas delegadas por el Área de Salud para participar en el COPRESISA. Mediante visitas a las organizaciones integrantes de la Red se programó una reunión de reintegración: se visitó la institución con la finalidad de programar una reunión, la cual quedó calendarizada.

Se realizó una reunión para la reintegración del COPRESISA con la participación de nueve representantes de las instituciones que conforman la Red, entre estas: la Dirección del Área de Salud de Santa Rosa, el Centro de Salud de Cuilapa, la Dirección Departamental de Educación, la Supervisión Educativa de Cuilapa, el Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Trabajo y Defensoría de la Mujer Indígena. Se presentó el Reglamento Interno y se revisaron las comisiones de trabajo con el propósito de informar a las nuevas integrantes de la red y retomar las actividades planificadas.

Sin embargo, ha sido un reto retomar las actividades con los nuevos representantes ya que no cuentan con experiencia en el trabajo de VIH, y su nivel de compromiso con el COPRESISA es poco. En la búsqueda de contar con la participación de personas activas dentro de la red, se logró que la representante de la Dirección Departamental de Educación, quien fue certificada en la metodología de AMD, obtuviera la autorización para retomar su colaboración en el COPRESISA.

Con el objetivo de integrar al nuevo equipo de trabajo del COPRESISA se llevó a cabo el taller para fortalecer el trabajo en equipo, la comunicación asertiva y la resolución de conflictos.

Finalmente, se conformó el Equipo de Capacitación con la certificación de 4 personas en la Estrategia de AMD, quienes lideraron el taller sobre Estigma y Discriminación, donde se certificando a 17 integrantes del COPRESISA.

Se realizarán eventos de presentación de la red ante las autoridades departamentales para lograr el apoyo requerido para la sostenibilidad de la red.

Actividades para el primer trimestre del año fiscal 3 (octubre a diciembre 2012)

- Brindar asistencia técnica para la organización, orientación e implementación de las actividades contempladas en el plan de intervención para el cierre de brechas.
- Realizar la Segunda Medición del Desempeño.
- Iniciar el proceso para definir el sistema de referencia y contra referencia.

Red Sur Occidente para la prevención del VIH-REDSO

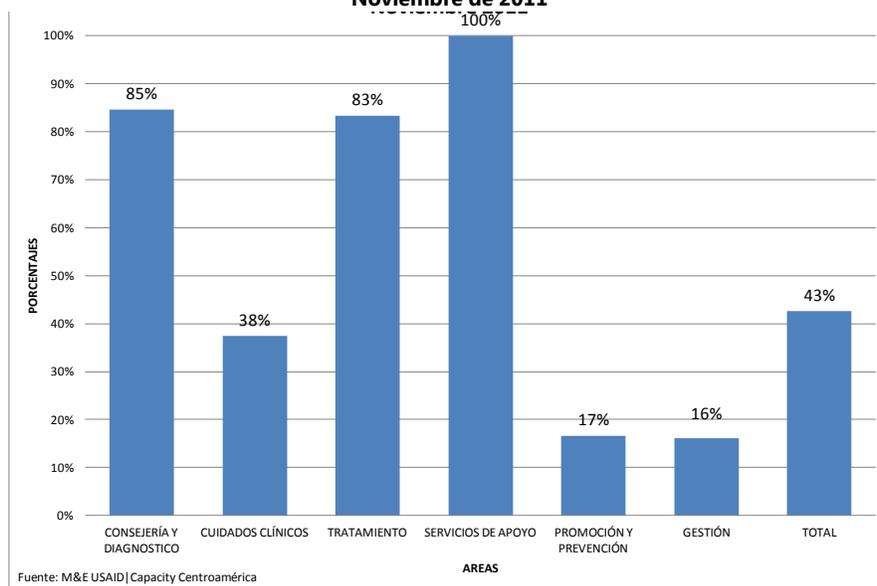
Área	PRIMERA FASE		SEGUNDA FASE		TERCERA FASE			
	Presentación Negociación	Diagnóstico	Devolución resultados	Integración de la red	Medición Basal	Devolución resultados	Plan de intervención	Primera visita seguimiento
Sur Occidente	X	X	X	X	X	X	X	X

La REDSO es una de las redes con mayor trayectoria en el país, fue conformada en el 2002 a través de la organización Proyecto Vida. USAID/Proyecto Capacity Centroamérica inició su relación con la REDSO en el 2010 cuando se estaba planteando la estrategia de AICV.

En agosto de 2011 se les invitó a implementar la estrategia de AICV y se realizó el diagnóstico de la AICV. Para octubre se había completado la segunda fase de la estrategia con la consolidación de su estructura funcional y sus reglamentos de funcionamiento interno, definiendo que su propósito es el desarrollo de acciones conjuntas y coordinadas para la prevención, vigilancia y atención en VIH, contribuyendo a la disminución de su incidencia y mejoramiento de la calidad de vida de las PVV y PEMAR.

En noviembre se realizó la primera medición del desempeño de la AICV, resultando en un cumplimiento del 44%, con una brecha del 56% entre el desempeño actual y el deseado. Los porcentajes de cumplimiento por área de medición se presentan en la Gráfica 3.

Gráfica 3. Resultados de Primera Medición del Desempeño de AICV en la REDSO. Noviembre de 2011



En el área de cuidados clínicos aunque se cuenta con normas y protocolos de atención en VIH, las personas atendidas se registran en un formulario no se cuenta con personal capacitado para la aplicación de normas y protocolos de atención en VIH e ITS, no se cuenta con personal multidisciplinario para la prestación de servicios por nivel de atención ni con mecanismos para medir la satisfacción de usuarios.

Aunque existe un alto número de actividades de promoción y prevención realizadas por las organizaciones participantes, la medición basal mostró que sólo se cumplió con uno de los seis criterios definidos para el cumplimiento del estándar, y fue el que está relacionado con la oferta de servicios en VIH en los diferentes niveles de atención.

El área de gestión de la red obtuvo el porcentaje de alcance más bajo de todas las áreas medidas. Aunque la estructura de la red está conformada por comisiones de trabajo, existe un plan operativo anual y se sostienen reuniones mensuales de trabajo, no se cuenta con estatutos internos de funcionamiento ni con un plan estratégico vigente. La medición mostró que no se cuenta con un sistema de referencia y respuesta funcional, ni con un sistema de monitoreo y evaluación de las intervenciones. No tienen un plan de sostenibilidad financiera, mecanismos para identificar la satisfacción de los usuarios ni tampoco se utiliza información estratégica para la toma de decisiones.

Después de varias reuniones de trabajo la REDSO elaboró su primer plan de intervenciones para el cierre de brechas. Priorizando el conocimiento de las normas del MSPAS, medición de satisfacción de los usuarios de servicios VIH provistos por miembros de la red, diseñar una estrategia estandarizada para la prevención primaria, establecer los primeros pasos para un sistema de referencia y respuesta funcional e incrementar el uso de información estratégica para la toma de decisiones.

Del análisis de resultados, la REDSO consideró un hallazgo relevante la ausencia de un sistema de monitoreo y evaluación de los servicios de AICV provistos por los miembros de la red, por lo que la creación de un sistema de monitoreo y evaluación fue incluido en el plan de intervenciones, esperando que este sistema sea diseñado con la asistencia técnica del Proyecto.

Los cuatro participantes certificados en AMD socializaron la estrategia con los integrantes de la REDSO y acordaron que la metodología sea utilizada en los talleres y charlas estructuradas para asegurarse que la transferencia de conocimientos sea de calidad y obtenga el impacto deseado. En el mes de mayo se llevó a cabo la elaboración de la Currícula de Estigma y Discriminación donde participó el equipo de capacitación formado en la estrategia de AMD y se logró la participación del representante del Procurador de los Derechos Humanos en Coatepeque lo que significó una fortaleza para el equipo.

En junio de 2012 se realizó un Foro para la presentación de la REDSO a nivel regional con el objetivo de obtener el compromiso de tomadores de decisiones. Se obtuvo el apoyo y compromiso de autoridades departamentales y municipales para continuar mejorando los servicios para las personas con VIH de la región.

Se ha logrado cumplir con algunas actividades importantes del plan de intervenciones, entre ellas la realización del Plan estratégico 2012 – 2015, formular un Plan de Capacitaciones orientado a optimizar el desempeño, y realizar el taller de Estigma y Discriminación, donde se certificaron a 12 personas.

Los miembros de la Redso han identificado las ventajas de trabajar bajo la estrategia AICV, en la cual han encontrado oportunidades para potenciar y mejorar su alcance de trabajo, por lo que han decidido reorientar sus acciones incorporando el enfoque de la AICV.

Cabe rescatar que, en enero de 2012, la Redso, a través de la organización Proyecto Vida, obtuvo el financiamiento para que HiVos, uno de los Receptores Principales del Fondo Mundial para Guatemala, financiara diversas actividades conducidas por la Red.

Se cuenta con un Coordinador de la Red quien es el responsable de convocar, programar, dirigir y sistematizar todas las acciones que se llevan a cabo. El equipo de USAID/Proyecto Capacity Centroamérica trabaja en conjunto con el Coordinador de la Red.

Las acciones para las cuales la Redso tiene financiamiento son:

- Fortalecimiento de los miembros de la red.
- Violencia Basada en Género.
- Derechos Humanos.
- Incidencia Política.
- Realización de materiales de prevención en relación a los temas mencionados y VIH.
- Difusión del boletín epidemiológico.

El financiamiento es para un año y antes de finalizar será evaluado el cumplimiento de los objetivos para determinar si recibirán financiamiento un año más.

Actividades para el primer trimestre del año fiscal 3 (octubre a diciembre 2012)

- Brindar asistencia técnica para la organización, orientación e implementación de las actividades contempladas en el plan de intervención para el cierre de brechas.
- Realizar la Segunda Medición del Desempeño.
- Continuar el proceso para definir el sistema de referencia y contra referencia.

Comisión Intersectorial de VIH en Huehuetenango-CIVIHH

Área	PRIMERA FASE		SEGUNDA FASE		TERCERA FASE			
	Presentación Negociación	Diagnóstico	Devolución resultados	Integración de la red	Medición Basal	Devolución resultados	Plan de intervención	Primera visita seguimiento
Huehuetenango	X	X	X	X	X	X	X	X

La CIVIHH fue conformada desde el 2009, a través del apoyo que brindó Asociación IDEI para establecer Políticas Públicas Municipales que garantizaran la vigencia de los ejes de prevención del VIH y atención integral a las personas viviendo con VIH, con enfoque de género y pertinencia intercultural del municipio. La presentación de la estrategia de AICV en septiembre de 2011 despertó gran interés y su implementación fue avalada en pleno, permitiendo realizar el diagnóstico de la situación de la AICV en el mes de diciembre.

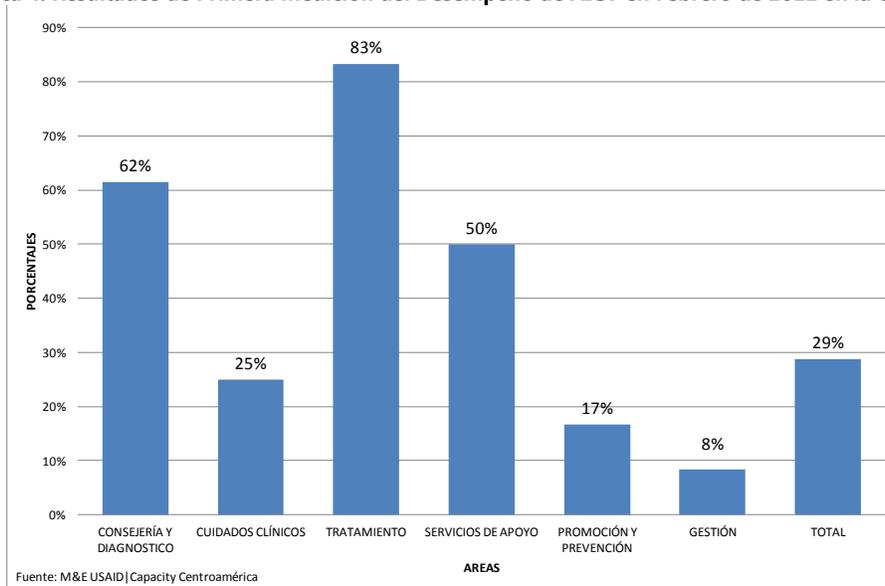
El diagnóstico permitió identificar que no se contaba con una estructura organizativa, estatutos internos de regulación de su funcionamiento, plan estratégico vigente ni un plan operativo anual. Tampoco tenía un sistema de coordinación interna ni de referencia y respuesta; en consecuencia, durante la segunda fase de la estrategia, se comenzaron a elaborar los elementos de su plan estratégico y su estructura funcional.

Los resultados del diagnóstico mostraron que el trabajo de la CIVIHH se concentra con la población de jóvenes. La mayoría de organizaciones difunden información relacionada principalmente a la prevención de la infección del VIH en la población general.

Con los resultados obtenidos se realizaron los primeros ajustes dentro de la CIVIHH, estableciendo una estructura por comisiones de trabajo, una por cada componente de la AICV, y una Comisión Coordinadora, presidida por la Dirección de Área de Salud.

La CIVIHH realizó la primera medición del desempeño de la AICV en febrero 2012. USAID|Proyecto Capacity Centroamérica procesó y presentó los siguientes resultados a la red.

Gráfica 4. Resultados de Primera Medición del Desempeño de AICV en Febrero de 2012 en la CIVIHH.



En total, la medición resultó en el cumplimiento del 29% de los criterios medidos y una brecha del 72%. Con la asistencia técnica del Proyecto, la CIVIHH analizó estos resultados y priorizó las actividades que quedaron escritas en el plan de intervenciones para el cierre de brechas.

En el mes de abril la CIVIHH invitó a las instituciones de Huehuetenango cuyos objetivos de trabajo están directamente relacionados a la respuesta al VIH en el departamento de Huehuetenango, para unirse a la red ya que durante la reunión ordinaria se manifestó el descontento de las organizaciones por el funcionamiento de la comisión coordinadora de la CIVIHH, donde dos organizaciones argumentaron que no continuarían conformándola debido a limitaciones de tiempo.

La comisión coordinadora decidió realizar visitas a las 11 organizaciones que pertenecen a la CIVIHH para retomar el compromiso en participar activamente y darle seguimiento a las actividades contempladas en el plan de intervenciones.

En mayo de 2012 con la intención de motivar y presentar el plan estratégico de la CIVIHH se realizó una conferencia de prensa y un foro a nivel local, donde participaron 18 instituciones gubernamentales, no gubernamentales y de sociedad civil. Se extendió la invitación a otras organizaciones interesadas a incorporarse a la Red y se ratificó el compromiso de las organizaciones que la conforman.

Debido a conflictos generados en los integrantes de la Comisión Coordinadora de la red, y que obstaculizaban el avance de la estrategia de AICV, se realizó un taller sobre manejo y resolución de conflictos.

Posteriormente se logró que nuevas organizaciones se integraran a la CIVIHH: la Policía Nacional Civil, la Gobernación Departamental, la Procuraduría de los Derechos Humanos, los Centros de Salud Norte, Sur y el CAP de la Democracia. Con el objetivo de facilitar la integración de las nuevas organizaciones y promover el trabajo en equipo se realizó un taller de capacitación en el mes de junio.

En agosto se llevó a cabo el taller para el diseño del sistema de referencia y contrarreferencia, donde se decidió diseñar un mecanismo donde se incluyera a las organizaciones que trabajan en los diferentes servicios de apoyo. Se acordó revisar las herramientas oficiales del MSPAS y validarlas entre los integrantes de la red.

Además los cuatro integrantes de la Red de Huehuetenango, certificados en la estrategia de AMD, facilitaron el taller de estigma y discriminación, donde certificaron 19 integrantes de la CIVIH.

Cabe rescatar que durante el último trimestre se logró la inclusión de dos nuevas organizaciones representantes de los grupos PEMAR: Trabando Unidos, organización de la diversidad sexual, y Gente Por Una Vida Mejor, grupo de autoapoyo de la UAI.

Actividades para el primer trimestre del año fiscal 3 (octubre a diciembre 2012)

- Brindar asistencia técnica para la organización, orientación e implementación de las actividades contempladas en el plan de intervención para el cierre de brechas.
- Realizar el segundo taller de estigma y discriminación para miembros de las organizaciones de la Red.
- Continuar el proceso para definir el sistema de referencia y contra referencia.

Red VIH Izabal-REDVIHZA

Área	PRIMERA FASE		SEGUNDA FASE		TERCERA FASE			
	Presentación Negociación	Diagnóstico	Devolución resultados	Integración de la red	Medición Basal	Devolución resultados	Plan de intervención	Primera visita seguimiento
Izabal	X	X	X	X	X	X	X	

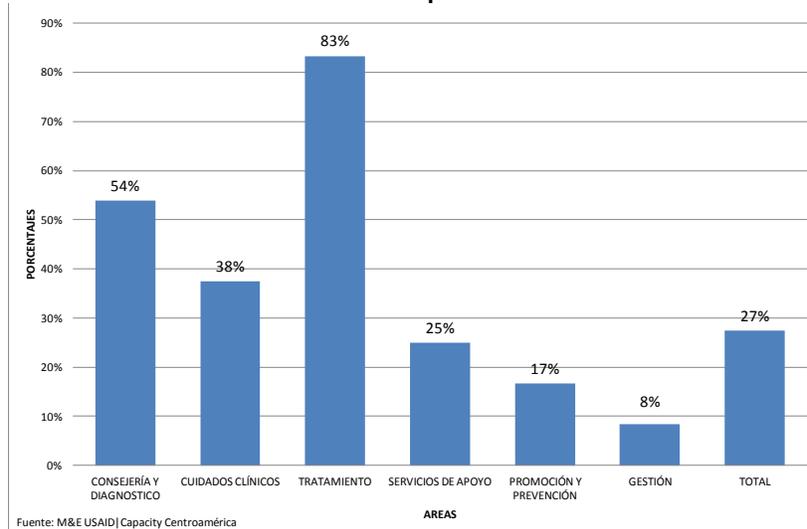
La REDVIHZA se integró en el 2006. Cuando USAID/Proyecto Capacity Centroamérica le presentó la estrategia de AICV la red contaba con una débil estructura de funcionamiento, donde carecía de un plan estratégico y un plan operativo anual.

En el primer trimestre del año fiscal se inició la etapa de integración, donde se evidenciaron situaciones de organización, liderazgo y comunicación interna que han dificultado el avance de la implementación de la AICV. Se hizo manifiesto los sentimientos de desconfianza ante la presencia del Proyecto, particularmente por experiencias pasadas en las cuales otros proyectos se han comprometido a apoyar pero sólo con el interés de obtener resultados para su propio proyecto y no para el desarrollo del departamento.

La persistencia de USAID|Proyecto Capacity Centroamérica permitió que la REDVIHZA permitiera, no sin un alto nivel de desconfianza, liderar los primeros pasos para el establecimiento de la AICV.

Se realizó la primera medición del desempeño de la AICV en febrero de 2012, donde alcanzó un 27% de desempeño. Los resultados por área de medición se presentan en la Gráfica 5.

Gráfica 5. Resultados de Primera Medición del Desempeño de AICV en Febrero de 2012 en la REDVIHZA.



El cambio de personal en la Dirección del Área de Salud, repercutió en la menor disponibilidad de tiempo por parte del representante ante la red, quien había liderado la comisión coordinadora. Debido a las dificultades en la convocatoria y seguimiento no fue posible realizar reuniones mensuales ordinarias. Cuando fue posible realizar la reunión de la REDVIHZA, los integrantes de la Red concluyeron que persisten los conflictos, lo cual impide una visión de trabajo colaborativo en equipo para alcanzar los objetivos. Por consiguiente se fortaleció la participación de las organizaciones que mostraban más interés por impulsar el trabajo en red; ALII, Gente Nueva, COMIVIHZA y ASECSA.

En el mes de mayo se presentó la Estrategia de AICV a la nueva Directora del Área de Salud, quien demostró interés y se comprometió a darle seguimiento a la REDVIHZA desde su rol de rectoría de la salud y sugirió que haya mayor intervención por parte de las organizaciones de la sociedad civil que han apoyado a la Red durante muchos años. Dada la necesidad de aumentar la capacidad de los integrantes de la red, para resolver la conflictividad interna, y de reconocerse como un equipo que trabaje en red, se llevó a cabo un proceso de capacitación sobre trabajo en equipo, manejo y resolución de conflictos.

Se reconoció la necesidad de gestionar antes el Área de Salud la designación de una persona específicamente para el tema de VIH, ya que anteriormente se había contado con la participación del encargado de Promoción y Prevención, a quien se le dificultaba responder a las demandas de la REDVIHZA. Debido a las gestiones de la Comisión Coordinadora ante la Directora de Área de Salud, se contrató a una persona encargada del tema de VIH para el departamento. El logro fue muy bien recibido por los integrantes de la red, quienes esperan que el funcionamiento de la red mejore significativamente con la participación activa y apoyo del Área de Salud. Por otra parte, debido a todo el proceso por el que ha atravesado la red, la elaboración y validación del plan de intervenciones presentó desafíos para el equipo del Proyecto. Hasta el último trimestre se logró contar con un plan validado por todos los integrantes de la red, y el nombramiento de una comisión que se encargará de monitorear el avance.

Actividades para el primer trimestre del año fiscal 3 (octubre a diciembre 2012)

- Brindar asistencia técnica para la organización, orientación e implementación de las actividades contempladas en el plan de intervención para el cierre de brechas.
- Realizar el taller de estigma y discriminación para miembros de la Red.
- Definir el proceso para definir el sistema de referencia y contra referencia.

Red VIH de Zacapa-REDVIHZAC

Área	PRIMERA FASE		SEGUNDA FASE		TERCERA FASE			
	Presentación Negociación	Diagnóstico	Devolución resultados	Integración de la red	Medición Basal	Devolución resultados	Plan de intervención	Primera visita seguimiento
Zacapa	X	X	X	X	X	X	X	

En Zacapa no había conformada ninguna red multisectorial de AICV. Un grupo de organizaciones se reunían cada año para coordinar las actividades de conmemoración del día internacional del VIH. Durante la propuesta de USAID/Proyecto Capacity Centroamérica fue bien recibida y como producto del análisis de la presentación, se identificaron de forma preliminar al menos 12 organizaciones que podrían integrar la red.

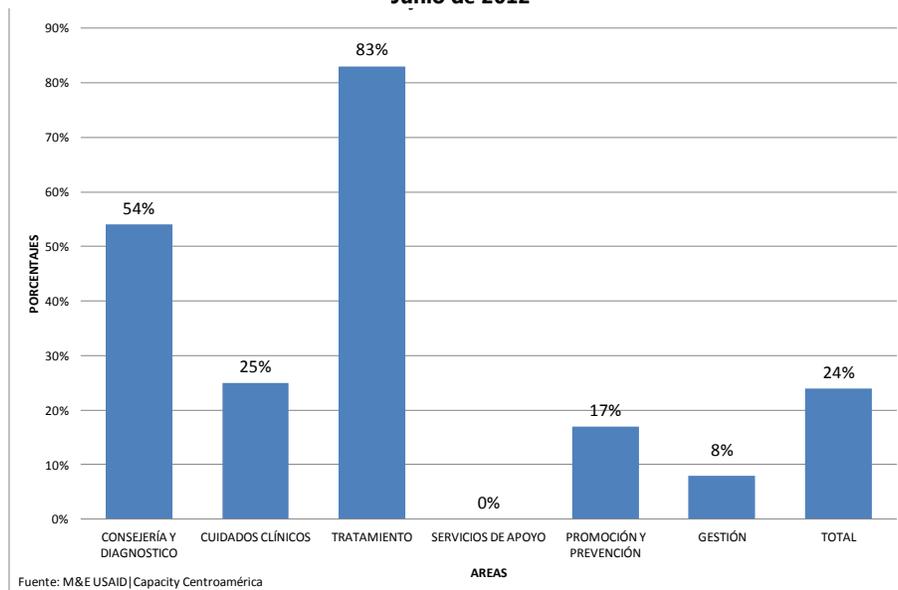
Durante diciembre y enero se recolectó la información para elaborar el diagnóstico de AICV. El diagnóstico reveló que aunque hay organizaciones interesadas en participar, únicamente el 50% de los participantes presta servicios en el marco de la AICV. Relevante fue identificar que la Universidad Rafael Landívar refiere prestar servicios de orientación psicológica, apoyo espiritual y de trabajo social en tanto la Organización de Mujeres Virtuosas refiere brindar servicios de apoyo a la mujer aunque no con un enfoque directo hacia mujeres con VIH.

Acorde a la información para el diagnóstico de la AICV, APROFAM y el MSPAS son los únicos establecimientos que ofrecen pruebas de tamizaje. Los servicios de cuidados clínicos y tratamiento son brindados exclusivamente en la Unidad de Atención Integral de VIH, dado lo especializado de los servicios. Hay instituciones prestando servicios de apoyo, aunque lo hacen de manera aislada. Con pocas instancias prestando servicios en respuesta a la epidemia del VIH, ha sido difícil avanzar a la etapa de integración de una red multisectorial y unificar esfuerzos para la AICV.

Los resultados del diagnóstico facilitaron que se diera inicio a la fase de integración de la Red, para lo cual se dedicaron varias reuniones. Se definieron la misión, visión, objetivos y valores de la Red, así como la estructura de acuerdo a los cinco componentes de la estrategia de AICV. Se acordó el nombre de REDVIHZAC y un logo para facilitar su identificación.

La REDVIHZAC realizó un foro con el objetivo de presentar la Red ante las autoridades y sociedad civil del departamento de Zacapa, y lograr el involucramiento de otras organizaciones que aporten en el desarrollo de las actividades para la mejor respuesta al VIH. En junio se realizó la primera medición del desempeño, donde la REDVIHZAC alcanzó un 24% del desempeño. En la siguiente gráfica se presentan los resultados por área de medición.

Gráfica 6. Resultados de Primera Medición del Desempeño de AICV en la REDVIHZAC. Junio de 2012



Posteriormente se formuló el plan de intervenciones, donde se incluyeron actividades para el cierre de las brechas, priorizando las relacionados a la gestión de la red y al componente de servicios de apoyo. La red ha avanzado en las actividades de formación y de estructuración buscando su consolidación como organización formal. Establecieron sus reuniones periódicamente y están buscando el involucramiento de otras instituciones para aunar esfuerzos en las actividades a realizar.

Como aparte para el fortalecimiento de las relaciones entre los integrantes, se llevó a cabo un taller enfocado en la temática de manejo y resolución de conflictos, comunicación asertiva y trabajo en equipo. Además, se conformó el equipo de capacitación donde se certificaron a cuatro miembros de la red en la estrategia de AMD. Este equipo estará llevando a cabo las próximas capacitaciones de la REDVIHZAC. Cabe rescatar que durante el último trimestre, se realizaron visitas de acercamiento a las instituciones que brindan atención en salud y a la DAS, logrando el involucramiento y apoyo del Director del Área de Salud. La motivación de las organizaciones que integran la Red ha facilitado la disponibilidad para que el avance en la implementación de la estrategia de AICV sea satisfactorio.

Actividades para el primer trimestre del año fiscal 3 (octubre a diciembre 2012)

- Brindar asistencia técnica para la organización, orientación e implementación de las actividades contempladas en el plan de intervención para el cierre de brechas.
- Realizar el taller de estigma y discriminación para miembros de la Red.

Red de VIH de Quetzaltenango-REQVIH

Área	PRIMERA FASE		SEGUNDA FASE		TERCERA FASE			
	Presentación Negociación	Diagnóstico	Devolución resultados	Integración de la red	Medición Basal	Devolución resultados	Plan de intervención	Primera visita seguimiento
Quetzaltenango	X	X	X	X	X	X	X	

Durante el primer trimestre del año se inició la primera fase de la estrategia de AICV. En el departamento había ya una red para la atención de la epidemia del VIH, la cual fue conformada con el apoyo de IDEI. A los integrantes de esta red se les presentó la estrategia de AICV, la cual fue bien recibida, pero debido a la cercanía del fin de año y vacaciones del personal, decidieron que podrían iniciar con el diagnóstico hasta el mes de febrero del 2012, ya que tenían compromisos previamente adquiridos para enero.

USAID|Proyecto Capacity Centroamérica lideró el estudio diagnóstico de la situación de AICV en Quetzaltenango, en el cual participaron 34 entidades, de las cuales, 15 instancias de gobierno y 19 ONG. Se tuvo la participación de las Unidades de Atención Integral del Hospital Nacional Dr. Rodolfo Robles y del Hospital Regional de Occidente, así como de la DAS Quetzaltenango y los Centros de Salud de Coatepeque y Quetzaltenango. Por su naturaleza, cada unidad fue considerada como una entidad separada.

Por la cantidad de participantes, el procesamiento de la información tomó más tiempo de lo esperado. Sin embargo, para la siguiente reunión de la red y considerando relevante el aprovechamiento de cada reunión de la red para avanzar, el Proyecto presentó en marzo los resultados preliminares del estudio diagnóstico. El primer hallazgo fue que pesar de sus años de funcionamiento, la red no cuenta con una estructura organizacional, estatutos internos para la regulación de su funcionamiento ni planes para orientar las actividades de la red. Los resultados del diagnóstico también mostraron que el trabajo de la red se concentra en actividades de prevención primaria dirigidas a la población en general, con cierto énfasis en los jóvenes.

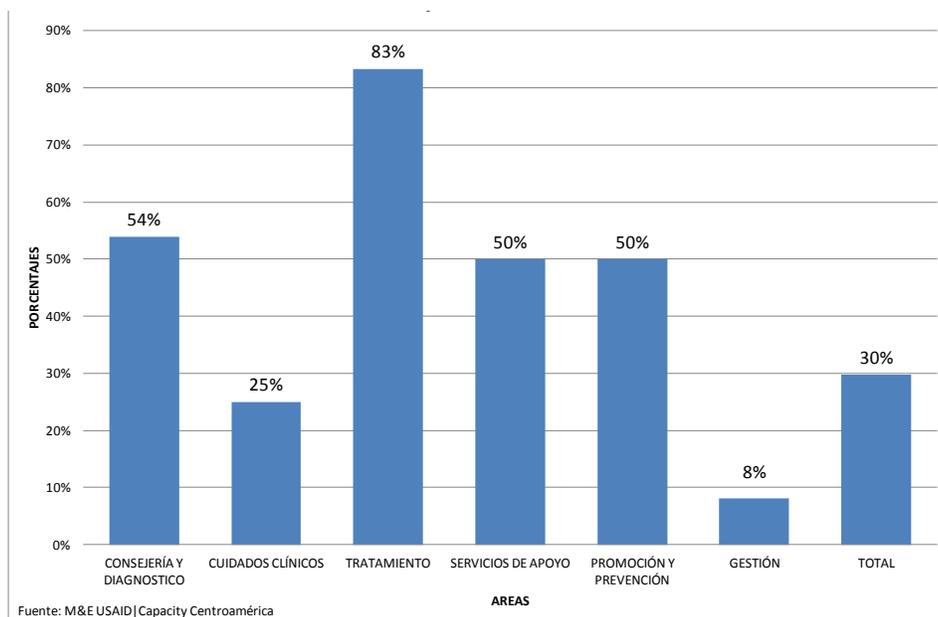
Los principales servicios de cuidados clínicos disponibles son la prevención de ITS y la prevención y tratamiento de enfermedades oportunistas. Algunas organizaciones ofrecen otros servicios de cuidados clínicos como la prevención secundaria, odontología, cuidados paliativos, y la prevención y tratamiento de tuberculosis. Instituciones gubernamentales como el Hospital Rodolfo Robles, Hospital de Occidente y el IGSS, son las únicas instituciones que ofrecen TAR en el Departamento de Quetzaltenango. Entre los servicios de apoyo prestados están la asistencia psicológica, terapia grupal, apoyo legal y actividades generadoras de ingresos.

Los resultados mostraron que las organizaciones concentran sus actividades en la oferta de pruebas de tamizaje y consejería post prueba, pero no en la realización de pruebas confirmatorias. Algunas organizaciones refirieron utilizar protocolos de atención e instrumentos de registro de producción de sus servicios del MSPAS. Otras refirieron utilizar protocolos e instrumentos propios y algunas no cuentan con ningún protocolo de atención y tampoco con un sistema de información para reportar la producción de sus servicios. La mayoría refirió reportar los servicios prestados a unidades internas de su organización pero no todas le reportan al MSPAS.

Después de un largo periodo para realizar la validación de los resultados del diagnóstico, se continuó con la reestructuración de la Red. Debido a los cambios políticos ocasionados por el cambio de gobierno se realizaron visitas a las instituciones para contextualizar y comprometer a las nuevas autoridades. Simultáneamente se destituyó a la representante del programa de VIH del Área de Salud, quien había liderado la Red desde su conformación, lo cual provocó el retraso de las actividades programadas. Fue necesario que se presentara y negociara la estrategia de AICV con el equipo del Programa de VIH del Área de Salud. Además requirieron de un acompañamiento intenso por parte del Proyecto ya que no contaron con un proceso de inducción institucional.

Los nuevos representantes de las organizaciones propusieron que la Red avanzara prontamente en la implementación de la Estrategia de AICV ya que se evidenció el lento avance que se había tenido hasta el momento. Por lo tanto se realizó un taller de un día para definir la visión, misión, objetivos, estructura interna, valores y reglamento interno. La comisión coordinadora quedó presidida por la Dirección de Área de Salud e integrada por la UAI del Hospital Rodolfo Robles, la Iglesia Episcopal y la Asociación Iniciativa por la Diversidad Sexual en Occidente (IDSO). Durante junio, se llevó a cabo la medición del desempeño de la AICV en la Red se realizó en plenaria, donde alcanzó un 30% del desempeño. Los resultados por área de medición se presentan en la siguiente gráfica.

Gráfica 7. Resultados de Primera Medición del Desempeño de AICV en la Red de Quetzaltenango. Junio de 2012



Existen mayores oportunidades para el cierre de brechas en los componentes de gestión, cuidados clínicos, servicios de apoyo y promoción y prevención. La mayoría de las brechas se refieren a la falta de protocolos y la necesidad de capacitación del personal.

Se planteó un plan de intervenciones donde se priorizó las acciones para fortalecer la gestión de la Red. Fue la primera red en implementar la currícula de capacitación de estigma y discriminación, donde certificaron a 14 integrantes. Los participantes solicitaron una réplica más del taller a otras poblaciones que necesitan ser sensibilizadas en estigma y discriminación.

Actividades para el primer trimestre del año fiscal 3 (octubre a diciembre 2012)

- Brindar asistencia técnica para la organización, orientación e implementación de las actividades contempladas en el plan de intervención para el cierre de brechas.
- Realizar el taller de estigma y discriminación para organizaciones miembros de la Red.

Coordinadora Multisectorial de VIH de Retalhuleu

Área	PRIMERA FASE		SEGUNDA FASE		TERCERA FASE			
	Presentación Negociación	Elaboración de diagnóstico de AICV	Presentación resultados de diagnóstico	Análisis de resultados y estructuración de la red	Validación de estándares del desempeño AICV	Primera medición del desempeño AICV	Presentación y análisis de resultados de primera medición	Elaboración de plan de intervenciones
Retalhuleu	X	X	X					

A raíz del conocimiento de la asistencia técnica que USAID|Proyecto Capacity Centroamérica ha brindado al Hospital de Retalhuleu y a la Red Sur Occidente, la Red Multisectorial de Retalhuleu solicitó formalmente el apoyo para esta Red. El PNS consideró pertinente trasladar el apoyo de la Red de Sacatepéquez a la de Retalhuleu, donde se estaría implementando a nivel departamental la estrategia de AICV que se ha desarrollado con la red de la región suroccidente.

La red del departamento de Retalhuleu inició sus reuniones de conformación en el año 2008 por iniciativa del Área de Salud con el objetivo de dar respuesta a la problemática del VIH. En el Año 2009 recibió el apoyo de la asociación IDEI para crear la Política Pública Municipal, la cual se implementó en el año 2010. Posteriormente se concentraron en las acciones para prevenir los nuevos casos de VIH. En el 2011 decidieron organizar la Red Multisectorial de Retalhuleu y optimizar el tiempo y el esfuerzo para trabajar en cada uno de los temas de trabajo en que la mayoría de las organizaciones integrantes se enfocan.

En abril de 2012 se presentó la Estrategia de AICV, donde se acordó realizar el taller para elaborar el Diagnóstico de la Situación de AICV en Retalhuleu. Se obtuvo información de 16 organizaciones de las cuales 8 son gubernamentales, 6 son no gubernamentales, 1 de la sociedad civil y 1 de la organización basada en la fe. Atienden principalmente a población de Embarazadas, Jóvenes, Población General, MTS y HSH. En el componente de Tratamiento, ninguna de las organizaciones que componen la Red Multisectorial de Retalhuleu da tratamiento ARV directamente o localmente. Tanto las personas que consultan al Hospital Nacional y el Hospital del Instituto Guatemalteco de

Seguridad Social y que necesitan tratamiento son referidas a Coatepeque o a la ciudad Capital. De tal manera que uno de los objetivos primordiales de la red es realizar incidencia política para la próxima apertura de una Unidad de Atención Integral en el Hospital de la localidad.

Posteriormente se avanzó a la segunda fase de la estrategia de AICV, donde se integraron las comisiones de trabajo por cada componente. Las más fortalecidas son las comisiones de Consejería y Diagnóstico, Promoción y Prevención, y las más débiles son las de Tratamiento y Cuidados Clínicos, las cuales serán fortalecidas en la medida que se alcancen objetivos como la apertura de la Unidad de Atención Integral.

Para afianzar la integración de la red se realizó un taller sobre comunicación asertiva, resolución de conflictos y trabajo en equipo. Además, se capacitaron a dos integrantes de la Red Multisectorial en la metodología de AMD, quienes estarán liderando el proceso de capacitación para el cierre de brechas.

Actividades para el primer trimestre del año fiscal 3 (octubre a diciembre 2012)

- Validar los estándares de medición del desempeño de la AICV.
- Realizar la primera medición del desempeño de la AICV.

ANEXO 4
HISTORIAS DE EXITO

Health centers adopt strategies to improve HIV care performance and quality

In April 2012 the Red Suroccidente (REDSO) and Quetzaltenango multi-sector networks received their first training on the Learning for Performance (LFP) methodology, which is driven by the USAID|Central America Capacity Project.

LFP is a process-oriented instructional design for troubleshooting or resolving performance gaps. This strategy combines instructional design with performance improvement in order to analyze issues affecting human resources performance and determine the factors or gaps that led to these problems. The strategy is aimed at individuals and teams involved in strengthening training components. LFP also supports the development of teaching teams competent in updating the knowledge and skills of multi-sector network members who can then better respond to the needs of people living with HIV.

In this context, the REDSO team that had been trained in LFP identified the need to share this strategy with each of the organizations in the network. The process began with sharing the LFP methodology with nursing staff in the health district. Participants realized the benefits of applying LFP to their Information, Education and Communication (IEC) plans and requested a presentation of the methodology at their regular meeting of rural health technicians, social workers and educators from across the Quetzaltenango health area. This was a great opportunity to also present the Optimizing Performance and Quality (OPQ) methodology, which empowers human resources to improve health performance and outcomes.

After the presentation of both methodologies, the health care workers discussed their application to their work areas. Participants also reflected on the fact that many of their actions had not produced the expected results because; their plans were not systematized and organized from the outset; the analysis phase had been very weak; and there were no specific plans for monitoring and evaluation. As a result, these public health professionals requested more meetings to follow up on the issue and begin the future adoption and implementation of the LFP methodology.



"For me the LFP methodology is a means to get the results you want from training sessions, workshops, and educational activities that need to be performed within network and health district objectives. I also believe that one can have activities that empower Health Area strategies using rural health technicians and health educators in Quetzaltenango. Support from Redso will make it easier in Coatepeque and in my place of work."

Verónica Cruz, LFP team member and Supply Manager for the Coatepeque Health District



Multisectoral HIV networks come together to harmonize local response

The HIV epidemic in Guatemala is concentrated with a reported prevalence for the general population of less than one percent (0.8%). Now HIV is mostly considered a chronic disease, where a person living with the virus can live a normal life and extend their life expectancy through timely and correct administration of antiretroviral medication and by accessing comprehensive care free from stigma and discrimination.

Since 1984, when the first HIV case was recorded in Guatemala, the epidemic has expanded to affect thousands of Guatemalans every year. It is expected that there may be up to 8,908 new cases in 2015, for a total of 87,252 people living with HIV¹ in the country.

Given these figures and looking to strengthen the national response to HIV and prevent future cases, various governmental, non-governmental and civil society groups have joined forces via multi-sector networks that work together to implement a Continuum of Care (CoC) strategy in different regions of the country.

The CoC strategy, driven by the USAID|Central America Capacity Project, is a set of HIV treatment and health services targeting vulnerable populations and people living with HIV. Under this strategy, services are provided in a coordinated manner by various local and national stakeholders and action is implemented through local multi-sector networks. These networks take advantage of the existing capacities within health facilities, government organizations and NGOs. Currently, nine multi-sector networks implement the CoC strategy in 10 departments in Guatemala.

The network members perform different activities within the group; such as advocacy, prevention, and awareness for the reduction of stigma and discrimination against people living with HIV. These activities have been successful on many occasions, but some networks have also faced obstacles and challenges that have become lessons learned to help improve network performance.

In Guatemala, nine multi-sector networks now implement the CoC strategy to strengthen referral systems and responses to people living with HIV and populations at higher risk

“During this meeting we shared with each other and learned from the experiences of all the current networks in Guatemala...giving us possibilities to share and improve the country’s HIV response”.

José Luis Velásquez,
Southwest Network (REDSO)
Coordinator

¹ According to estimates and projections of HIV in Guatemala between 2010-2015. UNAIDS

In this light, more than 160 multi-sector CoC network members met for three days in a national meeting held in the capital city, where they exchanged views and information on the actions taken in their respective areas. This meeting also served to establish new alliances for the purpose of optimizing resources, review network performance standards, and establish connections to improve referrals and responses towards people who use these services.

Multi-sector networks are coordinating bodies for strategies that ensure continuous access to comprehensive care for people living with HIV. Dr. Miguel Tó, PNS Coordinator, expressed his lasting impression after observing the level of participation and involvement that was shown at the event, emphasizing the value of having the participation of civil society and international cooperation organizations to support the work of the National Health System through the National Program as lead agency.

After the event, network members issued a statement emphasizing their commitment to continue providing comprehensive care in their communities, and inviting other sectors, such as human rights, to join in the national HIV response.

In its third year the Capacity Plus project will work to strengthen CoC implementation as the HIV networks seek to improve their performance, and thus access to quality services for populations most at risk and people living with HIV.



Over 160 network members took the opportunity to establish working ties and joint proposals to allow for inter-network CoC access.



The event was covered by the press and radio to share with the general public the local multi-sector efforts to strengthen responses at the local, regional and national levels to support the work that the Ministry of Health provides through health posts, schools, and hospitals.

Curriculum for reducing HIV-related stigma and discrimination

Behaviors ranging from denying a greeting to violating confidentiality of a positive HIV diagnosis are examples of stigma and discrimination that often confront people living with HIV (PLH) attending health services, thereby jeopardizing their physical and mental health. When this happens, PLH and populations at higher risk refuse to have an HIV test or receive treatment reducing the possibility of protecting themselves and their partner.

The stigma and discrimination from the health personnel that PLH perceive affects the quality of health services in Costa Rica. In order to close this performance gap, it is necessary to train and sensitize not only the health personnel, but also future health providers as expressed by Pilar Romero, an HIV positive woman of the multi-sector network for the Continuum of Care in HIV en Limon Province of Costa Rica. *"... these are things that can only be corrected beginning at the roots, you have to go to the universities to sensitize and train future health personnel"*.

Among the laws and other policies to strengthen the national response to HIV/AIDS in Costa Rica, Article 31 of the HIV Law establishes education as a prevention tool: *"The Higher Council for Education, in coordination with the Ministry of Health, will include topics about the risks, consequences, and means of HIV transmission in its programs, means of prevention, and the respect for human rights"*.

In this context, the Costa Rica University (UCR) School of Nursing, with support and technical assistance from the USAID|Central America Project, designed an HIV curriculum aimed at future health personnel addressing the themes of stigma and discrimination, pre and post HIV test counseling, and bio-safety.

The HIV curriculum was developed by applying the Learning for Performance (LFP)² methodology designed to strengthen specific health worker abilities and skills to optimize their performance to improve the quality of the health services.

Afterwards the UCR trained 19 Nursing School faculty members who reviewed and validated the course contents HIV voluntary counseling, and stigma and discrimination.

The Nursing School authorities are aware of the need to change the treatment of HIV from the professional perspective. They demonstrated their commitment to reducing stigma and discrimination by accepting the proposed curriculum, and disseminating among the students, the future health professionals, the benefits of taking a path towards a more humane treatment of HIV. The HIV curriculum will be incorporated into the nursing course of studies in 2013 in the modules of adolescence and nursing management taught in the third and fifth year of the nursing program. The new curriculum not only provides information for an improved service, but also for providing a comprehensive quality care for PLH.



"Working in this HIV model provides numerous benefits, the students encounter problems when doing their clinical practice because they know about HIV, but only the basics, in turn now they are taught how to treat patients in a more friendly matter so the patients do not get upset"

Ernestina Aguirre, Coordinator of the Nursing Management Module



Group of faculty members during the revision of the HIV curriculum

"The impact of the curriculum is still a way off, now that it will be presented to the new Nursing School Board to implement in the eight nursing schools in the country. This achievement is aimed towards the institutionalization of the methodology and the sustainability of the achievements"

² Developed by IntraHealth International



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

**CENTRAL AMERICA
CAPACITY PROJECT**



IntraHealth
INTERNATIONAL
Because Health Workers Save Lives.

The Continuum of Care improves comprehensive care, quality of life and productivity of people living with HIV

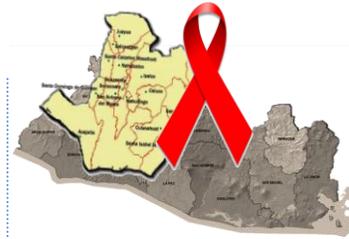
Infection with the human immunodeficiency virus (HIV) and the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) represent a social threat that goes beyond the boundaries of the health sector as the pandemic impacts both the individual and societal levels. Those who are most affected are people living with HIV (PLH) and other vulnerable populations.

El Salvador recorded its first case of AIDS in 1984. By 2012 there have been 26,614 cases of HIV, of which 14,670 were asymptomatic.³ According to Dr. Ana Isabel Nieto, Coordinator of the Ministry of Health National HIV/AIDS Program: *"We are facing an epidemic that requires the involvement of all sectors in order to have a positive response."*

The department of Sonsonate reported an incidence of 3.6 new cases per 10,000 residents during 2010, the highest rate outside of the capital city of San Salvador. Sonsonate's various organizations and institutions that are tackling the HIV problem came together in November 2011 to form the multi-sector Continuum of Care (CoC) for HIV network, with the accompaniment and support of the USAID|Central America Capacity Project. The Sonsonate CoC network is the third in El Salvador, after those in La Union and San Vicente. The objective of the CoC initiative is to strengthen these networks that provide attention, care, treatment, as well as a wide range of social services to PLH and their families. The network currently consists of twelve organizations from the public sector, non-governmental organizations and civil society, among others.

Network achievements include training of personnel from other HIV and AIDS institutions, as well as sensitizing them to the reduction of HIV-related stigma and discrimination. The network members developed an intervention plan confirming their commitments to strengthen the local response the HIV situation. Sonsonate's plan covers: universal access to services; establishing different areas and levels of care; expanding access to other social services (education, work, legal counseling and economic opportunities; increasing and optimizing available resources; and establishing a social services network for joint coordinated quality efforts). To date the Sonsonate network has identified 167 new cases of people living with HIV who are now receiving follow up and timely comprehensive care.

The HIV situation in El Salvador degrades the quality of life of PLH and requires interventions to improve their access to a range of comprehensive quality health and social services. The provision of these services is essential for the improvement of their quality of life as well as their capacity to contribute to their communities socially and economically.



The coordinated work of the network lets us provide greater support to our patients and facilitates the adherence to treatment.

Dr. Rene Arita, ART Clinic, Sonsonate Hospital



"The CoC network has sensitized our personnel about HIV to deliver improved care to the patient." Mayor of San Antonio del Monte

"...We are facing an epidemic that requires the involvement of all sectors in order to have a positive response..."

Dr. Ana Isabel Nieto, Coordinator of the National HIV/AIDS Program, Ministry of Health.

³ National HIV/AIDS Program, Ministry of Health, annual report SUMEVE 2011