Annual REPORT FY 2

USAID|Central America Capacity Project

October 2010 - September 2011

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE | CENTRAL AMERICA CAPACITY PROJECT

IntraHealth INTERNATIONAL Because Health Workers Save Lives.

TABLE OF CONTENTS

Acronyms/Abbreviations i

EXECUTIVE SUMMARY 1

I. REGIONAL RESULTS 3

RESULTS 3

1. PERFORMANCE IMPROVEMENT –PI– AND CONTINUUM OF CARE –Coc- 3
2. IN-SERVICE TRAINING 17
3. PRE-SERVICE TRAINING 20
4. INFORMATION TECHNOLOGY 24
5. SYSTEMATIZATION AND INSTITUCIONALIZATION 27

II. ADMINISTRATIVE REPORT 29

III. FINANCIAL REPORT 30

ANNEXES

1. ANNUAL COUNTRY REPORT
2. PERFORMANCE MONITORING PLAN
3. SUCCESS STORIES
4. NOSOCOMIAL INFECTIONS REPORT
5. AGREEMENT LETTERS WITH UNIVERSITIES
6. M-LEARNING MSM
7. ORGANIZATIONAL CHART

ACRONYMS/ABBREVIATIONS

AIDS	Acquired immune deficiency syndrome
ANOVA	Analysis of variance
AOTR	Agreement Officer's Technical Representative
ART	Antiretroviral treatment
ASOVIHSIDA	Asociación Costarricense de Personas Viviendo con VIH-SIDA
BFLA	Belize Family Life Association
CBO	Civil based Organization
CDC	Control Disease Center
CENDEIS	Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social
CoC	Continuum of Care
CODESIDA	Coordinadora Departamental de la Lucha contra el SIDA
COMUREVIH-D	Comisión Multisectorial de Respuesta al VIH en Desamparados
CRSSI	Costa Rican Social Security Institute
CUM	Centro Universitario Metropolitano
FBO	Faith based Organization
FYII	Fiscal Year II
GD	General Director
GGP	Genesis Group of Panama
GO	Governmental Organization
HIV	Human immunodeficiency virus
HR	Human Resources
HRH	Human Resources for Health
HRIS	Human Resources for Health Information System
ID	Identification Document
IEPROES	Instituto Especializado de Educación Superior de Profesionales de la Salud de El Salvador
iHRIS	Human Resources Software System
IT	Information technology
LEAD	**L**eadership and Advocacy **E**xpand country leadership investments **A**lign our workforce and business systems **D**evelop our resource base
LFP	Learning for Performance
MARPS	Most at risk populations
MOE	Ministry of Education
MOH	Ministry of Health
NAC	National AIDS Commission
NAP	National AIDS Programme
NC	North Carolina

NDACC	National Drug Abuse Control Council
NGO	Non-governmental Organizations
NIT	Número de identificación tributaria
PASMO	Pan American Social Marketing Organization
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PI	Perfomance Improvement
PLH	People Living with HIV
PMP	Performance Monitoring Plan
PROBIDSIDA	Fundación Pro-Bienestar y Dignidad de las Personas Afectadas por el VIH/Sida
REDCA+	Regional Network of PLH+
SAT	Superintendencia de Administración Tributaria
SM&E	Supervision, Monitoring and Evaluation
SMS	Short messaging service
STI	Sexually Transmitted Infections
TA	Technical Assistance
TB	Tuberculosis
URC	University Research Corp., LLC
USAID	United States Agency for International Development
VCT	Voluntary Counseling Test
VPN	Virtual Private Network
WHO/PAHO	World Health Organization/Pan American Health Organization

EXECUTIVE SUMMARY

The purpose of the USAID|Central America Capacity Project is to provide technical assistance (TA) and to contribute to the objectives of the PEPFAR Regional HIV/AIDS Plan for Central America in five countries: Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala and Panama. This report covers Project Year 2, from October 2010 to September 2011.

The Project Works under five results:

Result 1, Performance Improvement (PI): The Project conducted seven workshops to transfer the PI methodology to national counterparts, one in each country and three in Costa Rica that is institutionalizing PI into their national quality policy and norms. The project has certified 234 Ministries of Health (MOH) functionaries and the Costa Rican Social Security Institute (CRSSI) as competent in the methodology.

The Project conducted 37 follow up PI measurements for facilities that had a baseline and 20 additional initial measurements for a total of 57 participating facilities (106% of the target). Costa Rica had the highest overall performance score (86% in follow up measurements and 72% for the initial measurement) followed by Panama (66%/46%), El Salvador (58%/50%), Belize (53%/49%), and Guatemala with the lowest average performance score (60%/28%).

Nineteen of the 37 health facilities with a second measurement improved their overall score[1] over the baseline, 30 facilities are above the expected performance level[2] (55% for Year 2), and seven hospitals had a low performance score. Fifty-six facilities have an intervention plan to close gaps developed by a multidisciplinary team and, in the majority of hospitals, with support of local and central level authorities.

Result 2, In-Service Training: The Project certified 89 trainers as competent in the Learning for Performance (LFP) methodology, 95% of the target. A total of 1,471 health providers achieved competency through an in-service training (302 doctors, 537 nurses and 632 other professions including: administrators, operational personnel, psychologists, social workers, and nutritionists).

Result 3, Pre-Service Training: The Project made strategic alliances with 10 universities for pre-service training. The process for updating the VCT curriculum was finalized in four countries with the commitment of the local universities to include it in their nurses training programs, and in the case of El Salvador, in the Matías Delgado Medical School. The finalization of the educational materials and letter of commitment from the university authorities are still pending in Costa Rica which has expressed an interest in implementing the curriculum in the eight nursing schools there. The Project trained 28 faculty members in LFP, 93% of the target. Afterwards, they trained 403 people, 106 faculty and 297 students in the new VCT curriculum, 76% of the target. Guatemala rescheduled its faculty and student trainings for Year 3 due to constant strikes in the University and the MOH, and

[1] *Improving the overall performance score:*
*-If in the previous measurement the facility obtained between **85% - 100% it belongs in GREEN,** and should **maintain its score above 85%** in the follow up measurement.*
*- If in the previous measurement the facility obtained between **60% - 84% it belongs in YELLOW** and should increase a **minimum of 10% in** the follow up measurement **or change to GREEN***
*- If in the previous measurement the facility obtained between **0% - 59% it belongs in RED** and should increase a **minimum of 20%** in the follow up measurement **or change to YELLOW.***
[2] The desired performance for each health facility is 85% after 5 project years. For year 2 it is 55%

also a result of disruptions from the national elections. Ten universities participated in the National Student Testing days. They provided VCT to 2,839 students surpassing the target (218%). Five tests were positive, 3 males and 2 females, all in El Salvador.

Result 4, Information Technology: The Guatemalan and Salvadoran MOH will decide upon the platform to use to implement their Human Resources for Health Information (HRIS) system. They are evaluating iHRIS as a possible option that could meet all of their needs in both countries. In Costa Rica, the Project will support the CRSSI/CENDEISS in updating their training module through technical and financial assistance to cleanse and migrate their existing data to the new system. In terms of mobile learning (m-Learning) the Project sent quizzes utilizing short messaging service (SMS) to the cellular telephones of 42 participants in the CoC network diploma course. The results in terms of a possible boost in learning for those who received the messages compared to those who did not, were inconclusive. Next year the Project will conduct another trial of m-Learning technology using a revised methodology.

Result 5, Systemization and Institutionalization of Performance Improvement: The PI manual has been validated in all five countries. However, each country is in a different stage of the systemization process. Costa Rica initiated the institutionalization within the CRSSI Framework for Guaranteeing Quality. Guatemala, which has advanced in empowering the local counterpart in PI, has the support of the Minister of Health to institutionalize PI through a Ministerial Decree. However, the process there is stalled pending the change of government in January 2012. Panama plans to institutionalize PI in 2012 through the Sub-Directorate of Population Health of the MOH. Meanwhile, in El Salvador y Belize there is a high level of acceptance of the methodology, but no concrete steps have been taken to institutionalize it in those two countries.

Financial execution at the end of year 2 rose to 81% of the available funds. The cumulative execution for the first two years of project implementation was 86% of the total amount obligated.

During the second year the Project strengthened its leadership in the region consolidating its strategic alliances with the counterparts, principally with the MOH and CRSSI which have adopted the PI methodology. All of the countries have an installed capacity to implement PI which contributes to its sustainability.

The principal challenge facing the Project is with in-service training, given that the LFP methodology requires the completion of activities prior to and after the training event to assure that the health providers are improving their performance in-service.

I. REGIONAL RESULTS

RESULTS

The Project contributes to the following five results.

- Result 1: Performance Improvement (PI) and Continuum of Care (CoC).
- Result 2: In-service training for human resources for health (HRH) and training for participants in the networks (governmental NGOs and Civil Society)
- Result 3: Strengthening of pre-service training for treatment providers, with updated information on HIV/AIDS and increase access to early diagnosis through voluntary counseling and testing.
- Result 4: Development and use of information technologies for distance learning and a training database.
- Result 5: Systematization and institutionalization of PI.

Detailed results are showcased in the Performance Monitoring Plan (PMP) Annex 2.

1. PERFORMANCE IMPROVEMENT –PI– AND CONTINUUM OF CARE –CoC-

Improve HIV/AIDS provider performance and integrate treatment with community-based support ensuring complementarity and prevention promotion.

➢ PERFORMANCE IMPROVEMENT –PI–

Project Year 2 activities began with negotiations and advocacy work with the central level Ministries of Health (MOH) and Costa Rica Social Security Institute (CRSSI) authorities to expand PI from 33 hospitals in Year One, to the five year target of 54 facilities. As a result of the accumulated credibility and local empowerment that the Project has established, 57 service facilities across the region joined the program: 55 hospitals, one health center and one private clinic.

However, three countries requested a further expansion. Belize added the private Belize Family Life Association, which provides reproductive health services in the southern hospital of Punta Gorda. El Salvador added the Hospital Saldaña and Panamá included the Hospital Rafael Hernández in Chiriquí. In Costa Rica, the Hospital Calderón Guardia opted not to participate.

Each country conducted a workshop to transfer the methodology to the local counterpart. In order to foster sustainability, the project assured that the counterpart officials were empowered with an installed capacity to conduct the methodology. Workshop participants included: central level officials; technical officers of the National HIV/AIDS/STI Programs (NAP), and representatives of the Quality Control departments of the selected hospitals.

The multisectoral National AIDS Commission in Belize had an active role in the methodology transfer workshop. The NGOs and civil society representatives of most at risk populations (MARPS)

participated in the definition of standards to incorporate the user perspective into the measurement instruments.

Costa Rica conducted three PI methodology transfer workshops. One workshop was for officials of the CRSSI. Another workshop was conducted for the regional units of the MOH to promote decentralization involving the institution that is the rector for public health. The third workshop had the objective of institutionalizing the methodology within the framework of the Quality Guarantee Model implemented by the Health Services Development Directorate, the achievements will be reported next quarter in result 2. This last workshop counted with the approval of the CRSSI Medical Management and participation of the National Hospitals Outpatient Care Directors and staff from the CRSSI central level.

The implementation of PI in El Salvador encountered a significant delay due to internal reorganization in the Quality Committee of the MOH. Nevertheless, the Project achieved its annual targets by the end of Year 2. In addition to the NAP, the TB program also participated in the transfer workshop due to their interest in implementing the methodology.

In Guatemala, in addition to the Vice Minister for Hospitals and the NAP, the local level has personnel qualified to conduct the methodology.

Each country validated the PI instruments in accordance to their national context. In 4 countries the instruments had an average of 300 performance standards across 18 service areas. In El Salvador 12 priority services are included in PI due to the need to take into account that URC supports the MOH with the Collaborative Groups methodology in maternal/neonatal health for which reason these services were not included in the project PI instruments there.

Of the 57 health facilities implementing PI, 37 with a baseline measurement from Year 1 conducted a second measurement and the other 20 facilities carried out their initial performance measurement. The measurements are conducted annually by a team consisting of official from the central level of the MOH/CSRSSI and project staff.

56 facilities have an intervention plan that includes activities to close the performance gaps identified in the PI measurements. Hospital Santo Tomás in Panamá does not have an intervention plan because the multidisciplinary team could not meet to finalize it due to their multiple responsibilities. Activities to close gaps in the intervention plans include: training workshops; dissemination of policies and protocols; management of supplies and resources such as emotional intelligence to deal with attitudinal gaps.

Table 1 lists the hospitals implementing PI by country and year of initiation of the activity.

Table 1: Health Services Implementing Performance Improvement Strategy per Country

USAID | Central America Capacity Project Interventions	Belize	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Panamá
37 Service interventions in year 1, **(Oct 2009- Sep 2010)**	1. Karl Heussner Memorial 2. Orange Walk 3. Cleopatra White 4. Corozal 5. Policlínica Belize Family Life Association **(new)**	1. San Rafael Alajuela 2. De las mujeres 3. México 4. Cartago 5. San Juan de Dios	1. San Juan de Dios Santa Ana. 2. Dr. Jorge Mazzini. Villacorta Sonsonate. 3. Saldaña **(new)** 4. San Rafael La Libertad. 5. Santa Gertrudis San Vicente. 6. San Juan de Dios San Miguel. 7. La Unión.	1. Coatepeque 2. Huehuetenango 3. Quetzaltenango 4. San Benito Petén 5. Amistad Japón 6. Infantil-Elisa Martínez 7. Cobán 8. Antigua Guatemala 9. Cuilapa 10. Escuintla 11. San Vicente 12. Zacapa	1. Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid 2. Del Niño 3. Manuel Amador Guerrero 4. Aquilino Tejeira 5. Nicolás A. Solano 6. Santo Tomás 7. José Domingo Obaldía**(new)** 8. Regional Rafael Hernández
20 Service interventions in year 2 **(Oct 2010- Sep 2011)**	6. Dangriga 7. Punta Gorda **(new)**	6. San Carlos 7. Niños 8. Limón 9. Puntarenas 10. Pérez Zeledón 11. Calderón Guardia **(eliminated)**	8. Ahuachapán 9. Morazán 10. De niños Bloom 11. Rosales 12. Chalatenango	13. Suchitepéquez 14. Retalhuleu	9. Pediátrico del Seguro Social 10. Kuna Yala 11. de Los Santos 12. de Bocas del Toro 13. Veraguas 14. Herrera

Achievements:

Table 1.1 presents the PI results indicators that measure results 1.1.1 and 1.1.2, and impact indicators 1.1.3 to 1.1.5 with the Year 2 target and achievement.

The two results indicators surpassed the target. 57 health facilities (106%) completed the PI measurement and 56 have an intervention plan. It is worth, noting that in every country and the majority of the hospitals, the authorities and a multidisciplinary team are committed to interventions to close performance gaps. For each intervention they identify key persons responsible for monitoring compliance. The USAID|Central America Capacity Project Country representative and officials from the central level perform follow up visits to the health facilities. This dynamic has strengthened the monitoring and evaluation processes and supervision at the central level.

Table 1.1: Indicators for Result 1: Performance Improvement for quality of health services that provide comprehensive care and treatment of HIV. Achievements against annual targets

#	INDICATOR	Annual Target	Achievement
1.1.1.	**% of health services that have completed a performance measurement in the reporting period**	100% *(54 out of 54)*	**106%** (57 out of 54)
		54 services were programmed to be measure, including 20 first measurements and 34 follow-up measurements. 57 health services were measured during the year, 20 baseline measurements and 37 follow-up measurements	
1.1.2	**% of health services that have completed a performance improvement intervention plan based on the last measurement**	100% (54 out of 54)	**104%** (56 out of 54)
1.1.3	**% of health services that accomplished a "good" result of their intervention plan to close performance gaps**	40% *(16 out of 36 health services are required to reach the 40% for the region)*	**8%** *(3 out of 36)*
	The achievement of the annual target will be split according timing of measurements ***See table 1.2 Health Services with follow-up measurements*** ***Time since last measurement*** / ***Target*** Less than one quarter: Not Applicable Less than 2 quarters: Health services must complete a minimum 40% of the intervention plan Less than 3 quarters: Health services must complete a minimum 60% of the intervention plan Less than 4 quarters: Health services must complete a minimum 80% of the intervention plan	*Of the 54 services that were measured during the year, only 36 required a follow-up plan since 18 services had received a measurement in the last quarter and were not required to report on their intervention plan.* *During the quarter, 19 facilities were measured before this quarter; three of them achieved the minimum percent of the target.*	
1.1.4	**% of health services that improved their global rating with regards to their last performance improvement measurement** ***See table 1.3 Health Services with follow-up measurements*** ***Global Performance Improvement measurement:*** ***If the health service achieved between 85-100% in its last measurement, it is categorized as GREEN and it must maintain a rating above 85% in the following measurement*** ***If the health service achieved between 60-84% in its last measurement, it is categorized as YELLOW and it must increase its rating by at least 10% in the following measurement or move to the GREEN category*** ***If the health service achieved between 0-59% in its last measurement, it is categorized as RED and it must increase its rating by at least 20% in the following measurement or move to the YELLOW category***	50% *(need at least 18 out of 34 to achieve 50% target for the country)*	**56%** *(19 out of 34)*
		Of the 34 services which required a follow-up measurement during the quarter, 3 more were measured to complete 37, of which 19 improved their rating with regards to their baseline.	
1.1.5.	**% of health services with expected improvement** ***See table 1.4 health services with follow-up measurements and % of activities achieved to close gaps*** *Expected Improvement* *# of health services with Expected Improvement:* *-health services obtaining 55% in the second measurement*	70% *(need at least 26 out of 34 to achieve 70% target for the country)*	**88%** *(30 out of 34)*
		Of the 34 services which required a follow-up measurement, 37 have been measured which 30 have achieved the target.	

Source: SM&E

In terms of the impact indicators: Indicator 1.1.3 has a target that 16 of 36 health facilities (40%) will reach a percentage of compliance with the intervention plan in relation to the previous PI measurement.[3] Based on this criterion, the PI team should make three follow up visits a year to 36 facilities; at each visit, each facility must have improved their compliance score by a pre-determined percentage. At the end of three visits, each facility, should in theory, have closed 80% of the gaps identified in the intervention plan. Only facilities that have achieved the 80% target after 3 visits are counted towards the indicator.

For the 18 facilities measured in the last quarter of Year 2, the 3 visit goal does not apply for this reporting year; the follow-up visits will begin in the next reporting year. All of the facilities received at least one follow up visit and none had the three planned visits. For this reason the indicator should be modified since, realistically, the time limitations of central level officials make it impossible to comply with a visit to each facility every quarter. In the current year, we propose internal monitoring as part of the sustainability. In that sense, the facility authorities and multidisciplinary teams must follow up their plans every quarter and the external team will participate at least two times a year. For the final quarter, this indicator achieved 8% of the target which means only three facilities implemented an intervention plan to close 80% of the gaps. This datum does not

[3] Compliance with the intervention plan following the last measurement: in the first quarter the services must comply with a minimum of 40% of the intervention plan. In the second quarter with a minimum of 60% and in the third quarter with a minimum of 80%

correspond to the rest of the impact indicators since 19 of the 36 facilities with a follow up measurement improved their performance. One explanation is that the intervention plans prioritize fewer gaps that are really the object of the intervention. For that reason the intervention plan is a more dynamic tool and should be modified as advances are monitored.

The target for indicator 1.1.4 specified that 18 of the 34 health facilities with a second measurement improve their overall performance[4] with respect to its previous measurement, to reach the target of 50%. The Project achieved 56% improvement given that 19 facilities improved (see Table No. 1.1).

Two hospitals in located in the north of Belize (Corozal and Orange Walk) improved from the red to yellow categories. Both facilities have an empowered administrative team determined to improve performance. This commitment is reflected in the improved overall results of the second measurement as compared to the baseline. In the rest of the facilities, the gaps were principally due the shortage and high turnover of human resources. Many of the personnel are Cuban, who offer their services for short periods and require constant training and orientation. The Karl Heussner Hospital is the only tertiary-level hospital in the country. As such, this hospital is very busy with a high patient case load and complex cases; patient consultation is rapid and service delivery is not always performed according to standards.

In Costa Rica, Alajuela y México hospitals raised their overall performance score above 80% and all ten hospitals have percentages above 70% locating them in the yellow and green categories. The progress in Costa Rica is largely due to the fact that hospitals have a budget for closing gaps related to supplies and equipment. Furthermore, the infrastructure in most of the hospitals is adequate. Physical space limitations, when they present themselves, are quickly resolved by fixing up another space that is underutilized. The local authorities and central level are empowered by the methodology which enables them to rapidly implement gap-closing activities.

Four hospitals in El Salvador (San Vicente, Santa Ana, San Miguel and Sonsonate) improved their rating from red to yellow categories obtaining a percentage above 60%, as a result of new or improved infrastructure. Moreover, the local teams were motivated to implement interventions. The Limón and Saldaña hospitals remained in the red category, meanwhile San Rafael dropped 4% and remained with an average of 60%. Certain performance components lowered their scores for lack of supplies and resources as part of a persistent national environmental situation.

Guatemala is the country with the most hospitals (Antigua, Escuintla, Cobán, Cuilapa, Quetzaltenango and Huehuetenango) that improved their performance category. The Guatemalan central level ministerial authorities and local multidisciplinary teams are committed to the PI methodology. In spite of the fact that the MOH is encountering budget cuts, the hospitals maintained and/or improved their performance as a result of negotiations with private institutions and other entities. Coatepeque hospital maintained itself in the yellow category and four hospitals with a second measurement have a percentage below 60% (in red). However, it should be noted that the hospitals in red improved their performance between 15 and 19% which is meaningful given the difficult situation they are encountering.

[4] If the health service achieved between 85-100% in its last measurement, it is categorized as GREEN and it must maintain a rating above 85% in the following measurement
If the health service achieved between 60-84% in its last measurement, it is categorized as YELLOW and it must increase its rating by at least 10% in the following measurement or move to the GREEN category
If the health service achieved between 0-59% in its last measurement, it is categorized as RED and it must increase its rating by at least 20% in the following measurement or move to the YELLOW category

Five hospitals in Panamá (Santo Tomás, Del Niño, Nicolás Solano, Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid and Dr. Manuel Amador Guerrero) improved their performance. Activities to close performance gaps included: training workshops; sensitizing and motivation meetings; and supply management for service delivery. The other hospitals worked to complete their proposed activities, but did not achieve the goal due to multiple causes: they initiated administrative procedures, but did not receive a response from their superiors; lack of time since the procedures and implementation for closing gaps are above and beyond their normal duties; and lack of funds for purchasing supplies and other resources.

Table 1.2: Performance Improvement for Quality of Health Services: Comparing previous and follow-up measurements

Health Services	Results obtained in the previous measurement	Results obtained during follow-up measurement	Difference in percentage	Performance Improvement for Quality
Belize				
Hospital Comunitario Corozal	37%	60%	23%	Achieved (Δ > 20%)
Hospital Regional Orange Walk	57%	62%	5%	Achieved (changes category)
Hospital Karl Heusner Memorial	44%	48%	4%	NOT Achieved
Centro de Salud Cleopatra White	38%	40%	2%	NOT Achieved
Policlínica de BFLA	60%	57%	-3%	NOT Achieved
Costa Rica				
Hospital de Alajuela	89%	96%	7%	Achieved (Δ > 2%)
Hospital México	70%	89%	19%	Achieved (Δ > 10%)
Hospital Max Peralta de Cartago	76%	81%	5%	NOT Achieved
Hospital de las Mujeres	79%	81%	2%	NOT Achieved
Hospital San Juan de Dios	74%	83%	9%	NOT Achieved
El Salvador				
Hospital Nacional de San Vicente	43%	62%	19%	Achieved (changes category)
Hospital Nacional de Santa Ana	56%	61%	5%	Achieved (changes category)
Hospital Nacional de San Miguel	53%	68%	15%	Achieved (changes category)
Hospital Nacional de Sonsonate	57%	68%	11%	Achieved (changes category)
Hospital Nacional de La Unión	54%	42%	-12%	NOT Achieved
Hospital Nacional de San Rafael	64%	60%	-4%	NOT Achieved
Hospital Nacional de Saldaña	33%	46%	13%	NOT Achieved
Guatemala				
Antigua Guatemala	34%	64%	30%	Achieved (Δ > 20%)
Cuilapa	48%	70%	22%	Achieved (Δ > 20%)
Escuintla	42%	65%	23%	Achieved (Δ > 20%)
Cobán	34%	59%	25%	Achieved (Δ > 20%)
Quetzaltenango	56%	64%	8%	Achieved (changes category)
Huehuetenango	56%	60%	4%	Achieved (changes category)
Coatepeque	62%	61%	1%	NOT Achieved
San Vicente	40%	55%	15%	NOT Achieved
Amistad Japón	41%	58%	17%	NOT Achieved
Elisa Martínez Infantil	36%	51%	15%	NOT Achieved
Zacapa	35%	54%	19%	NOT Achieved
San Benito Petén	36%	55%	19%	NOT Achieved
Panamá				
Hospital Santo Tomás	57%	85%	28%	Achieved (Δ > 20%))
Hospital del Niño	61%	82%	21%	Achieved (Δ > 20%)
Hospital Regional Nicolás A Solano	51%	71%	20%	Achieved (Δ = 20%)
Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid (Panamá)	54%	72%	18%	Achieved (changes category)
Complejo Hospitalario Dr. Manuel Amador Guerrero Colón)	48%	65%	17%	Achieved (changes category)
Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía	52%	59%	7%	NOT Achieved
Hospital Dr. Rafael Hernández L.	48%	56%	8%	NOT Achieved
Hospital Regional Aquilino Tejeira (Penonomé)	32%	39%	7%	NOT Achieved

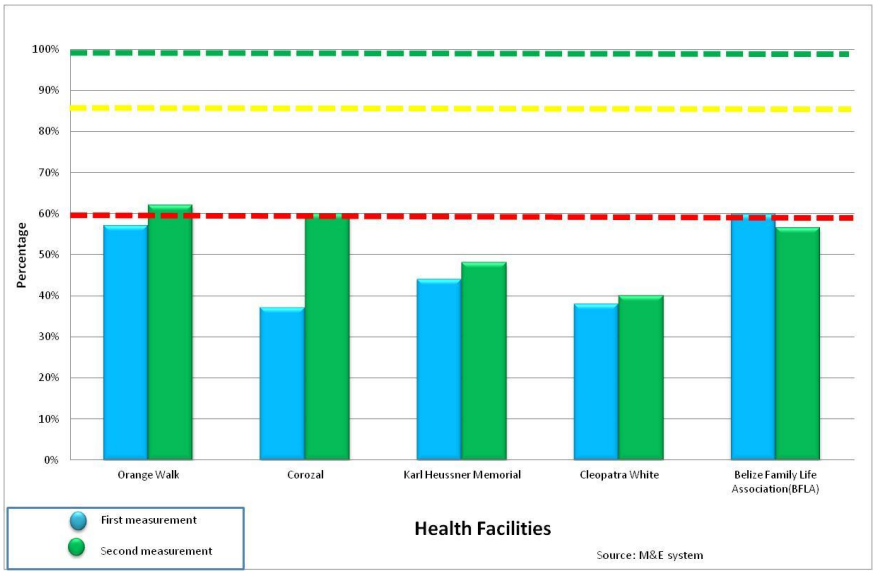
Source: SM&E

In relation to indicator 1.1.4 that reflects the number of facilities with expected performance[5] above 55% (26 facilities of 34), the target was surpassed. Thirty seven facilities were measured of which thirty reached a performance above 55%.

Seven hospitals had a low performance score: Karl Heussner and Cleopatra White in Belize; La Unión and Saldaña in El Salvador; Hospital Infantil de Izabal and Zacapa in Guatemala and Aquilino Tejereira in Panamá. These hospitals will be closely monitored in the coming year with an expected performance of 65%. Comparative results between first and second measurements across 37 hospitals are highlighted in Figures 1 through 5.

As shown in Figure 1, four out of five hospitals improved their performance in the second measurement. The Belize Family Life Association Clinic had a decrease due to limitations in space and infrastructure that they will resolve in the coming months by moving into a new facility. The Hospital in Corozal has an empowered and determined administration to improve performance which is reflected in the improvement in the overall performance score between the second measurement and the baseline. The rest of the hospitals had a slight improvement in comparison to the baseline. The challenge for Year 3 will be to strengthen the implementation of the methodology as well as to empower the management and multidisciplinary teams in teamwork and the search for best practices for improved performance.

Figure 1: PI Measurement Results for Belize:
Comparing first and second measurements (2010-2011)

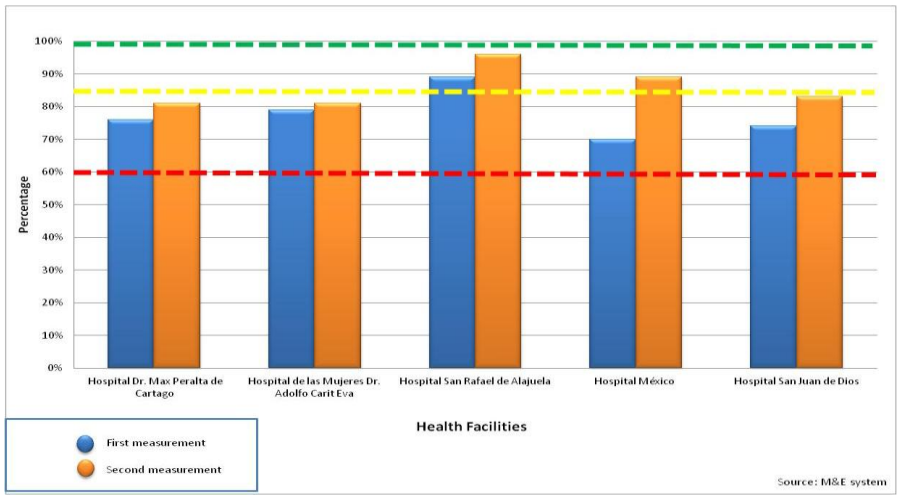


In Costa Rica the hospitals with a second measurement achieved an important improvement in their overall performance scores. Two hospitals moved into the yellow category, which signifies they are in the desired performance range. The biggest challenge confronting these hospitals is maintaining and improving their compliance with performance standards. The executive and multidisciplinary teams took the following actions: revised and disseminated the norms and protocols; oriented all levels about HIV in general with an emphasis on stigma and discrimination; updated national bio-

[5] The desired performance for each health facility must be 85% by the end of the fifth year of the Project. For year 2 it is 55%.

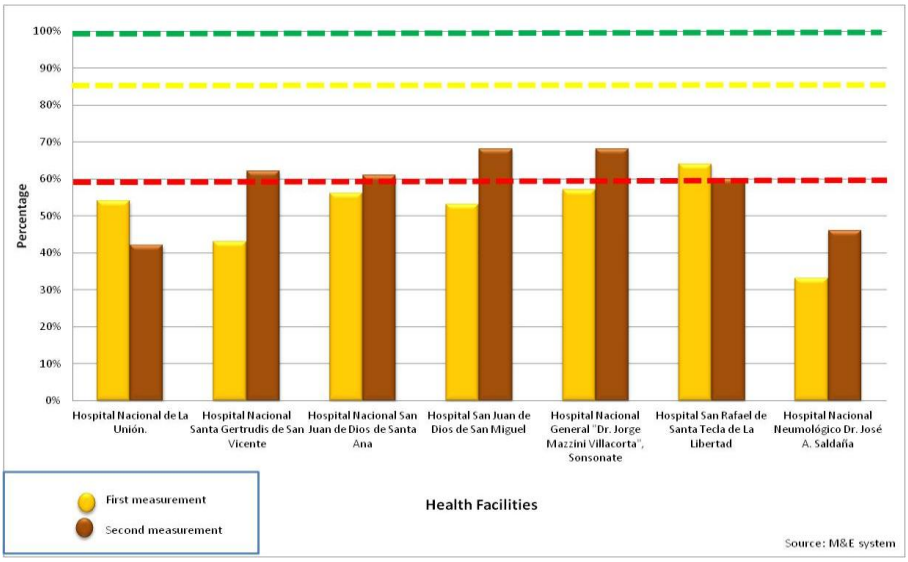
safety norms; and undertook internal and external transactions that enabled them to improve performance.

Figure 2: PI Measurement Results for Costa Rica:
Comparing first and second measurements (2010-2011)



In El Salvador, the MOH is currently developing a new quality policy and experiencing a change in decision makers; this situation has contributed to noteworthy delays in programming the second measurements in all hospitals. The Project conducted the measurements during the last quarter and five of the seven hospitals improved their performance over the baseline. The teams worked intensely through internal management, trainings and enforcing compliance with norms and protocols. It is important to note that the hospital network in El Salvador is going through a supply stock-out crisis, especially for infection prevention, which has repercussion for the hospitals' overall performance in general. The hospitals of La Unión and San Rafael decreased in their overall performance score due to lack of compliance of the infrastructure, and lack of equipment and materials that did not meet the performance standards.

Figure 3: PI Measurement Results for El Salvador:
Comparing first and second measurements (2010-2011)



Guatemala implemented the PI methodology in fourteen hospitals of which thirteen increased their score on the second measurement. The hospitals of Cuilapa, Quetzaltenango, Escuintla and Antigua Guatemala passed from red to yellow due to their work in closing performance gaps. The Amistad Japón, Cuilapa and Escuintla hospitals implemented intra and extra hospital management and dialogue procedures with organizations from: governmental, non-governmental; and the private initiative sectors to leverage support for closing gaps of which a number of success stories have been documented (Annex 3).

Despite the budget situation and other documented difficulties in the country, staff in Guatemalan facilities has made an extraordinary effort to close performance related gaps through the creative use of existing resources and leveraging internal and external support (Figure 4). Examples include: the opening of the blood bank in Amistad Japón; the refurbishment of the blood bank in Huehuetenango; the remodeling of the infrastructure of the pharmacy, and obstetric emergency in Cuilapa; and the construction of an outpatient facility, the reconstruction of the HIV clinic and repair of air conditioners in Escuintla. Only the hospital of Coatepeque had a minimal decrease due to the lack of supplies and resources for its functioning which was demoralizing for its health workers.

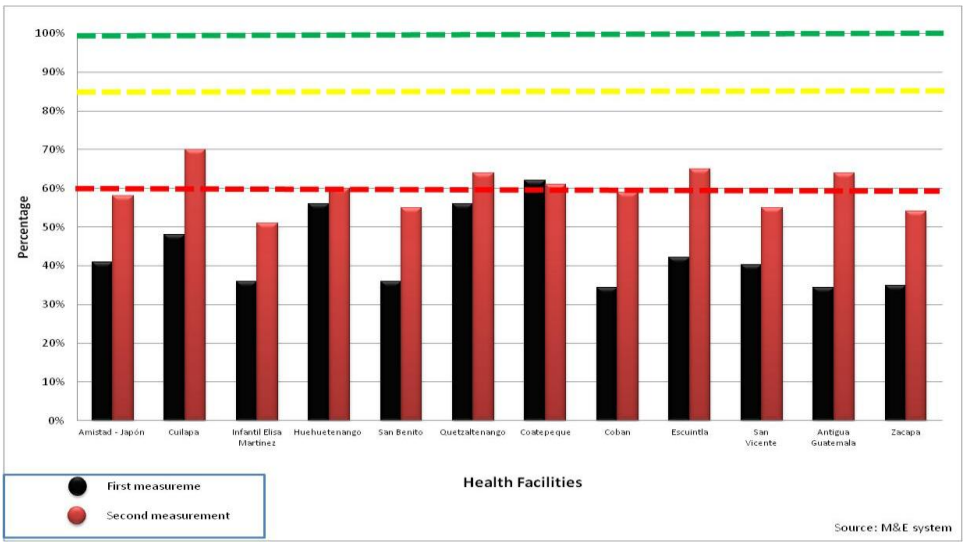
In Guatemala a study was conducted about nosocomial infections situational diagnosis in 10 hospitals in order to identify strategies to highlight gaps and or opportunities in the surveillance system (annex 4).

Findings: There is no culture of information and knowledge of reporting and monitoring system of official results of nosocomial infection and an absence of official notification to higher levels, (Deputy Minister of hospitals and National Epidemiology Center), the key actors in the generation of resources and skills development in the prevention and control of nosocomial infections. The organization and functions of nosocomial infection committees do not have updated manuals that have been disseminated in order to guide the planning, monitoring, evaluation and control of related activities.

There is no compliance with bio-safety standards, primarily hand washing. Only 57% of staff assessed in 10 hospitals and 28% of evaluated health workers wash their hands before a procedure, and of these only 26% meet the parameters for good hand washing.

This study will be submitted to MOH to help reorient the epidemiological surveillance system and strengthen bios-safety measures to prevent hospitals infections.

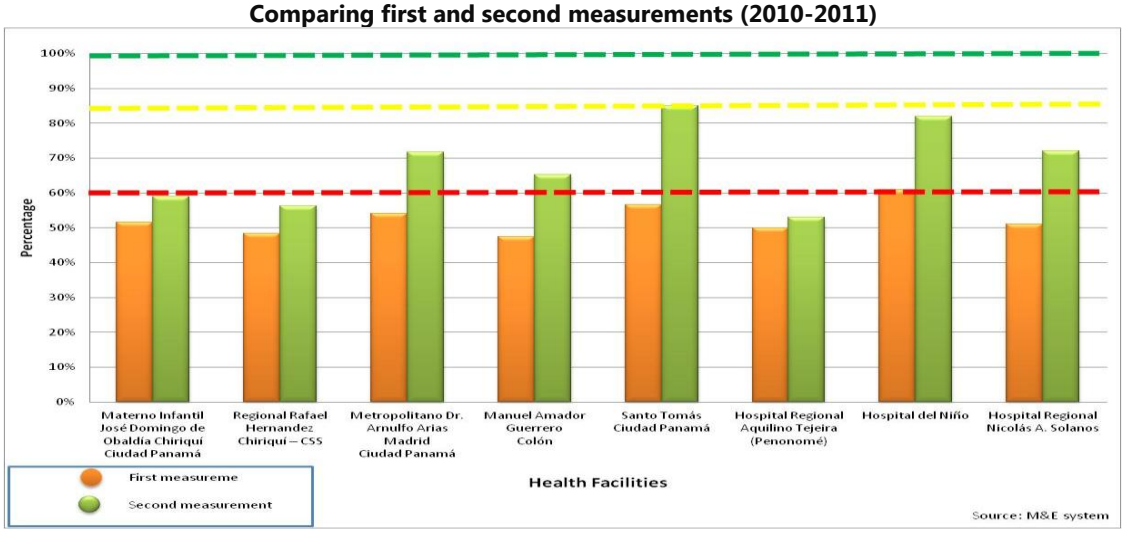
Figure 4: PI Measurement Results for Guatemala:
Comparing first and second measurements (2010-2011)



All of the hospitals in Panama showed an improvement in the second measurement compared to the baseline (Figure 5). Three of the eight hospitals rose from the red to yellow category. The efforts in Panama focused on: the integration of hospital services and the HIV clinics; and training in bio-security, stigma and discrimination, and counseling.

The Santo Tomás hospital, which advanced most, developed key actions such as surveillance with compliance with bio-safety measures and created a Quality Committee charged with monitoring compliance with the performance improvement plan.

Figure 5: PI Measurement Results for Panama:
Comparing first and second measurements (2010-2011)



Twenty new baselines in total were conducted in the five countries (Figures 6 & 7). Belize and Guatemala added two facilities each; Panama six; and Costa Rica and El Salvador five each. Thirteen of the hospitals measured were below 60% in overall performance. In Costa Rica the five hospitals measured were between 60 to 84%. Results for two hospitals in Panama are between 60 y 65%.

Figure 6: Results from the first service performance measurements in Belize, Guatemala and Panama

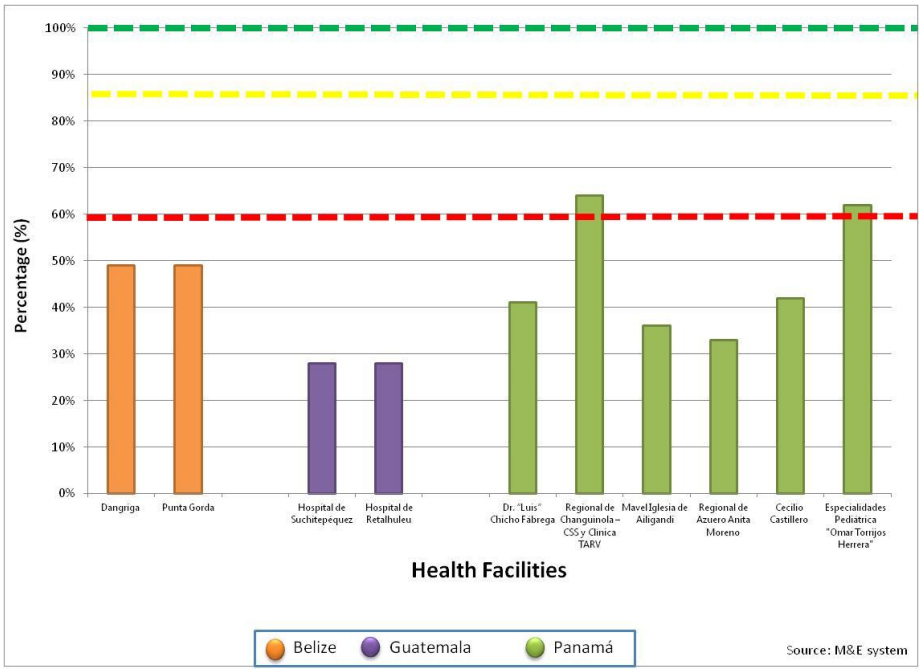
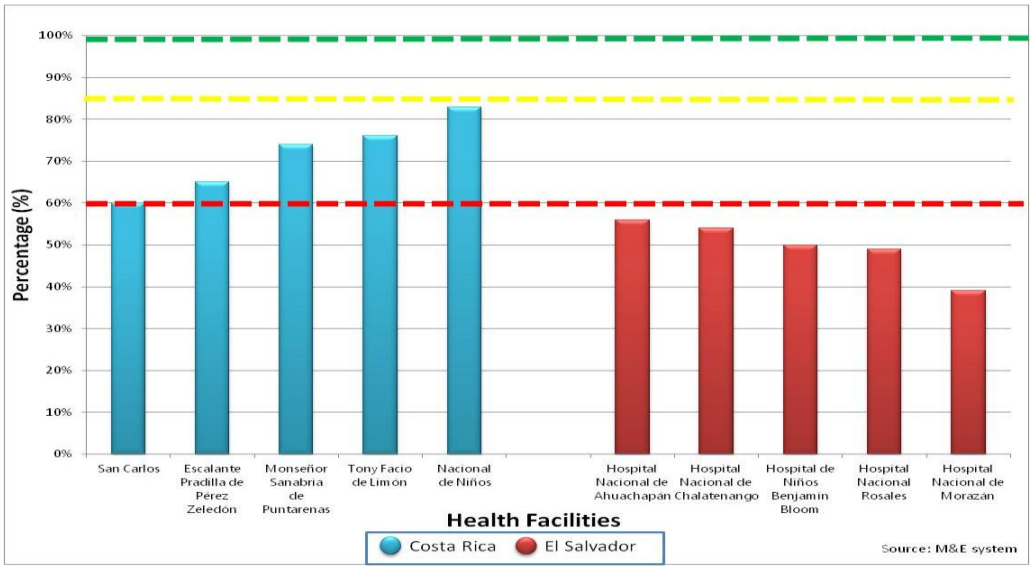


Figure 7: Results from the first service performance measurements in Costa Rica and El Salvador



➢ THE CONTINUUM OF CARE – coc -

The Project disseminated and validated the CoC operational proposal in all five countries linking the document to the CoC strategy. Each country has a situational analysis of the articulation of the community with the health services. Networks were constituted through mutual agreement with the official local counterpart:

• Belize: Orange Walk District in the North,
• Costa Rica: Cantón Desamparados to the south of San José,
• El Salvador: Department of La Unión, in the east of the Country,
• Guatemala: Department of Escuintla, in the South of the Country,
• Panamá: Province of Colón, northeast of Panamá City.

All of the multisector CoC networks established an organizational and functional structure and elaborated a strategic plan including: a mission statement; a vision; objectives; values; commissions; and an organizational chart.

Belize:

The network consists of:

- MOH
- The National AIDS Commission (NAC)
- Youth for the Future
- Ministry of Human Development)
- BFLA
- Ministry of Education and Youth
- National Drug Abuse Control Council (NDACC)
- Go Joven
- Red Cross
- REDCA+ (Regional Network of PLH+)

The network revised the PI instrument as applied to CoC and discussed the performance standards. The performance measurement will be during the first quarter of the next Project year.

Costa Rica:

Various GOs and NGO/FBO/CBOs joined with the Multisectoral Response to the HIV in Desamparados Commission (COMUREVIH-D) including, among others: MOH; MOE; Hospital San Juan de Dios; Women's Hospital; the National Learning Institute; Red Cross; ASOVIHSIDA; Lutheran Church, Cantonal Committee for Youth; House of Hope; and Costa Rican Demographic Association. This network developed its: mission, vision, objectives; and strategic plan.

COMUREVIH-D revised its performance standards and created four sub-commissions. The Commission will conduct its first application of the standards this coming quarter.

El Salvador

The network consists of:

- MOH
- Social Security Institute
- Médicos del Mundo
- MOE
- Military Health Batallion
- The Navy
- Gay Stars of the Gulf Association
- Evangelical Churchs
- Human Rights Advocate
- Ministry of Labor
- Sex Workers Group of La Unión
- Prison Centers/Ministry of Justice

The member organizations signed a memorandum of understanding to confirm their commitments. The group validated their PI measurement instruments and conducted their first assessment with an overall performance score of 27% compliance with the standards they had established. After analyzing causes of the performance gaps, they developed an intervention plan with short, medium and long term activities to be carried out by all CoC network members.

They also initiated a referral and response system to guarantee a comprehensive care for the PLH+ and are establishing norms and procedures to guarantee timely referrals and responses including:

- ✓ Coverage/scope and levels of care in the CoC area;
- ✓ Organizations present of the areas and levels of care;
- ✓ Typ of services provided by network participants;
- ✓ Procedures for referrals and counter-referrals (formats, communication channels, and flow charts); and
- ✓ Resources and transport systems available to clients.

After defining these items, the Project will train the providers to assure the functioning of the system.

Guatemala:

Escuintla was selected for the implementation of the CoC network building on a previous multisector initiative. CODESIDA (Departmental Council for AIDS), is made up of governmental organizations (GOs) and NGO/FBO/CBOs. It conducted meetings to disseminate the CODESIDA CoC strategy including: first the situational assessment; and then a meeting to initiate strengthening of the network, following the project CoC guidelines.

They identified fourteen performance components and, according to their initial measurement, the components with the best compliance were clinical care and treatment. Those with the largest opportunities for closing performance gaps were pre and post-test counseling, support services,

promotion and management. There are also resource gaps for guaranteeing the existence of screening tests for everyone ;and the confidence of the results.

The network still does not have a training plan for the management component nor a financial sustainability plan. Also lacking, is a mechanism to identify client satisfaction and how to use the information for decision-making. The network members are motivated to close gaps and disposed to develop intervention plans. Members of the network are participating in the Project diploma course for activists.

Panamá

The province of Colón in Panamá was selected for implementation of the CoC strategy. The situation analysis was completed in January with the collaboration of the NAP, and the NGOs PROBIDSIDA, Grupo Génesis Panamá + (GGP+) the Provincial AIDS Program.

The City of Colón has ten organizations working in HIV and moreover, various groups organized around prevention with minimal coordination for example: Association of New Males of Panama works with the gay population and male sex workers; PROBIDSIDA supports PLH+, Changing Life visits PLH in hospitals, and Women with Dignity and Rights does prevention work.

Due to limitations in time, they did not finalize the strategic plan, since the network members participate in the Project diploma course for activists every Friday. The plan will be completed and validated with performance measures made during the coming year.

LEARNING FOR PERFORMANCE (LFP) STRATEGY

The Project applies the LFP methodology to in- and pre-service training activities. LFP is a systematic process of instructional design directed to persons and teams involved in strengthening the training components of performance improvement programs for health personnel. In the first phase the project transferred the methodology to: teachers; trainers; curricula designers; researchers; supervisors; and managers involved in training.

Health workers are the most valuable resources of the health system for which reason the project supports the development of a competent training team to update the health workers knowledge and skills to perform a quality service and respond to constantly changing needs and conditions. LFP covers certification of trainers for in-service, pre-service training and to those who support training including: health providers; multisector network participants; training institution personnel; and pre-service students.

2. IN-SERVICE TRAINING

Provide in-service training and updates to HIV/AIDS care providers from the public, private, and NGO sectors. For example: diploma and other short courses on specific themes related to comprehensive care and treatment of HIV/AIDSA. Support the updating, development and reproduction of materials and/or scholarships for participation in courses at private institutions. At a minimum, topics to be covered include: ART; HIV-TB co-infection; bio-safety; performance improvement; and stigma and discrimination.

During the first quarter the Project negotiated with the Human Resources (HR) Divisions of the MOH and other entities responsible for training to implement the LFP methodology and to train trainers. The Project trained 89 trainers and officials to competency through a combination of a virtual course (10) combined with face to face sessions (79).

a. ***Virtual Course for LFP*:** 10 persons achieved competency through the use of the Elluminate platform.

b. ***LFP Workshop*:** For the training of in-service trainers, 79 MOH and CRSSI officials were trained in face to face workshops reaching 94% of the target.

1,471 health providers received competency training in PI and other topics which was below the target of 1,655. Nevertheless, 1,898 people participated in the workshops of which 435 did both the pre and post tests, but did not achieve the 80% score of abilities and skills required for competency certification. The plan for this year is to follow up with these health providers so they can reach certification.

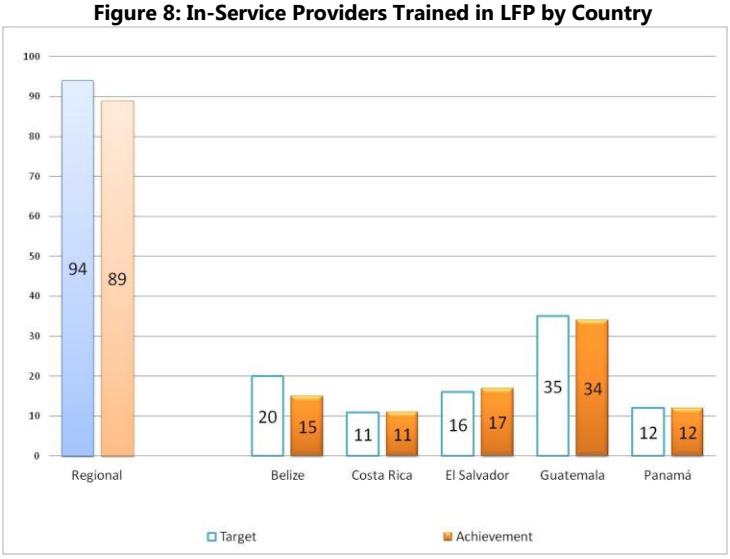
Table 2.1: In-service Training Results
Annual Targets and Achievements

#	INDICATOR	Annual Target	Achievement to date
2.1.1	**# health service providers trained as trainers in Learning for Performance**	94	89
2.1.2	**# health service providers who successfully completed the training program. Topics include Performance Improvement and themes in HIV including, gender, stigma and discrimination.**	1655	1471
2.1.3.	**% of trainees who achieved the minimum required competencies**	**70%**	77% (1471 / 1898)

Source: SM&E

Figure 8 shows the distribution of trainers reached by country including the virtual and workshop modalities. Costa Rica, Panamá and El Salvador met or reached the target while Guatemala came up one person short. Five persons in Belize are pending training.

Figure 8: In-Service Providers Trained in LFP by Country



Tables 2.2 and 2.3 present achievements in LFP competencies by type of training disaggregated by country, profession and gender.

Table 2.2: Achievements in LFP competencies by type of training disaggregated by country, profession and gender

		Belize	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Panamá	Total
Doctors	Female	0	0	3	1	0	4
	Male	1	0	3	12	0	16
	Total Doctors	**1**	**0**	**6**	**13**	**0**	**20**
Nurses	Female	10	2	9	12	5	38
	Male	0	0	1	0	0	1
	Total Nurses	**10**	**2**	**10**	**12**	**5**	**39**
Other Professionals	Female	0	3	1	5	3	12
	Male	2	3	0	1	2	8
	Total Other	**2**	**6**	**1**	**6**	**5**	**20**
TOTAL	Female	10	5	13	18	8	54
	Male	3	3	4	13	2	25
	Total	**13**	**8**	**17**	**31**	**10**	**79**
% of participants certified		93% (13 / 14)	100% (8 / 8)	81% (17 / 21)	100% (31 / 31)	100% (10 / 10)	94% (79 / 84)

Source: SM&E

Table 2.3 LFP virtual course achievements disaggregated by country, profession and gender

		Belize	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Panamá	Total
Doctors	Female	0	0	0	1	0	1
	Male	0	0	0	1	0	1
	Total Doctors	**0**	**0**	**0**	**2**	**0**	**2**
Nurses	Female	2	0	0	0	0	2
	Male	0	0	0	0	0	0
	Total Nurses	**2**	**0**	**0**	**0**	**0**	**2**
Other Professionals	Female	0	1	0	1	1	3
	Male	0	2	0	0	1	3
	Total Others	**0**	**3**	**0**	**1**	**2**	**6**
TOTAL	Female	2	1	0	2	1	6
	Male	0	2	0	1	1	4
	Total	**2**	**3**	**0**	**3**	**2**	**10**

Source: SM&E

Table 2.4 shows an 89% achievement of the target for providers certified as competent in topics such as bio-safety, stigma and discrimination, emotional intelligence and VCT. The target for doctors was exceeded with their greatest participation in the bio-safety and VCT trainings.

Table 2.4: Number of health care providers who successfully completed in-service training program

USAID FYII OCT'10-SEP'11 Target			Achieved					Cumulative FY II	% achieved
			Topics						
			Biosecurity	Stigma and discrimination	Emotional intelligence	Institutional strengthening	VCT		
TOTALS (For the region)	Doctors	35	72	7	4	39	180	302	863%
	Males	17	46	2	1	26	86	161	947%
	Females	18	26	5	3	13	94	141	783%
	Nurses	893	132	29	21	68	287	537	60%
	Males	438	6	3	1	2	14	26	6%
	Females	455	126	26	20	66	273	511	112%
	Others	727	249	26	37	127	193	632	87%
	Males	356	97	5	14	50	56	222	62%
	Females	371	152	21	23	77	137	410	111%
	Totals	**1655**	**453**	**62**	**62**	**234**	**660**	**1471**	**89%**

Source: SM&E

Table 2.5: Overview of in-service training disaggregated by country, profession and gender (LFP Methodology) October 2010 – September 2011

TARGETS					ACHIEVEMENTS																											
					DOCTORS								NURSES								OTHERS								TOTALS			
Country	Doctors	Nurses	Others	Total	Female target	Female (n)	Female (%)	Male target	Male target (n)	Male (%)	Doctor total	Achievement (%)	Female target	Female (n)	Female (%)	Male target	Male target (n)	Male (%)	Nurse total	Achievement (%)	Female target	Female (n)	Female (%)	Male target	Male target (n)	Male (%)	Other total	Achievement (%)	Female	Male	Grand Total	Achievement %
Belize	3	54	55	112	2	5	250%	1	3	300%	8	267%	28	56	200%	26	2	8%	58	107%	28	40	143%	27	28	104%	68	124%	101	33	134	120%
Costa Rica	7	162	132	301	4	9	225%	3	7	233%	16	229%	83	20	24%	79	5	6%	25	15%	67	42	63%	65	44	68%	86	65%	71	56	127	42%
El Salvador	7	161	132	300	4	53	1325%	3	49	1633%	102	1457%	82	73	89%	79	1	1%	74	46%	67	24	36%	65	17	26%	41	31%	150	67	217	72%
Guatemala	9	284	223	516	5	14	280%	4	40	1000%	54	600%	145	120	83%	139	6	4%	126	44%	114	150	132%	109	82	75%	232	104%	284	128	412	80%
Panamá	9	232	185	426	5	60	1200%	4	62	1550%	122	1356%	118	242	205%	114	12	11%	254	109%	94	154	164%	91	51	56%	205	111%	456	125	581	136%
TOTAL	35	893	727	1655	20	141	705%	15	161	1073%	302	863%	456	511	112%	437	26	6%	537	60%	370	410	111%	357	222	62%	632	87%	1062	409	1471	89%

Fuente: SM&E

The 1,471 health providers trained at the regional level achieved 89% of the year's target. The breakdown by occupation is: 302 doctors; 537 nurses; and 632 other professions including administrators, operational personnel, psychologists, social workers, and nutritionists. This high level of participation by the medical society was unexpected; however, they were interested and motivated by the LFP methodology. Of the in-service trainees, 1,062 were female and 409 were male. Participation by nurses and other professionals was 62% and 87% of their respective targets.

Belize exceeded its target by 20%, in spite of having trained fewer trainers than expected (75%). In Panamá the percentage of participants certified as competent (82%) exceeded the target (70%), which signifies an efficient learning process.

El Salvador and Guatemala achieved 72% and 80% of their respective targets. However, Costa Rica only achieved 42% due that trainings must still be certified by the CRSSI training entity (CENDEISS). The LFP methodology is compatible with the CENDEISS certification process.

3. PRE-SERVICE TRAINING

Strengthen pre-service training of care providers with updated HIV/AIDS content and increase access to early diagnosis with a VCT strategy. The Project will support updating and incorporating appropriate modules and materials related to comprehensive HIV/AIDS care into the training programs of the medical and other health/social service providers. Topics to be covered at a minimum include: antiretroviral therapy, TB-HIV coinfection, bio-safety, performance improvement, and stigma and discrimination.

The Project's three principal activities in Year 2 were: i) proposal for revised HIV curricula based on LFP; ii) pre-service training with faculty and students; and iii) technical and financial support for the National HIV testing days in the universities in coordination with the MOH in each country.

➢ UPDATING CURRICULA IN HIGHER LEARNING INSTITUTIONS

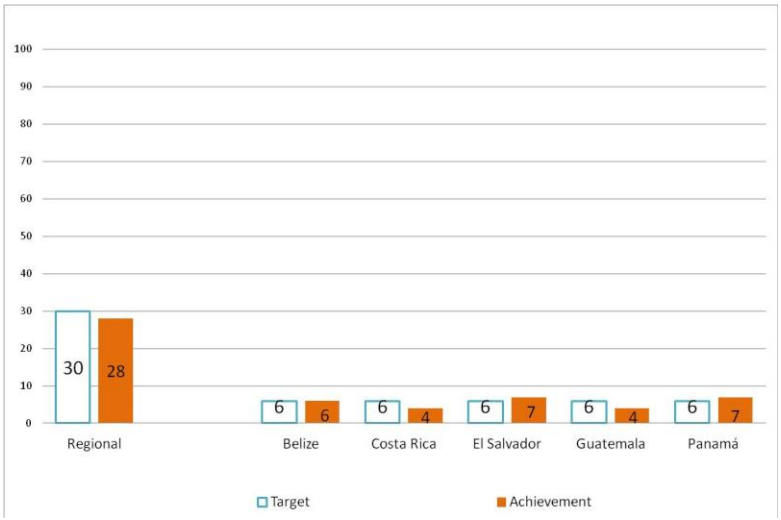
Table 3.1 contains the HIV curricular updating in the professional nursing schools (with the exception of El Salvador where the "Matías Delgado" Medical School was involved and Panama where the Higher Education Faculty participated - indicator 3.1.1 -). Letters of commitment to implement the curricula were signed in four countries (see Annex 5). Costa Rica is pending the finalization of the training materials and a letter of commitment from the university authorities who have expressed interest in implementing the curricula in the eight nursing schools in the country.

Table 3.1: Updating of curriculum in institutions of higher learning
Annual targets and achievements

#	INDICATOR	Annual Target	Achievement to date
3.1.1.	# of technical proposals for curriculum update to include themes related HIV	**5**	5
3.1.2.	# university teachers who successfully completed the training program in LFP	**30**	28
3.1.3	# of higher education institutions that implemented the updated curriculum with themes in HIV for their teaching program.	**5**	4

The Project trained 28 trainers in LFP in the region during Year 2 for implementation in pre-service training programs. Figure 9 shows the trainers and faculty trained in LFP during the second quarter of project Year 2 by country through a combination of virtual and face to face trainings achieving 93% of the year's target (28 of 30 faculty trained).

Figure 9: University Professors trained as LFP Trainers



➢ PRE-SERVICE TRAINING IN VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING -VCT

The educators trained in LFP supported trainings of university faculty and students in VCT after which they coordinated with the MOHs in carrying out the National Testing Day in each country. The process was a success in El Salvador and which exceed their targets. Belize achieved 83% of the target. In those two countries and Panamá, they trained both faculty and students. Costa Rica only reached 17% of the target number of faculty and students trained. In Guatemala the low number of the result it is due to constant strikes in the University and disruptions due to the national elections.

The results in Table 3.2 show that a total of 433 people received pre-service training in the new HIV curricula, 126 faculty and 307 students. Table 3.3 provides more detail on the pre-service training by occupation, gender and country.

Table 3.2: Pre-service training program in HIV counseling and testing
Annual targets and achievements

#	INDICATOR	Annual Target	Achievement to date
3.2.1.	# of pre-service students that successfully completed the VCT training program	121	**433**
3.2.1.1	# of university teachers trained as trainers of VCT	21	**126**
3.2.1.2	# of student (pairs) trained in VCT	100	**307**

Source: SM&E

Table 3.3: Overview of pre-service training disaggregated by country, profession and sex (LFP Methodology) October 2010 – September 2011

TARGETS				ACHIEVEMENTS																			
				TEACHERS								STUDENTS								TOTAL			
Country	Teachers	Students	TOTAL	Female Target	Female (n)	Female (%)	Male Target	Male (n)	Male (%)	Teacher total	Achieved (%)	Female Target	Female (n)	Female (%)	Male Target	Male (n)	Male (%)	Student Total	Achieved (%)	Female	Male	Grand Total	Achieved (%)
Belize	7	40	47	3	7	233%	4	7	175%	14	200%	20	22	110%	20	3	15%	25	63%	29	10	39	83%
Costa Rica	21	100	121	10	0	0%	11	0	0%	0	0%	51	14	27%	49	7	14%	21	21%	14	7	21	17%
El Salvador	21	100	121	10	33	330%	11	1	9%	34	162%	51	102	200%	49	22	45%	124	124%	135	23	158	131%
Guatemala	21	100	121	10	17	170%	11	3	27%	20	95%	51	10	20%	49	0	0%	10	10%	27	3	30	25%
Panamá	21	100	121	10	49	490%	11	9	82%	58	276%	51	106	208%	49	21	43%	127	127%	155	30	185	153%
TOTAL	91	440	531	43	106	247%	48	20	42%	126	138%	224	254	113%	216	53	25%	307	70%	360	73	433	82%

➢ NATIONAL TESTING DAYS

The Project coordinated with the MOH and university authorities, with support from the student welfare offices, in conducting a National Testing Day. The objective of this activity is to improve student and faculty access to VCT services. The project target of 9 University centers was exceeded by one institution. The trained personnel worked in promotion, orientation, and pre and post-test counseling as follows:

1. Guatemala: Universidad de San Carlos (Centro Universitario Metropolitano [CUM] and the Student Welfare Office) and the National Nursing School;
2. El Salvador: Matías Delgado University and Instituto Especializado de Educación Superior de Profesionales de la Salud de El Salvador (IEPROES);
3. Costa Rica: National University of Costa Rica,
4. Panamá: National University of Panamá (Univesity Clinic Octavio Méndez Pereira, Centro Regional University Center of San Miguelito, and Armodio Arias Campus) and the Regional University of Colón.
5. Belize: Belize University.

Table 3.4 provides information on the participating universities that supported the VCT activity with a total of 2,839 persons tested.

Table 3.4 National Testing Day
Annual targets and achievements

#	INDICATOR	Annual Target	Achievement to date
3.3.1.	# of universities that provide VCT, with pre and post-test counseling according to national and international standards	**9**	10
3.3.2.	# of persons who received VCT, with pre and post-test counseling according to national and international standards	**200**	2,839

Source: SM&E

Indicator 3.3.2, number of persons receiving full VCT, was significantly exceeded because the target is considered a placeholder that indicates intention since achievement depends largely on the availability of reagents and supplies from the national MOH and CRSSI.

Table 3.5 disaggregates the tested population by country and gender. The majority of VCT recipients were female.

Table 3.5: Voluntary HIV counseling and testing
Annual targets and achievements (October 2010 - September 2011)

Country	Targets		Achievement in Pre-Service				
				# of pre-service students tested for HIV			% of people who atended the Testing Day and received pre and post counseling
	Number of Universities that provide testing	# of pre-service students tested	Number of Universities that provide testing	Male	Female	TOTAL	
Belize	1	200	1	31	69	100	50%
Costa Rica	2	300	1	167	168	335	112%
El Salvador	2	300	2	247	852	1099	366%
Guatemala	2	300	2	323	321	644	215%
Panamá	2	200	4	205	456	661	331%
TOTALS	**9**	**1,300**	**10**	**973**	**1866**	**2839**	218%

Source: SM&E

Table 3.6 shows the positivity rate by gender and country. There were five positive results (three male and two female), all in El Salvador.

Table 3.6: VCT Results (October 2010 – September 2011)

Country	Men							Women							Total						
	(+)	% Positive tests	(-)	% Negative tests	(?)	% undeter-mined	TOTAL	(+)	% Positive tests	(-)	% Negative tests	(?)	% undeter-mined	TOTAL	(+)	% Positive tests	(-)	% Negative tests	(?)	% undeter-mined	TOTAL
Belize	0	0%	31	100%	0	0%	31	0	0.0%	69	100.0%	0	0%	69	0	0.0%	100	100.0%	0	0.0%	100
Costa Rica	0	0%	167	100%	0	0%	167	0	0.0%	168	100.0%	0	0%	168	0	0.0%	335	100.0%	0	0.0%	335
El Salvador	3	1%	244	99%	0	0%	247	2	0.2%	848	99.6%	2	0.2%	852	5	0.5%	1092	99.4%	2	0.1%	1099
Guatemala	0	0%	323	100%	0	0%	323	0	0%	321	100.0%	0	0%	321	0	0%	644	100.0%	0	0.0%	644
Panamá	0	0%	205	100%	0	0%	205	0	0.0%	456	100.0%	0	0%	456	0	0.0%	661	100.0%	0	0.0%	661
TOTALS	3	0.3%	970	99.7%	0	0%	973	2	0.05%	1862	99.9%	2	0.05%	1866	5	0.5%	2832	99.8%	2	0.15%	2839

Source: SM&E

The purpose of the National Testing Day was to increase university student access to VCT. However, taking into account the low positivity rate in El Salvador (0.55) and the null rate in the rest of the countries, it would be more relevant the Central American HIV epidemic to modify the VCT training intervention to reach MARPS. The Project will coordinate with the NAPs, NGOs and the CoC networks in bringing the intervention to these priority and higher HIV-prevalence populations.

4. INFORMATION TECHNOLOGY

Development/use of information technology for distance training, care and treatment conferences, information dissemination, and an information/training system.

➢ INFORMATION SYSTEM OF PERSONNEL TRAINED IN HIV

With the objective of strengthening the decisionmaking capacity and follow up of the management of trained personnel, the USAID|Central America Capacity Project carried out a diagnosis of the status of the existing information systems of trained human resources (HR) in HIV in the five project countries. In the cases of Belize and Panamá there were no systems. The systems in the other three countries varied in their levels of development and implementation.

The Project supports the efforts of the MOHs and specifically the NAPs and the Human Resources Training Divisions to systematize and update the training data bases prioritizing Guatemala, El Salvador y Costa Rica during the current year.

El Salvador:
Project staff visited the MOH to conduct a needs assessment to develop a human resources information system (HRIS) for training focusing on trainings in HIV. Project staff met with technical staff of the MOH Directorates of Human Resources and Information Systems. MOH technical staff presented their needs for implementing a comprehensive HRIS. Project staff introduced them to the USAID|Capacity Plus iHRIS human resources software system with emphasis on the training module. Additionally the project made a demonstration of the system and the technical requirements for installing iHRIS on the MOH servers. MOH technical personnel will evaluate if iHRIS meets their needs and made recommendations to their directors.

Following the meeting with technical personnel was a meeting with the directors of these divisions. Based on the recommendations of their technical personnel, they determined that they were interested in implementing the complete iHRIS information system which complies with the standards established by the Directorate of Technology of Information and Communications (DTIC). They are currently trying and evaluating the three iHRIS modules. A resolution to confirm next steps to install the system should be forthcoming in the first quarter of project Year 3.

Guatemala:
In Guatemala the Project established coordination with the Training Department in the MOH Human Resources Directorate. The counterpart presented its needs for a comprehensive HRIS. They have demonstrated interest in adopting the iHRIS Qualify module.

As part of a PEPFAR initiative, WHO/PAHO and CDC have selected Guatemala as one of three countries worlwide to undertake a complete assessment for implementation of an HRIS. The project participated in the elaboration of the assessment. Three geographhic departments with different levels of complexity were selected to conduct the assessment. Other organizations involved in training HR such as: public and private universities; nursing schools; training schools for nurse auxiliaries; professional associations; and other employers of health personnel, both public and private, were also consulted.

Findings:

The current HRIS is fragmented with duplicity of information. The different data bases are not interconnected.

- The forms, formats and data elements need to be standardized.
- There is no process of HR planning, management, training and monitoring.

Next Steps:

- The MOH will implement an HRIS based on this study with support from WHO/PAHO. USAID|Central America Capacity Project will support this process in terms of the HIV/AIDS training component.
- If the initiative does not materialize by the first quarter of Year 3, USAID|Central America Capacity Project will continue to work with the MOH Training Directorate to implement the iHRIS Qualify module.

Costa Rica:
In Costa Rica, the CRSSI is completing the development of an HRIS which contemplates a training module. They have requested technical and financial support to clean and migrate the data from the previous information including the duplication of information. They expect to have the new system by next quarter.

The USAID|Central America Capacity Project CAP has been included in the regional PAHO human resources network. The group has the objective of measuring regional HR goals and will have a meeting in October to determine human resources trained in HIV/AIDS.

➢ MOBILE LEARNING – M-LEARNING

Diploma Course for Network HIV Activists

The project implemented a diploma course in HIV from June through September to train and strengthen HIV activists working in the local multisector networks. The course focused on imparting knowledge of HIV, promotion, human rights advocacy, and peaceful conflict resolution to eradicate stigma and discrimination related to HIV and most affected populations. Eighty-one persons from all five project countries participated in a virtual e-learning experience of which seventy four (91%) were certified and received their diploma from San Carlos University in Guatemala.

The Project is implementing a trial of reinforcing training of CoC network members who participated in the diploma course through the use of mobile phone technology (m-Learning). The activity that consists of sending short text messages (SMS) with quiz questions to the participants' cellular phone began in July. The questions, which are based on key elements of the course, were sent to 42 participants in El Salvador, Costa Rica and Guatemala. The responses to the questions are registered weekly in an evaluation instrument (see Annex 6).

The objective of the trial is to assess if m-Learning can have an effect on the acquisition and retention of information. Requirements for participation in the trial were possession of a cellular telephone and willingness to answer the weekly messages.

There was an expectation of about 50% participation which would have permitted a comparison between those participating in the m-Learning with the non-participants. However, the response was almost universal. Therefore, in order to attempt to measure a possible m-Learning effect the comparison group became the diploma course participants Belize y Panamá that did not have the opportunity to participate in the trial. The two groups, forty two m-Learners and forty non-participants were compared by:

- The pre-tests for every diploma course module.
- The final exam.
- Changes in knowledge between the pretest and the final exam.

Table 4.1: Implementation of M-learning strategy
Annual targets and achievements

#	INDICATOR	ANNUAL TARGET		ACHIEVEMENT		ANNUAL IMPROVEMENT
4.1.1.	**% of people who participated in m-learning strategy as part of HIV training program**	**50%**		59% (48 out of 81)		118% (59% out of 50%)
4.1.1.1.	**% of people registered in the m-learning program that confirmed having received messages**	**75%**		88% (42 out of 48)		117% (88% out of 75%)
4.1.2.	**% of health care providers registered in the m-learning strategy who maintained a minimum score at the end of the intervention [6]**	**65%**		100% (48 out of 48)		154% (100% out of 65%)

The results in Table 4.1 demonstrate that the project reached its goals. However, to measure of the effect of the mobile technology an analysis of variance (ANOVA) test was conducted. There was a significant difference between the two groups in their pre-test scores with the average for m-Learning participants being higher at 65.3% versus 54.8% for the non-participants. Likewise, the participants (95.5%) had a significantly higher average score on the final exam than the non-participants (91.3%). However, the average point gain in scores for the non-participants was significantly higher (36.5) than that of the participants (30.2). Due to the significant difference between the groups at outset, the current information is inconclusive for determining if m-Learning increased acquisition of knowledge.

In the future, to better assess the effect of m-Learning it would be advisable to find a way to randomly assign participants to the intervention and non-intervention groups. Also, this trial only measured acquisition of knowledge and not retention. A trial could be performed by randomly assigning course graduates randomly to two groups. The intervention group would receive m-Learning messages for a few months after the close of the course and then retesting of both groups again could determine if there were differences in retention rates between the m-Learning and the control group.

[6] Minimum desired knowledge: "it is defined as Post-test m-learning great or equal than Post-test in training R2 or R3 (Diploma) in selected topics". To obtain a post Test grade, the Post test values were used in each learning modules. The average of these values was compared to the value from the final exam.

5. SYSTEMATIZATION AND INSTITUCIONALIZATION

The Ministries of Health and CRSSI were clear on the importance of delivering quality health services. Nevertheless they were less clear on how to do so. PI responded to fill this vacuum, since it is a simple and easy to implement methodology that promotes commitment, empowerment, and leadership of central and local level health officials.

The implementation of PI initially faced a number of important challenges, since there was a lack of systematic clarity as to the delivery of quality services. Included in these challenges was the fact that the delivery of these services did not take into account the organizational, community and external environmental contexts. In addition, there was a lack of: clear policies on quality, norms, regulations and standards; a spirit of teamwork; coordination between the local and central levels; and management at the local level.

After PI became an accepted methodology by the counterparts at the local and central levels, they came to regard it as an important management decision making tool and they requested assistance in further evaluations. Meanwhile, the NAPs in the five countries requested the inclusion of additional hospitals into the program. These requests demonstrate the degree of interest and commitment for achieving a high quality HIV/AIDS service delivery.

USAID|Capacity had assisted the implementation of the PI methodology in thirty three hospitals through September 2009 the majority of which had a Comprehensive HIV/AIDS Clinic or were in the process of incorporating this service. Beginning in October 2009 (phase 2) with the signing of the new USAID|Capacity Associate Award, the USAID|Central America Capacity Project expanded PI to incorporate the other hospital services in addition to HIV/AIDS, including: maternal child health; adolescent health; internal medicine; nutrition; and intensive care, as well as the support services (laboratory, pharmacy, blood bank, and laundry, etc.). Moreover, the project included twenty four more hospitals to reach a total of fifty seven facilities implementing a consistent PI approach in compliance with clinical norms.

The context for the institutionalization of PI varies by country. This year the Costa Rican Social Security Institute formally initiated the integration of PI into the framework for their strategy to guarantee quality. Guatemala has progressed in the empowerment and transfer of the PI methodology, and the Minister of Health gave the approval to institutionalize it through a ministerial decree. However, Guatemala faces a change in governments in January of 2012 which is delaying action on this issue. In Panama, the Sub-Directorate of Health of the Population of the General Health Directorate plans to embark on a PI institutionalization process in 2012.

In El Salvador, there is still a level of uncertainty in regards to how to establish a unified quality process and the Director General of Hospitals is currently reviewing the situation and comparing various methodologies. There appears to be an internal fragmentation of work across programs and directorates within the MOH there that hinders decision making and project implementation. There is no one department or unit responsible for quality assurance which further complicates matters. However, they recently created a National Hospital Quality Committee, which could be the entity to provide support for the recognition and institutionalization of PI. It is important to note that there is a strong constituency for PI in El Salvador in that the local and regional officials and the heads of the

NAP and TB programs believe in the methodology and support its implementation as well as the intervention plans in each of the hospitals.

The regional level in Belize, through the responsible managers for directly delivering health services, has been empowered in PI. The central level is now opening up to coordination for institutionalizing PI through the Director of Planning for the MOH with the approval of the General Director (GD). The GD plans to incorporate performance improvement into the work requirements of the health personnel. This year the project will work more closely with the central level and in particular will try to get the Belize Minister of Health on board.

The Project elaborated the first draft of the PI manual this year but did not meet the goal of validating it in each country. That process will be completed during this coming year. The delay was due to the incorporation of a chapter systematizing country-specific experiences which required the design of a specific tool to collect the information from the central and local levels. This documentation of the experiences will facilitate understanding and communicate lessons learned in the implementation of PI within the country contexts.

The observational visits between facilities and the meeting of "champions" has been passed to Year 3 since it is desirable to first have the final manual completed and available for these activities.

Overall Challenges:

1. Except for Costa Rica, the MOH hospital budgets are inadequate to meet their needs. The directors and administrators have to take actions leveraging other sectors to implement gap-closing interventions that require investments such as those to improve infrastructure and equipment.
2. The leaders and health services administrators should adhere to the six performance factors[7] and have a systems perspective. These factors are inter-related and complementary in terms of their effects on providing a high quality care to their clients. This inter-relationship means that performance improvement requires a systems approach.
3. Changes in government and constant changes at the top and mid-levels as well as the rotation of service personnel complicate the follow up to interventions.
4. Inclusion and implementation of a performance indicators tracking instrument as a management tool for decision making that includes budget resources for gap-closing activities.
5. Strengthen the training team by tracking issues and facilitation of the Project teaching plan and the implementation of the new curricula.
6. Monitor the teams trained in LFP for incorporation into the in-service and pre-service training process.
7. Complete the curricula updating process in Costa Rica, including HIV topics.
8. Create new alliances with higher learning institutions authorities to achieve the expected goals for the next project year.

[7] PI organizational factors: 1.Organizational systems 2. Incentives 3. Tools and infrastructure. 4. Individual/Team factos: 5. Knowledge and skills 6. Individual attributes.

Overall Lessons Learned:

PI is an essential tool for measuring quality. It is useful, simple and applicable to health services and has been accepted at the central and local levels. Currently the external measurements are performed once a year. However, there must be an ongoing internal monitoring so that the health services incorporate the methodology in the annual work plan with an assigned budget to assure sustainability.

II. ADMINISTRATIVE REPORT

➢ REGISTRATION

USAID requested the legal registration of its implementing partners in accordance with Guatemala tax laws and regulations. Therefore, IntraHealth International, carried out the necessary legal-administrative procedures in each country in which the project operates.

In Guatemala, IntraHealth is legally registered, under the Ministerial Decree of 11-2011 and in the Legal Registry of Persons under No. 51110124470, January 25, 2011. The local office remained registered with the tax authority (Superintendencia de Administración Tributaria [SAT)]), with the tax ID No. NIT 7270591-4. In accordance, on February 1, 2011, Intrahealth began making local employee salary deductions in accordance with the Guatemalan labor laws and regulations.

IntraHealth has been legally registered in Belize since September 7, 2010 under Certificate No. 833 and contracted a local payroll firm in accordance with Belizean labor and tax regulations. IntraHealth is also entering into a strategic alliance with PASMO to share office space in Belize.

IntraHealth has been legally registered in Costa Rica since October 1, 2011 and hired a local accounting firm to handle the legal tax, labor and social security procedures. Beginning October 1, the Country Representative and Field Coordinator there will be employees under this arrangement whereas the administrative assistant will remain in a consultant status.

IntraHealth has initiated the legal procedures to register with the Government Ministry in El Salvador. This procedure should be completed within six months. IntraHealth has initiated the registration process in Panama and all documentation is with the applicable Ministry for processing. Registration in Panama will be completed in 2012.

➢ EMPLOYEE CONTRACTS CONSULTANTS

The Project hired the following personnel to provide a better technical and financial-administrative support to the country teams: Nuria Gatell, as Program Officer; Estuardo Salinas, as Finance Officer; Carola Arriola, as secretary-receptionist; and Mayra Macolás, for cleaning and maintenance.

Project personnel in each country consist of: a country representative; a consultant performing finance/administration functions; and, beginning October 1, a field coordinator. Country Representatives, who are key personnel, are: Belize - José Victor Perera; Costa Rica - Emmanuel Gómez Rojas; El Salvador - Oscar Parada; Guatemala – Miguel Angel Marroquín; and Panamá - Temistocles Batista.

Sandra Barahona resigned from her position as Training Advisor on September 30 and Nuria Gatell has replaced. Jaroslava Lemus was hired as the Program Officer (See Annex 7).

➢ RELEVANT ACTIVITIES

Due to the addition of new staff, the Intrahealth Regional Office moved to 13 calle 3-40, zona 10 Edificio Atlantis, Office 803. The new offices are more spacious and much better arranged to facilitate the administrative, financial and support functions for the countries.

The Project held two workshops to assess achievements to date, analyze challenges, and develop a work plan for Year 3. Participants included the Regional Office technical and administrative staff, country representatives, and personnel from IntraHealth/Chapel Hill. Also present was Dr. Lucrecia Castillo, USAID/AOTR.

III. FINANCIAL REPORT

During Year 2, USAID obligated $1,690,868 (09/30/2011). Then on June 05 2011, USAID obligated an additional $500,000. A carry-over of $218,226 made for total funds available for Year 2 of $2,409,094 out of a total obligated amount of $3,327,492.

In the first, second and third quarters, the project executed $450,211, $434,383 and $547,688 respectively. The budget execution in the fourth quarter was $523,619.

The total amount executed in Year 2 (October 2010 to September 2011) was $1,955,895, which is 81% of the available funds.

The cumulative execution for the first two years of project implementation was $2,873,537, which is 86% of the total amount obligated.

USAID/PROYECTO CAPACITY CENTROAMÉRICA

BUDGET EXECUTION YEAR II (OCT-2010 TO SEPT-2011)

Cost Element	Budget Oct 2010 to September 2011	Total Executed (Oct 10-Sept. 11)	Regional	Belize	Guatemala	El Salvador	Costa Rica	Panamá	Accruals	Pending balance to execute	% Execu-tion
Comprehensive Care	$1,688,251	$1,300,694	$664,518	$102,477	$129,243	$101,349	$115,981	$111,892	$75,234	$312,324	77%
Training	$147,454	$189,103	$0	$49,471	$23,265	$51,970	$25,365	$39,031	$0	-$41,649	128%
Procurement	$5,265	$8,354	$8,354	$0	$0	$0	$0	$0	$0	-$3,089	159%
Total Direct Costs	$1,840,971	$1,498,150	$672,872	$151,948	$152,508	$153,319	$141,346	$150,923	$75,234	$342,820	81%
Indirect Costs (30.86%)	$568,123	$457,744	$205,253	$46,419	$46,602	$46,938	$43,199	$46,116	$23,217	$110,379	81%
Total Execution	$2,409,094	$1,955,895	$878,125	$198,367	$199,110	$200,257	$184,545	$197,039	$98,451	$453,199	81%

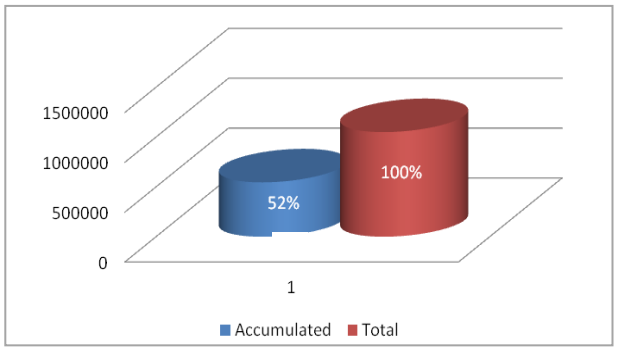
USAID/PROYECTO CAPACITY CENTROAMÉRICA
BUDGET EXECUTION YEAR I & II (OCT-2009 TO SEPT-2011)

Cost Element	Budget Oct 2009 to September 2011	Total Executed (Oct 09-Sept. 11)	Regional	Belize	Guatemala	El Salvador	Costa Rica	Panamá	Accruals	Pending balance to execute	% Execu-tion
Comprehensive Care	$2,331,849	$1,953,165	$1,075,972	$156,928	$205,757	$138,270	$153,778	$147,226	$75,234	$303,450	84%
Training	$203,666	$224,546	$0	$56,781	$35,293	$54,371	$36,418	$41,682	$0	-$20,879	110%
Procurement	$7,273	$24,782	$24,782	$0	$0	$0	$0	$0	$0	-$17,509	341%
Total Direct Costs	$2,542,788	$2,202,492	$1,100,754	$213,709	$241,050	$192,641	$190,196	$188,908	$75,234	$340,295	87%
Indirect Costs (30.86%)	$784,704	$671,044	$334,767	$65,141	$73,458	$58,854	$57,982	$57,625	$23,217	$113,660	86%
Total Execution	$3,327,492	$2,873,537	$1,435,521	$278,850	$314,508	$251,495	$248,178	$246,533	$98,451	$453,955	86%

➢ COST – SHARE

Cost-share recovery provided a challenge for the country representatives to collect the necessary documentation from the counterpart. IntraHealth has collected $545,622 through Year 2 which constitutes 53% of the five year goal. The great bulk of the cost-sharing comes from investments in activities, supplies, materials, equipment and renovations to close gaps in the hospital PI intervention plans.

Figure 1O Cost Share



➢ INTRAHEALTH INDIRECT COST CONTRIBUTIONS TO THE PROJECT

IntraHealth strategically invests indirect funding into its projects and country programs for activities not covered by project funds, including activities to expand capacity and connectivity. Over this past project year, IntraHealth made the following indirect investments to strengthen the USAID | Central America Capacity Project:

1. Finance and Compliance Training of Guatemala field staff, including Finance and Administrative Officer Moises Estrada, the newly hired Grants Manager, Estuardo Salinas on topics including:
    - USAID and IntraHealth financial management procedures and regulations;
    - Timesheet and payroll management;
    - Risk management;
    - Cost share documentation and reporting; and
    - Excel spreadsheets and QuickBooks reporting.

2. Activities to strengthen IT infrastructure and internet connectivity and security, including training local project IT Manager Ricardo Lopez in:
    - Inventory management;
    - Outlook/MS Exchange email and use of Outlook calendar; and
    - IT related IntraHealth Policies and Procedures.

    Activities also included:
    - Purchase of Domain Controller; File Server; Switch; Backup Shuttle; Firewall; and Racks (purchased in country)
    - Installation Network equipment (switches, wireless, firewall/VPN);
    - Installation of server for use as a domain controller;
    - Installation of server for use as a file and print server; and
    - Conversion of all computers to the IntraHealth Domain.

3. Orientation and Training for Guatemala project staff to IntraHealth Communications Strategy, Policy and Procedures plus capacity building of local staff in project communications and documentation.

4. Chief of Party, Yadira Villaseñor, and Senior Regional Comprehensive Care Manager, Maria Eugenia, traveled to the 2011 Field Leaders meeting in Chapel Hill, NC, to participate in the launch of the organization- and country-wide LEAD Strategies. Additional activities included:

    - Organizational priorities and accountabilities for advancing FY12 strategy;
    - Plans for expanding HRH capacity in FY12; and
    - Increased understanding of strengths and areas for improvement in country based finance, contracts and operations.

ANEXO I: INFORME POR PAÍS

A. BELIZE

1. MEJORA DEL DESEMPEÑO PARA LA CALIDAD –MDC-

Mejorar el desempeño del recurso humano que provee atención y tratamiento a las personas que viven con VIH y sida; así como integrar el tratamiento y la atención integral del VIH y sida con servicios de apoyo de base comunitaria. Asegurando que los servicios clínicos, la atención en el hogar y los grupos de auto apoyo se complementen mutuamente y promuevan las oportunidades de prevención como parte de la atención integral y la prestación del servicio

➢ DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En Belize se implementa la metodología de MDC a través de las gerentes de salud de cada región. El taller de transferencia de la metodología se desarrolló en el segundo trimestre.

Participaron proveedores de salud asignados por las gerentes regionales para implementar la metodología en los siguientes hospitales: Hospital Comunitario de Corozal (CCH), Hospital Regional de Norte (NRH), Hospital Nacional de Referencia Karl Heusner (KHMH), Policlínica II Cleopatra White (CWPCII), Policlínica de la Asociación de la Vida Familiar de Belize (BFLA), Hospital Comunitario de Punta Gorda (PGCH), y Hospital Regional del Sur (SRH). Además participó la Comisión Nacional de Sida y la sociedad civil, con lo que se aseguró el abordaje multisectorial.

En el cuarto trimestre se completaron siete mediciones, dos de línea basal y cinco de seguimiento, realizadas por siete equipos de verificación y conformados por los trabajadores en salud que recibieron el taller de trasferencia. La segunda medición de Orange Walk se repitió a solicitud de las autoridades del hospital, debido a que ésta se realizó siete meses después de la línea de base. El tiempo estipulado entre mediciones es de un año.

Se realizaron siete planes de intervención, uno para cada hospital participante. Tres hospitales con segunda medición y dos hospitales con línea de base recibieron visitas de seguimiento y se implementaron intervenciones para el cierre de brechas, como talleres de capacitación en temas de bioseguridad, inteligencia emocional, estigma y discriminación. También se realizó la actualización del manual de control de infecciones, normas y procedimientos de bioseguridad para enfermería y personal auxiliar a nivel nacional. Por factor tiempo, se planificó el seguimiento para dos hospitales restantes para el próximo año fiscal.

A continuación se presenta el cuadro con el detalle de los cinco indicadores que aplican al resultado de Mejora de Desempeño para la Calidad.

En el Cuadro A.1 se puede observar el buen desempeño que tuvo Belize con respecto a los compromisos o metas que se propuso para este año. Puede notarse que realizó más de lo planificado en **mediciones de desempeño**, sin embargo los indicadores más relevantes son los de impacto:

Porcentaje de servicios de salud que han mejorado su calificación global con respecto a su última medición de desempeño, y Porcentaje de servicios de salud con el desempeño esperado; las metas de ambos se cumplieron en un 100%.

Cuadro A.1.1. Mejorar el Desempeño de la Calidad de los servicios de salud que brindan atención integral y tratamiento de VIH (18 áreas técnicas)
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre	Logro a la fecha	Desempeño anual	Desempeño al trimestre
1.1.1.	**# de servicios de salud en los cuales se ha completado la medición del desempeño dentro del período reportado**	5	**5**	7	140%	140%
		Se programó medir cinco servicios, se midieron siete, de los cuales dos corresponden a primera medición y cinco a mediciones de seguimiento.				
1.1.2.	**# de servicios de salud que cuentan con el plan de intervenciones para mejora del desempeño según los resultados de última medición**	5	**5**	7	140%	140%
1.1.3.	**% de los servicios de salud que lograron un <u>buen cumplimiento</u> del plan de intervenciones para reducción de brechas del desempeño**	40% *(Se requieren por lo menos dos de cinco para alcanzar el 40%)*	40% *(Se requiere por lo menos dos de cinco para alcanzar el 40%)*	**20% (1 de 5)**	50% (20% de 40%)	20% (20% de 40%)
	El logro se medirá fraccionando la meta anual proporcionalmente al tiempo transcurrido desde la medición: ***Ver cuadro 1.2 Servicios de salud con medición de seguimiento y % de actividades realizadas para cierre de brechas***					
	Tiempo transcurrido desde la medición / ***Meta proporcional***					
	Menos de uno trimestre / No aplica					
	De uno a menos de dos trimestres / los servicios de salud deben cumplir con el mínimo de 40% del cumplimiento del plan de intervenciones					
	De dos a menos de tres trimestres / los servicios de salud deben cumplir con el mínimo de 60% del cumplimiento del plan de intervenciones					
	De tres a menos de cuatro trimestres / los servicios de salud deben cumplir con el mínimo de 80% del cumplimiento del plan de intervenciones					
		De los 7 servicios que se midieron durante el año, 6 requieren seguimiento al plan de intervenciones, debido a que Orange Walk tiene menos de un trimestre de haber realizado su medición y no le aplica al presente indicador. Al trimestre se visitaron cinco, uno logró cumplir con el porcentaje mínimo de cumplimiento.				
1.1.4	**% de servicios de salud que han <u>mejorado</u> su calificación global con respecto a su última medición del desempeño.** ***Ver cuadro 1.3 servicios de salud con medición de seguimiento y % de actividades realizadas para cierre de brechas*** *Mejora su calificación global del desempeño: -Si el servicio de salud, durante la medición previa, obtuvo entre 85% - 100% se posiciona en la categoría VERDE y deberá mantener su calificación por arriba de 85% durante la medición de seguimiento. - Si el servicio de salud, en la medición previa, obtuvo entre 60% - 84% se posiciona en la categoría AMARILLA y deberá incrementar un mínimo de 10% durante la medición de seguimiento o cambiar a la categoría VERDE - Si el servicio de salud, en la medición previa, obtuvo entre 0% - 59% se posiciona en la categoría ROJA y deberá incrementar un mínimo de 20% durante la medición de seguimiento o cambiar a la categoría AMARILLA.*	50% *(Se requieren por lo menos dos de cuatro para alcanzar el 50%)*	**50%** *(Se requieren por lo menos dos de cuatro para alcanzar el 50%)*	**50% (2 de 4)**	100% (2 de 2)	100% (2 de 2)
		De los cuatro servicios a los que debe darse seguimiento en su desempeño, se midieron cinco debido a que se incluyó una clínica (BFLA) en MDC durante el primer año, a petición del país; y de estos, dos mejoraron su calificación con respecto a la primera medición.				
1.1.5.	**# de servicios de salud con <u>Desempeño Esperado</u>** ***Ver cuadro 1.4 servicios de salud con medición de seguimiento y % de actividades realizadas para cierre de brechas*** *Desempeño Esperado # de servicios de salud con Desempeño Esperado: -servicios de salud que obtiene 55% en la 2da medición*	70% *(Se requieren por lo menos tres de cuatro para alcanzar el 70%)*	**70%** *(Se requieren por lo menos tres de cuatro para alcanzar el 70%)*	**75% (3 de 4)**	100% (3 de 3)	100% (3 de 3)
		De los cuatro servicios a los cuales se debe dar seguimiento en su desempeño, se midieron cinco debido a que se incluyó una clínica (BFLA) en MDC durante el primer año, a petición del país; de estos,tres mostraron el desempeño esperado correspondiente.				

Fuente: SM&E

En la tabla A.1 se aprecia una mejora del 20% del mínimo esperado para los servicios en rojo del Hospital Corozal. A futuro se espera que estos dos servicios de salud que ascendieron a categoría amarilla, logren avanzar a verde, así como los que están actualmente en categoría roja alcancen la amarilla. Solamente el Hospital Karl Heusner Memorial y el Centro de Salud Cleopatra White no alcanzaron la calificación esperada en la medición de seguimiento (48% y 40% respectivamente).

Tabla A.1. Clasificación de los servicios, de acuerdo a la calificación global en las mediciones de estándares del desempeño para la calidad

Categoría	Calificación global	Incremento necesario para considerar "Mejora del Desempeño para la Calidad"
	85% - 100%	2%
	60% - 84%	10%
	0% - 59%	20%

Fuente: Definición de conceptos PMP USAID Proyecto Capacity CA. SM&E.

Cuadro A.1.2. Cumplimiento de actividades planteadas para cierre de brechas

Hospitales con medición realizada durante el segundo trimestre 2011									
Hospital	No de actividades planteadas para cierre de brechas en la última medición				Porcentaje de logro				Logró el 60% de cumplimiento
	Conocimiento	Actitud	Recursos	Total	Conocimiento	Actitud	Recursos	Total	
Punta Gorda	1	2	3	6	0.0% (0)	50.0% (1)	0.0% (0)	16.7% (1)	NO
Southern Regional Hospital Dangriga	4	1	35	40	50.0% (2)	0.00% (0)	51.4% (18)	50.0% (20)	NO
Corozal	7	0	9	16	85.7% (6)	0.0% (0)	33.3% (3)	56.3% (9)	NO
Cleopatra White Poly Clinic II	10	1	4	15	20.0% (2)	0.0% (0)	0.0% (0)	13.33% (2)	NO
Hospitales con medición realizada durante el tercer trimestre 2011									
Hospital	No de actividades planteadas para cierre de brechas en la última medición				Porcentaje de logro				Logró el 40% de cumplimiento
	Conocimiento	Actitud	Recursos	Total	Conocimiento	Actitud	Recursos	Total	
BFLA	2	0	8	10	0.0% (0)	0.0% (0)	100.0% (8)	80.0% (8)	SI

Fuente: SM&E. Corresponde al detalle del indicador 1.1.3 del cuadro A.1.1

En el Cuadro A1.3 se aprecia la mejora del desempeño en el Hospital Comunitario Corozal y en el Hospital Regional Orange Walk. En este último, la mejora se evidencia en su clasificación que cambió de rojo a amarillo.

Cuadro A.1.3. Mejora del Desempeño para la Calidad respecto de la medición anterior Servicios de salud con medición de seguimiento (18 áreas técnicas)

Cuadro A.1.3. Mejora del Desempeño para la Calidad respecto de la medición anterior servicios de salud con medición de seguimiento (18 áreas técnicas)				
Servicio de salud	Resultados obtenidos durante la medición anterior	Resultados obtenidos durante la medición de seguimiento	Diferencia en porcentaje	Mejora del Desempeño para la Calidad
Hospital Comunitario Corozal	37%	60%	23%	Logrado (Δ > 20%)
Hospital Regional Orange Walk	57%	62%	5%	Logrado (cambia de categoria)
Hospital Karl Heusner Memorial	44%	48%	4%	NO logrado
Centro de Salud Cleopatra White	38%	40%	2%	NO logrado
Policlínica de BFLA	60%	57%	-3%	NO logrado

Fuente: SM&E. Corresponde al detalle del indicador 1.1.3 del cuadro A.1.1

A continuación se presentan los resultados de las mediciones:

El Hospital de Corozal cuenta con un equipo administrativo empoderado y determinado a mejorar el desempeño para la calidad. Esto se refleja en la mejora global de los resultados de la segunda medición en comparación con la línea de base. El servicio de Gineco-Obstetricia recibió atención especial, no solamente del personal del hospital sino también del Ministerio de Salud, que tiene una continua supervisión de estos servicios a nivel nacional.

El Departamento de Control de Infecciones se ha esforzado por entrenamiento y supervisiones continuas y esto resultó en una notable mejora del desempeño en el área de Bioseguridad y manejo de desechos sólidos. En el área de gestión no hubo avances, sin embargo las autoridades identificaron acciones para reducir brechas en esta área a partir de la segunda medición. Debido a que este es un hospital comunitario, no se le exige un servicio hospitalario completo, por lo que tres áreas no aplican.

Cuadro A.1.5. Mediciones del desempeño Hospital Corozal Community
Comparación entre primera y segunda medición

Tipo de servicio		Primera medición (Jun2010)	Segunda medición (Mar2011)
1	Consulta externa	40%	70%
2	Emergencia	40%	54%
3	Cirugía	No aplica	No aplica
4	Gineco-obstetricia	46%	88%
5	Medicina Interna	50%	73%
6	Pediatría	46%	44%
7	Cuidados intensivos	No aplica	No aplica
8	Imágenes diagnósticas	0%	17%
9	Nutrición	No aplica	No aplica
10	Orientación	29%	42%
11	Bioseguridad	20%	80%
12	Manejo de desechos sólidos	38%	75%
13	Laboratorio	33%	44%
14	Banco de Sangre	17%	54%
15	Farmacia	58%	100%
16	Lavandería	0%	20%
17	Morgue	14%	43%
18	Gestión	42%	32%
	Total	**37%**	60%

Fuente: SM&E.

Northern Regional Hospital –Orange Walk es un hospital regional, que entrega servicios de segundo nivel de atención y se apoya en el Karl Heusner Memorial Hospital como hospital de referencia. Ha logrado mejorar diez áreas de desempeño, pues cuenta con un equipo multidisciplinario comprometido. El desempeño de la morgue disminuyó como consecuencia de ausencia de normas y regulaciones. En la consulta externa y emergencia se evidencia falta de material y equipo.

Es necesario realizar intervenciones para mejorar los servicios de medicina interna, gineco-obstetricia, imágenes diagnósticas, morgue, consulta externa y emergencia. Las brechas se deben principalmente a limitaciones de recurso humano, que no solo es escaso sino que también es cambiado anualmente. Gran número del personal de salud son originarios de Cuba y prestan sus servicios por temporadas cortas por lo que requieren entrenamiento y orientación constantes.

Cuadro A.1.6. Mediciones del desempeño Hospital Regional Orange Walk
Comparación entre primera y segunda medición

Tipo de servicio		Primera medición (Ago2010)	Segunda medición (Jul2011)
1	Consulta externa	71%	29%
2	Emergencia	78%	43%
3	Cirugía	54%	72%
4	Gineco-obstetricia	70%	60%
5	Medicina Interna	50%	30%
6	Pediatría	31%	50%
7	Cuidados intensivos	No aplica	No aplica
8	Imágenes diagnósticas	33%	33%
9	Nutrición	No aplica	No aplica
10	Orientación	71%	88%
11	Bioseguridad	20%	40%
12	Manejo de desechos sólidos	25%	88%
13	Laboratorio	38%	63%
14	Banco de Sangre	38%	77%
15	Farmacia	70%	93%
16	Lavandería	80%	100%
17	Morgue	33%	29%
18	Gestión	47%	68%
	Total	**57%**	**62%**

Fuente: SM&E.

El Karl Heusner Memorial Hospital es el único hospital del país que presta servicios de tercer nivel. En el área de gineco-obstetricia se observa mejora en el desempeño. En esta área se realiza auditoria mensual y monitoreo diario de los estándares de desempeño. Este proceso es supervisado por la Dra. Bear de oficinas centrales del Ministerio de Salud, quien implementó ese seguimiento en todos los hospitales a nivel nacional.

En el área de nutrición, se contrató a una nutricionista y un técnico en nutrición. Las áreas de manejo de desechos sólidos y lavandería están subcontratadas y por lo tanto, el hospital mejoró estos servicios sustancialmente. A pesar que solicitan examenes de VIH, el hospital no ofrece consejería por lo que tienen cero desempeño. Este hospital presenta complejidad porque su producción es alta, siendo el único hospital de referencia, por lo que la atención clínica se brinda rápidamente y no permite entrega de servicios que cumplan con los estándares.

Cuadro A.1.7. Mediciones del desempeño Hospital Karl Heusner Memorial
Comparación entre primera y segunda medición

	Tipo de servicio	Primera medición (Jun2010)	Segunda medición (Mar2011)
1	Consulta externa	44%	25%
2	Emergencia	32%	43%
3	Cirugía	48%	44%
4	Gineco-obstetricia	41%	76%
5	Medicina Interna	36%	33%
6	Pediatría	50%	50%
7	Cuidados intensivos	47%	70%
8	Imágenes diagnósticas	17%	50%
9	Nutrición	50%	81%
10	Orientación	44%	0%
11	Bioseguridad	0%	40%
12	Manejo de desechos sólidos	38%	75%
13	Laboratorio	27%	8%
14	Banco de Sangre	67%	No aplica
15	Farmacia	92%	71%
16	Lavandería	0%	75%
17	Morgue	17%	33%
18	Gestión	58%	39%
Total		**44%**	**48%**

Fuente: SM&E.

El Centro de Salud Cleopatra White Polyclinic II solamente presta servicios ambulatorios complementando los servicos del KHMH. En el área de bioseguridad recibió talleres y adquirieron los materiales necesarios. Tambien se beneficiaron del nuevo manual de control de infecciones que publicó el ministerio de salud. Esto último también impactó el servicio de lavandaría que mejoró su desempeño. A pesar de que solicitan examenes de VIH no están ofreciendo consejería, por lo que tienen cero desempeño. A partir de la segunda medición están haciendo las gestiones para resolver esta situacion. En general, su desempeño no mejoró, por lo que se tiene que fortalecer al equipo mulidisciplinario para que implementen intervenciones y reduzcan sus brechas.

Cuadro A.1.8. Mediciones del desempeño Centro de Salud Cleopatra White
Comparación entre primera y segunda medición

Tipo de servicio		Primera medición (Jun2010)	Segunda medición (Mar2011)
1	Consulta externa	38%	46%
2	Emergencia	No aplica	No aplica
3	Hospitalización Cirugía		
4	Hospitalización Gineco-obstetricia		
5	Hospitalización Medicina Interna		
6	Hospitalización Pediatría		
7	Cuidados intensivos		
8	Imágenes diagnósticas		
9	Nutrición		
10	Orientación	31%	0%
11	Bioseguridad	0%	67%
12	Manejo de desechos sólidos	13%	38%
13	Laboratorio	No aplica	No aplica
14	Banco de Sangre		
15	Farmacia	88%	83%
16	Lavandería	20%	60%
17	Morgue	No aplica	No aplica
18	Gestión	47%	56%
Total		**38%**	**40%**

Fuente: SM&E.

BFLA tiene limitaciones de espacio e infrastructura que se estarán resolviendo en los próximos meses, ya que se estarán reubicando a un nuevo local. En cuanto al área de laboratorio, es importante mencionar, que es un laboratorio exclusivamente para muestras de patología. Este centro no cuenta con farmacia. Cada paciente adquiere sus medica-mentos en la farmacia de su preferencia.
En general, el personal de la clínica no está empoderado de la metodologia, que se evidencia en la reducción del porcentaje de desempeño.

Cuadro A.1.9. Mediciones del desempeño Clínica Belize Family Life Association (BFLA)
Comparación entre primera y segunda medición

Tipo de servicio		Primera medición (Jun2010)	Segunda medición (Mar2011)
1	Consulta externa	60%	63%
2	Emergencia	47%	79%
3	Cirugía	No aplica	No aplica
4	Gineco-obstetricia		
5	Medicina Interna		
6	Pediatría		
7	Cuidados intensivos		
8	Imágenes diagnósticas		
9	Nutrición		
10	Orientación	82%	42%
11	Bioseguridad	20%	40%
12	Manejo de desechos sólidos	63%	25%
13	Laboratorio	73%	89%
14	Banco de Sangre	No aplica	No aplica
15	Farmacia	50%	0%
16	Lavandería	20%	40%
17	Morgue	No aplica	No aplica
18	Gestión	63%	42%
Total		**60%**	**57%**

Fuente: SM&E.

Los hospitales de Dangriga y hospital Comunitario Punta Gorda pertenecen a la region del sur de Belize. El hospital comunitario de Punta Gorda es pequeño y refiere pacientes al hospital regional que está ubicado en Dangriga. El Hospital Regional del Sur (Hospital de Dangriga) es un hopital de segundo nivel de atención, y tiene al KHMH como hospital de referencia.

La gerente de región del sur, solicitó la inclusión de Punta Gorda en la metodología, por lo que este es uno de los hospitales que contribuyen a que la meta se supere en Belize.

Ambos hospitales tienen un bajo desempeño. En la mayoría de áreas del desempeño no supera el 60%. Las brechas se relacionan a conocimientos, recursos e infraestrucutra. El área de la morgue y lavandería recibieron muy poca atencion y son utilizados como bodega. El laboratorio en ambos hospitales es pequeño, con muy limitado recurso humano y no ofrece todos los servicios. El área de imágenes diagnósticas se limita a estudios radiológicos simples y no cuenta con el recurso humano ni con el equipo para hacer más estudios. El área de bioseguridad es un reto, pues no se cuentan con procedimientos escritos. Los dos hospitales elaboraron planes de intervención que incluyen actividades para cerrar brechas, las cuales está apoyadas por las autoridades administrativas y sobre todo de la gerente regional.

Cuadro A.1.10. Resultados de primera medición
Mediciones el desempeño (Belize, marzo 2011)

Tipo de servicio		Hospital Dangriga	Hospital comunitario Punta Gorda
1	Consulta externa	53%	32%
2	Emergencia	21%	36%
3	Cirugía	78%	No aplica
4	Gineco-obstetricia	56%	43%
5	Medicina Interna	54%	31%
6	Pediatría	63%	50%
7	Cuidados intensivos	No aplica	No aplica
8	Imágenes diagnósticas	0%	0%
9	Nutrición	No aplica	No aplica
10	Orientación	74%	74%
11	Bioseguridad	20%	20%
12	Manejo de desechos sólidos	13%	50%
13	Laboratorio	31%	63%
14	Banco de Sangre	46%	69%
15	Farmacia	71%	86%
16	Lavandería	0%	20%
17	Morgue	17%	0%
18	Gestión	32%	63%
Total		49%	49%

Fuente: SM&E.

➢ ATENCIÓN INTEGRAL Y CONTINUA

Durante el segundo trimestre se realizó el diagnóstico de la atención integral y continua de VIH, con la participación y apoyo de un equipo multidisciplinario. Se seleccionó la región del norte para implementar la estrategia de Atención Integral y Continua (AIC).

La red está conformada por las siguientes organizaciones e instituciones:

- Ministerio de Salud de Belize (MOH)
- La Comisión Nacional Contra el SIDA (NAC)
- Jóvenes para el Futuro (Youth for the Future)
- Ministerio de desarrollo Humano (Ministry of Human development)
- BFLA
- Ministerio de Educación y de la Juventud
- NATIONAL DRUG ABUSE CONTROL COUNCIL (NDACC)
- Go Joven
- Cruz Roja de Belize
- REDCA+

Producto de los talleres de entrega de resultados y de conformación de la red quedó establecida la estructura organizacional y funcional de la Red Multisectorial de Atención Integral y Continua del VIH – RMAICV – y se acordó, con la aprobación y respaldo de los miembros de la Comisión Nacional del SIDA, que los comités distritales de VIH estarán a cargo del buen funcionamiento de la red.

Se elaboró un plan estratégico que incluye entre otros componentes lo siguiente: Misión, Visión, Objetivos, Valores, Comisiones y el Organigrama.

También se revisó y discutió los estándares del instrumento a utilizar para la metodología de Mejora del Desempeño para la Calidad que se estará utilizando en la red. Quedando pendiente la realización de la primera medición para el próximo año fiscal.

2. CAPACITACIÓN EN-SERVICIO

Proveer capacitación en servicio al personal médico y otros proveedores de servicios de salud de los sectores público, privado y organizaciones no gubernamentales (ONGs). Por ejemplo: diplomados y otros cursos de corta duración en temas específicos relacionados con la atención integral y tratamiento del VIH y SIDA. Apoyar la actualización, desarrollo y reproducción de materiales, y/o becas para la participación en cursos impartidos por instituciones privadas. Se deben cubrir al menos los temas de: terapia antirretroviral, coinfección TB/VIH, bioseguridad, mejora del desempeño, estigma y discriminación.

En el cuadro A.2.1 se observa el logro que Belize tuvo en cuanto a la capacitación de capacitadores, indicador 2.1.1 logrando 75% de la meta (15 de 20), la cual se llevó a cabo mediante dos metodologías, la primera mediante un taller basado en competencias conforme a la estrategia de APD del proyecto, con un logro de 13 capacitadores (ver cuadro 2.5) y la segunda mediante un curso virtual a nivel regional que aportó 2 capacitados más, que no fueron parte del taller de APD en Belize, con un total sin duplicados de 15 capacitadores para este indicador.

Respecto al cumplimento de metas relacionadas con la capacitación de prestadores de servicios. Puede verse que superó la meta de capacitados en 20 por ciento, a pesar de que contaban con un poco menos (75%) de los capacitadores capacitados para este propósito. Se logró 88 por ciento de avance en la meta de capacitados esperados para este año; se priorizará en el siguiente periodo la capacitación con competencias mínimas del proveedores de salud que aún no lograron alcanzar el mínimo de competencias requeridas para la certificación.

Cuadro A.2.1. Capacitación en servicio implementada
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre		Logro a la fecha		Desempeño anual	Desempeño al trimestre
2.1.1.	**# de prestadores de servicios de salud capacitados como capacitadores en aprendizaje del desempeño**	**20**	20		15		**75%** *(15 de 20)*	75% *(15 de 20)*
2.1.2.	**# de prestadores de servicios de salud que completaron exitosamente el programa de capacitación basado en competencias, en temas de mejora del desempeño**	**112**	112		134		**120%** (134 de 112)	120% (134 de 112)
2.1.3.	**% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias**	**70%**	70%		62% (134 de 217)		**88%** (62% de 70%)	88% (62% de 70%)

Fuente: SM&E

Los temas de capacitación impartidos en Belize durante el presente año fueron: inteligencia emocional, bioseguridad y fortalecimiento institucional. La capacitación en bioseguridad, obtuvo el desempeño más bajo, con solo un 23 por ciento de participantes que lograron el mínimo de competencias (ver cuadro A.2.2). Este fenómeno se debe a que no se finalizó el proceso de capacitación en la región central, quedando pendiente la prueba de habilidades.

La capacitación en inteligencia emocional obtuvo un desempeño bastante más alto, sin embargo todavía queda bajo con respecto a lo que se espera lograr con estos procesos. Esto refleja la necesidad del proyecto priorizar la supervisión y el enfoque de calidad con que se realizaron las capacitaciones.

Los talleres en Inteligencia Emocional y Bioseguridad no se impartieron por los capacitadores formados en APD en Belice, debido a que no se consideraron a si mismos competentes para impartir los temas antes mencionados. Para cumplir con la solicitud de las autoridades de salud, se contrató una consultora con experiencia en inteligencia emocional, que no estaba capacitada en la metodología de APD, aunque recibió indicaciones generales. El taller de inteligencia emocional se realizó con el fin de desarrollar actitudes y prácticas de trabajo en equipo y manejo de conflictos, que permitirá mejorar brechas actitudinales, sobre todo relacionadas a estigmatización y discriminación, motivo por el cual la capacitación fue dirigida a todo el personal de salud en servicio, sin segmentación por categorías clínicas o administrativas.

El taller de Bioseguridad, fue desarrollado por personal facilitador hospitalario con experiencia en el tema, pero que no había sido capacitado en APD, lo cual nuevamente constituyó una limitante al momento de aplicar la metodología. En base a lo anterior, se hace necesario implementar un taller de estandarización metodológica para todos los temas programados en el año III del proyecto, que se realizará en el primer trimestre, a fin de cumplir todos los requisitos de las capacitaciones. Los talleres de fortalecimiento institucional, se llevaron a cabo a través de la transferencia metodológica de APD, MD y del diplomado en derechos humanos, cultura de paz y VIH.

El diplomado, con duración de cuatro meses, muestra la importancia que los derechos humanos tienen en la prevención y control de la epidemia del VIH y las poblaciones vulnerables por dicha epidemia, además de explorar los diferentes instrumentos para que las personas conozcan y apliquen los mismos en la promoción y defensa de los derechos humanos en las personas con VIH y las poblaciones vulnerables. Los participantes del diplomado de VIH son miembros de la red multisectorial y contribuyen a la meta del indicador 2.1.2 en la categoría de Otros, como se observa en el Cuadro A.2.2

Cuadro A.2.2. Capacitación en servicio implementada
Por tema, profesión y sexo

Tema de capacitación:	Inteligencia Emocional	Bioseguridad	Fortalecimiento institucional	Total
Número de talleres	3	3	3	9
Asistentes	98	116	70	284
Participantes	79	84	54	217
Participantes certificados en competencias	**62**	**19**	**53**	**134**
Se considera que una persona es "participante" cuando la misma ha completado su capacitación y por lo tanto cuenta con resultados de Pre y Post	*Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo:* *1. ha realizado Pre y post* *2. Obtiene calificación > 80pts en post-test* *3. Obtiene calificación de habilidades > 80%*			

Tema de capacitación:		Inteligencia Emocional	Bioseguridad	Fortalecimiento institucional	Total
2.1.2.	**Número de prestadores de servicios de salud que completaron exitosamente el programa de capacitación basado en competencias en temas de mejora del desempeño, temas relacionados a VIH con la incorporación de género, estigma y discriminación como ejes transversales (M=médicos, E=enfermeras, O=otros)**				
	Total	**62**	**19**	**53**	**134**
	Masculino	16	3	14	33
	Femenino	46	16	39	101
	Médicos	**4**	**3**	**1**	**8**
	Masculino	1	1	1	3
	Femenino	3	2	0	5
	Enfermeras	**21**	**9**	**28**	**58**
	Masculino	1	0	1	2
	Femenino	20	9	27	56
	Otros	**37**	**7**	**23**	**68**
	Masculino	14	2	12	28
	Femenino	23	5	11	40
2.1.3.	**% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias**	**78%**	**23%**	**98%**	**62%**

Fuente: SM&E

El cuadro A.2.3 muestra los resultados de la Capacitación en Inteligencia Emocional, desagregado por profesión. De acuerdo a los datos obtenidos, se aprecia la baja participación tanto del personal médico como del grupo de enfermeras, contrastado con el grupo categorizado como o*tros*, donde se observa mayor participación (4, 21 y 37 participantes respectivamente).

Se puede observar que en los talleres de la Región de salud Central y Región de salud Sur, se obtuvo la certificación en competencias en más del 80 por ciento de los participantes, no así en el taller realizado con personal normativo del Ministerio de Salud, donde se alcanzó el 50 por ciento de certificaciones. Esto constituye una prioridad para el siguiente año, a fin de dar seguimiento al personal que no alcanzó habilidades para certificarse.

Cuadro A.2.3. Capacitación en servicio implementada
Por tema, servicio de salud, profesión y sexo

Tema de capacitación:		Inteligencia Emocional			Total
Institución (es) participante (s):		**Región Central**	**Ministerio de Salud**	**Región Sur**	
Periodo capacitación:		18/08/ 2011 al 19/08/2011	21/07, 2011 al 22/07/2011	08/09/2011 al 09/09/2011	
Asistentes		38	31	29	98
Participantes		33	24	22	79
Participantes certificados en competencias		**32**	**12**	**18**	**62**
Se considera que una persona es "participante" cuando la misma ha completado su capacitación y por lo tanto cuenta con resultados de Pre y Post		*Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo:* *1. ha realizado Pre y post* *2. Obtiene calificación > 80pts en post-test* *3. Obtiene calificación de habilidades > 80%*			
2.1.2.	**Número de prestadores de servicios de salud que completaron exitosamente el programa de capacitación basado en competencias en temas de mejora del desempeño, temas relacionados a VIH con la incorporación de género, estigma y discriminación como ejes transversales (M=médicos, E=enfermeras, O=otros)**				
	Total	**32**	**12**	**18**	**62**
	Masculino	10	2	4	16
	Femenino	22	10	14	46
	Médicos	**1**	**1**	**2**	**4**
	Masculino	0	0	1	1
	Femenino	1	1	1	3
	Enfermeras	**7**	**4**	**10**	**21**
	Masculino	0	1	0	1
	Femenino	7	3	10	20

Tema de capacitación:		Inteligencia Emocional			Total
Institución (es) participante (s):		**Región Central**	**Ministerio de Salud**	**Región Sur**	
Periodo capacitación:		18/08/ 2011 al 19/08/2011	21/07, 2011 al 22/07/2011	08/09/2011 al 09/09/2011	
	Otros	**24**	**7**	**6**	**37**
	Masculino	10	1	3	14
	Femenino	14	6	3	23
2.1.3.	% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias	97%	50%	82%	78%

Fuente: SM&E

El cuadro A.2.4 presenta una baja certificación de los participantes en la capacitación de bioseguridad (19 en total). La presencia de personal categorizado como *otros* no es tan alta como en el tema de inteligencia emocional. Como en el caso anterior, se observa la necesidad de supervisar la calidad de las capacitaciones a fin de cumplir con todos los requerimientos para la certificación de los capacitados. En el caso del taller de bioseguridad, queda pendiente la verificación de habilidades prácticas para la certificación de los participantes, lo cual se retomara en el siguiente periodo.
En el tema de bioseguridad, se realizaron tres talleres impartidos por personal clínico hospitalario, con experiencia en el área en los cuales se incorporó al personal proveedor del servicio, no así al personal administrativo hospitalario, por tratarse de procesos y procedimientos eminentemente clínicos.

Cuadro A.2.4. Capacitación en servicio implementada por tema, servicio de salud, profesión y sexo

Tema de capacitación:		Bioseguridad			Total
Institución (es) participante (s):		**Región Central**	**Región Central**	**Región Norte**	
Periodo capacitación:		14/06/2011 15/06/2011	21/06/2011l 22/06/2011	17/08/2011 18/08/2011	
Asistentes:		46	49	21	116
Participantes:		38	27	19	84
Participantes certificados en competencias		**0**	**0**	**19**	**19**
Se considera que una persona es "participante" cuando la misma ha completado su capacitación y por lo tanto cuenta con resultados de Pre y Post		*Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo: 1. ha realizado Pre y post 2. Obtiene calificación > 80pts en post-test 3. Obtiene calificación de habilidades > 80%*			
2.1.2.	**Número de prestadores de servicios de salud que completaron exitosamente el programa de capacitación basado en competencias en temas de mejora del desempeño, temas relacionados a VIH con la incorporación de género, estigma y discriminación como ejes transversales (M=médicos, E=enfermeras, O=otros)**				
	Total	**0**	**0**	**19**	**19**
	Masculino	0	0	3	3
	Femenino	0	0	16	16
	Médicos	**0**	**0**	**3**	**3**
	Masculino	0	0	1	1
	Femenino	0	0	2	2
	Enfermeras	**0**	**0**	**9**	**9**
	Masculino	0	0	0	0
	Femenino	0	0	9	9
	Otros	**0**	**0**	**7**	**7**
	Masculino	0	0	2	2
	Femenino	0	0	5	5
2.1.3.	% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias	0%	0%	100%	23%

Fuente: SM&E

Como se presenta en el cuadro A.2.5 el componente de fortalecimiento institucional incluye tres subtemas, transferencia de MDC, transferencia de APD y el diplomado virtual en VIH dirigido a la red. Para la Transferencia de APD (capacitación de capacitadores), se reportan trece capacitados; que debían ser los responsables de impartir todos los demás talleres basados en competencias el país.

Cuadro A.2.5. Capacitación en servicio implementada por tema, servicio de salud, profesión y sexo

Tema de capacitación:		Fortalecimiento institucional			Total
Sub-tema de capacitación:		Transferencia de MD	Transferencia APD	Diplomado en VIH	
Institución (es) participante (s):		**Región Central**	**Región Central**	**Región Norte**	
Periodo capacitación:		16/02/2011 al 18/02/2011	12/04/2011 al 14/04/2011	03/06/2011 al 09/09/2011	
Asistentes:		29	14	27	70
Participantes:		29	14	11	54
Participantes certificados en competencias		**29**	**13**	**11**	**53**
Se considera que una persona es "participante" cuando la misma ha completado su capacitación y por lo tanto cuenta con resultados de Pre y Post		*Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo: 1. ha realizado Pre y post 2. Obtiene calificación > 80pts en post-test 3. Obtiene calificación de habilidades > 80%*			
2.1.2.	**Número de prestadores de servicios de salud que completaron exitosamente el programa de capacitación basado en competencias en temas de mejora del desempeño, temas relacionados a VIH con la incorporación de género, estigma y discriminación como ejes transversales (M=médicos, E=enfermeras, O=otros)**				
	Total	**29**	**13**	**11**	**53**
	Masculino	8	1	5	14
	Femenino	21	12	6	39
	Médicos	**0**	**1**	**0**	**1**
	Masculino	0	1	0	0
	Femenino	0	0	0	1
	Enfermeras	**18**	**10**	**0**	**28**
	Masculino	1	0	0	1
	Femenino	17	10	0	27
	Otros	**11**	**2**	**11**	**24**
	Masculino	7	0	5	12
	Femenino	4	2	6	12
2.1.3.	**% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias**	**100%**	**93%**	**100%**	**98%**

En el cuadro A.2.6 se presenta el grupo que participó en el diplomado a distancia. Todos los participantes son integrantes de la red multisectorial, que en el caso de Belize se trata de personal hospitalario representantes del nivel comunitario del Ministerio de Salud.

Cuadro A.2.6. Capacitación en servicio por medio del Diplomado en VIH Distribución por actor comunitario y sexo	
Total	**10**
Masculino	5
Femenino	5
OG --Organización gubernamental	**10**
Masculino	5
Femenino	5
ONG ---Organización no gubernamental	**0**
Masculino	0
Femenino	0
SC ---Sociedad civil	**0**
Masculino	0
Femenino	0

Fuente: SM&E Este cuadro se va a actualizar

3. CAPACITACIÓN PRE-SERVICIO

Un programa de capacitación pre-servicio con una estrategia de pruebas voluntarias con consejería (TVC) enfocada en aumentar el acceso al diagnóstico temprano. Se apoyará la actualización e incorporación de módulos y materiales apropiados relacionados con la atención integral y tratamiento de VIH y sida en los programas de capacitación pre-servicio de médicos y otros prestadores de servicios sociales y de salud. Se deben cubrir al menos los temas de terapia antirretroviral, coinfección TB/VIH, bioseguridad, mejora del desempeño, estigma y discriminación.

➢ ACTUALIZACIÓN DE CURRICULA EN INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR

La Universidad de Belize cuenta con la currícula actualizada para los temas de VIH que serán incluidos en la capacitación de estudiantes de la Facultad de Enfermería, desarrollada por la consultora Dra. Olda Hoare.

Los productos recibidos son: a) diagnóstico, b) plan piloto de la propuesta curricular y c) guía del participante y manual del facilitador. El acuerdo con la Universidad para implementar los contenidos curriculares ya está aceptado mediante carta de compromiso firmada por la Decanatura. Durante el presente año se capacitó en los temas de la currícula a docentes y estudiantes, siendo el acuerdo continuar las capacitaciones con esta misma currícula para los años subsiguientes.

Cuadro A.3.1. Actualización de currícula en instituciones de educación superior seleccionadas
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre		Logro a la fecha		Desempeño anual	Desempeño al trimestre
3.1.1.	**# de propuestas técnicas de actualización de currícula que incluyen temas relacionados al VIH**	**1**	1		1		**100%**	100%
3.1.2.	**#de docentes universitarios que completaron exitosamente el programa de capacitación de Aprendizaje para el Desempeño**	**6**	6		6		**100%** *(6 de 6)*	100% *(6 de 6)*
3.1.3	**# de instituciones de educación superior que implementan la curricula actualizada en temas de VIH en su programa de enseñanza-aprendizaje**	**1**	1		1		100%	100%

Fuente: SM&E

➢ PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PRE-SERVICIO EN CONSEJERÍA Y PRUEBA VOLUNTARIA

En el cuadro A.3.2 se observa el cumplimiento del 83% de las meta para personal capacitado en pre servicio. Al desagregar el resultado de capacitados se observa cumplimiento de la meta de docentes capacitados (200%) y se debe priorizar en el próximo periodo el logro de la meta en estudiantes.

Cuadro A.3.2. Programa de capacitación pre-servicio en consejería y prueba voluntaria implementado
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre		Logro a la fecha		Desempeño anual	Desempeño al trimestre
3.2.1.	**# de personas en pre-servicio que completaron exitosamente la currícula de capacitación en consejería y prueba voluntaria**	47	47		39		**83%** (39 de 47)	83% (39 de 47)
3.2.1.1	**# de catedráticos capacitados como capacitadores en consejería y prueba voluntaria**	7	7		14		**200%** (14 de 7)	200% (14 de 7)
3.2.1.2	**# de estudiantes (pares) capacitados en consejería y prueba voluntaria**	40	40		25		**62%** (25 de 40)	62% (25 de 40)

Fuente: SM&E

En el cuadro A.3.3 se observa la distribución equitativa por género del personal docente capacitado en PVC (siete mujeres y siete hombres).

Cuadro A.3.3. Programa de capacitación pre-servicio en consejería y prueba voluntaria implementado
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

Tema de capacitación:		Consejería
Institución (es) participante (s)		University of Belize, Faculty of Nursing, allied health and social work
Periodo capacitación:		14/06/11 - 15/06/11
Asistentes		16
Participantes		14
Participantes certificados en competencias		14
Se considera que una persona es "participante" cuando la misma ha completado su capacitación y por lo tanto cuenta con resultados de Pre y Post		*Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo:* *1. ha realizado Pre y post* *2. Obtiene calificación > 80pts en post-test* *3. Obtiene calificación de habilidades > 80%*
3.2.1.	Número de personas en pre-servicio que completaron exitosamente la currícula de capacitación en consejería y prueba voluntaria	14
3.2.1.1	# de catedráticos capacitados como capacitadores en consejería y prueba voluntaria	14
	Masculino	7
	Femenino	7

Fuente: SM&E

En el cuadro A.3.4. Se observa que en el resultado de estudiantes capacitados, hubo predominio de mujeres (veintidós mujeres y tres hombres).

Cuadro A.3.4. Programa de capacitación pre-servicio en consejería y prueba voluntaria implementado
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

Tema de capacitación:		PITC FOR STUDENTS
Institución (es) participante (s)		University of Belize
Periodo capacitación:		8/9/2011 - 9/9/11
Asistentes		26
Participantes		26
Participantes certificados en competencias		25
Se considera que una persona es "participante" cuando la misma ha completado su capacitación y por lo tanto cuenta con resultados de Pre y Post		*Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo:* *1. ha realizado Pre y post* *2. Obtiene calificación > 80pts en post-test* *3. Obtiene calificación de habilidades > 80%*
3.2.1.	Número de personas en pre-servicio que completaron exitosamente la currícula de capacitación en consejería y prueba voluntaria	25
3.2.1.2	# de estudiantes (pares) capacitados en consejería y prueba voluntaria	25
	Masculino	3
	Femenino	22

Fuente: SM&E

➢ DÍA DE LA PRUEBA

El Día de la Prueba Voluntaria se realizó en el mes de abril con la coordinación del Ministerio de Salud y la Universidad de Belize, a fin de facilitar el acceso al servicio de la prueba diagnóstica a la población de estudiantes. El Proyecto alcanzó el 50% de la meta, tamizando en PVC para VIH.

Cuadro A.3.5. Actualización de currícula en instituciones de educación superior seleccionadas
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre		Logro a la fecha		Desempeño anual	Desempeño al trimestre
3.3.1.	# de universidades que proveen tamizaje voluntario de VIH con consejería pre y post-prueba de acuerdo con las normas nacionales e internacionales	**1**	1		1		**100%**	100%
3.3.2.	# de personas que recibieron tamizaje voluntario de VIH con consejería pre y post-prueba de acuerdo con las normas nacionales e internacionales en las universidades	**200**	200		100		**50%**	50%

En el cuadro A.3.6 se observa el detalle de estudiantes tamizados: 100 (69 mujeres y 31 hombres), no se diagnosticaron casos positivos. Es importante mencionar que este resultado está condicionado a la disponibilidad de insumos del Ministerio de Salud. El apoyo del proyecto consistió en la promoción de la prueba, actividades de sensibilización y entrega de promocionales.

Cuadro A.3.6. Resultados del Día de la Prueba

Universidad	Número de personas que recibieron tamizaje voluntario (marque con una X)		Resultados de prueba de tamizaje					
			Positivos		Negativos		Indeterminados	
	Masculino	Femenino	M	F	M	F	M	F
Universidad de Belize, Belmopán	31	69	0	0	31	69	0	0

B. COSTA RICA

1. MEJORA DEL DESEMPEÑO PARA LA CALIDAD –MDC-

Mejorar el desempeño del recurso humano que provee atención y tratamiento a las personas que viven con VIH y sida; así como integrar el tratamiento y la atención integral del VIH y sida con servicios de apoyo de base comunitaria. Asegurando que los servicios clínicos, la atención en el hogar y los grupos de auto apoyo se complementen mutuamente y promuevan las oportunidades de prevención como parte de la atención integral y la prestación del servicio

➢ DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En Costa Rica la Mejora del Desempeño para la Calidad –MDC- se está aplicando en diez hospitales: Dr. Max Peralta, Cartago, De las Mujeres, San Rafael Alajuela, México, San Juan de Dios, San Carlos, Niños, Limón, Puntarenas y Pérez Zeledón. Para desarrollar las mediciones del desempeño se conformó un equipo integrado por la Unidad de Control de ITS, VIH y Sida, las regionales del Ministerio de Salud y el Proyecto Capacity Centroamérica.

Se realizaron tres talleres de transferencia de la Metodología MDC. El primero, dirigido a personal de la Unidad de Control de ITS, VIH y Sida y al nivel central de Caja Costarricense de Seguro Social. El segundo taller se facilitó para personal de las regiones de salud y el último para jefes de Unidades del Nivel Central de la Caja del Seguro Social, con el objetivo de institucionalizar la metodología como la estrategia que permitirá operacionalizar el Modelo de Garantía de Calidad. Esto es un logro importante para el Proyecto, por cuanto que la Caja del Seguro Social está incluyendo en sus políticas y directrices nacionales la Metodología MDC.

En el presente año fiscal, se realizó la segunda medición en los cinco hospitales que en el año I recibieron la línea base. De los seis hospitales programados, se realizó primera medición en cinco de éstos. Posterior a cada medición donde estuvieron presentes las autoridades hospitalarias, los equipos multidisciplinarios analizaron las brechas identificadas y definieron su plan de intervenciones, al cual se le dio seguimiento a través de las visitas y reuniones en cada hospital.

Cuadro B.1.1.
Mejorar el Desempeño de la Calidad de los servicios de salud que brindan atención integral y tratamiento de VIH (18 áreas técnicas). Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre	Logro a la fecha	Desempeño anual	Desempeño al trimestre
1.1.1.	**# de servicios de salud en los cuales se ha completado la medición del desempeño dentro del período reportado**	11	**11**	10	91%	91%
		De los 11 servicios a ser medidos seis son de primera medición y cinco de seguimiento. Se midieron cinco de primera medición y cinco de seguimiento.				
1.1.2.	**# de servicios de salud que cuentan con el plan de intervenciones para mejora del desempeño según los resultados de última medición**	11	**11**	10	91%	91%
1.1.3.	**% de los servicios de salud que lograron un <u>buen cumplimiento</u> del plan de intervenciones para reducción de brechas del desempeño**	40% *(Se requiere por lo menos cuatro de ocho para alcanzar el 40%)*	40% *(Se requiere por lo menos cuatro de ocho para alcanzar el 40%)*	**12.5% (1 de 8)**	25% (1 de 4)	25% (1 de 4)
	El logro se medirá fraccionando la meta anual proporcionalmente al tiempo transcurrido desde la medición: ***Ver cuadro 1.2 Servicios de salud con medición de seguimiento y % de actividades realizadas para cierre de brechas***	*De los 10 servicios que se midieron durante el trimestre, ocho requieren seguimiento al plan de intervenciones, debido a que los otros dos se midieron durante el presente trimestre. Al trimestre se han visitado los 6 y 1 logró cumplir con el porcentaje de cumplimiento.*				
	Tiempo transcurrido desde la medición	***Meta proporcional***				
	Menos de un trimestre	No aplica				
	De uno a menos de dos	los servicios de salud deben cumplir con el mínimo				

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre	Logro a la fecha	Desempeño anual	Desempeño al trimestre
	trimestres: de 40% del cumplimiento del plan de intervenciones De dos a menos de tres trimestres: los servicios de salud deben cumplir con el mínimo de 60% del cumplimiento del plan de intervenciones De tres a menos de cuatro trimestres: los servicios de salud deben cumplir con el mínimo de 80% del cumplimiento del plan de intervenciones					
1.1.4	**% de servicios de salud que han <u>mejorado</u> su calificación global con respecto a su última medición del desempeño.** ***Ver cuadro 1.3 servicios de salud con medición de seguimiento y % de actividades realizadas para cierre de brechas*** *Mejora su calificación global del desempeño:* *-Si la red, durante la medición previa, obtuvo entre 85% - 100% se posiciona en la categoría VERDE y deberá mantener su calificación por arriba de 85% durante la medición de seguimiento.* *- Si la red, en la medición previa, obtuvo entre 60% - 84% se posiciona en la categoría AMARILLA y deberá incrementar un mínimo de 10% durante la medición de seguimiento o cambiar a la categoría VERDE* *- Si la red, en la medición previa, obtuvo entre 0% - 59% se posiciona en la categoría ROJA y deberá incrementar un mínimo de 20% durante la medición de seguimiento o cambiar a la categoría AMARILLA.*	50% *(Se requieren por lo menos tres de cinco para alcanzar el 50%)*	50% *(Se requieren por lo menos tres de cinco para alcanzar el 50%)*	**40%** **(2 de 5)**	67% (2 de 3)	67% (2 de 3)
		De los cinco servicios a los cuales se les debe dar seguimiento en su desempeño, de los cinco medidos, dos mejoraron su desempeño para la calidad				
1.1.5.	**# de servicios de salud con <u>Desempeño Esperado</u>** ***Ver cuadro 1.4 servicios de salud con medición de seguimiento y % de actividades realizadas para cierre de brechas*** *Desempeño Esperado* *# de servicios de salud con Desempeño Esperado:* *-servicios de salud que obtiene 55% en la 2da medición*	70% *(Se requieren por lo menos cuatro de cinco para alcanzar el 70%)*	70% *(Se requieren por lo menos cuatro de cinco para alcanzar el 70%)*	**100%** **(5 de 5)**	125% (5 de 4)	125% (5 de 4)
		De los cinco servicios a los cuales se les debe dar seguimiento en su desempeño, todos lograron el desempeño esperado				

Fuente: SM&E

En el Cuadro B.1.1 se puede observar que Costa Rica tuvo un buen desempeño con respecto a las metas propuestas para este año. En los indicadores de *medición del desempeño en servicios de salud y en* la *elaboración de planes para la mejora* del mismo obtuvo el 91 por ciento. En el *desempeño esperado*, obtuvo el 125 por ciento, sin embargo el seguimiento a los planes de intervención muestra que el cumplimiento de los mismos no fue lo esperado, ya que obtuvo un logro del 25 por ciento. Todo esto se convierte en un reto muy importante para Costa Rica, ya que el logro para la reducción de brechas es la clave en la mejora del desempeño. El mayor reto para Costa Rica fue el cumplimiento al plan de intervenciones, en el cual alcanzó el 67 por ciento de la meta propuesta.

Cuadro B.1.2 Cumplimiento de actividades planteadas para cierre de brechas

Hospitales con medición realizada durante el tercer trimestre									
Hospital	**No de actividades planteadas para cierre de brechas en la última medición**				**Porcentaje de logro**				**Logró el 40% de cumplimiento**
	Conocimiento	**Actitud**	**Recursos**	**Total**	**Conocimiento**	**Actitud**	**Recursos**	**Total**	
Hospital de las Mujeres	1	3	15	19	100.0% (1)	0.0% (0)	6.7% (1)	10.5% (2)	NO
Hospital de Cartago	4	1	9	14	50.0% (2)	0.0% (0)	33.3% (3)	35.7% (5)	NO
Hospitales con medición realizada durante el segundo trimestre									
Hospital	**No de actividades planteadas para cierre de brechas en la última medición**				**Porcentaje de logro**				**Logró el 60% de cumplimiento**
	Conocimiento	**Actitud**	**Recursos**	**Total**	**Conocimiento**	**Actitud**	**Recursos**	**Total**	
Hospital de Niños	2	3	18	23	50.0% (1)	100.0% (3)	55.6% (10)	60.9% (14)	SI
Hospital de Puntarenas	6	8	20	34	50.0% (3)	62.5% (5)	30.0% (6)	41.2% (14)	NO
Hospital de Limón	7	8	14	29	28.6% (2)	75.0% (6)	21.4% (3)	37.9% (11)	NO
Hospital de Pérez Zeledón	3	12	14	29	33.3% (1)	75.0% (9)	28.6% (4)	48.3% (14)	NO

Fuente: SM&E. Corresponde al detalle del indicador 1.1.3 del cuadro B.1.1

Tabla B.1 Clasificación de los servicios de acuerdo a calificación global en las mediciones de estándares del desempeño para la calidad

Categoría	Calificación global	Incremento necesario para considerar "Mejora del Desempeño para la Calidad"
	85% - 100%	2%
	60% - 84%	10%
	0% - 59%	20%

Fuente: Definición de conceptos PMP USAID Proyecto Capacity CA. SM&E.

En el Cuadro B.1.3 se detalla el logro de los servicios para la mejora del desempeño. El Hospital México pasó de categoría amarillo a verde. Es de hacer notar que el Hospital Alajuela logró más del 2% esperado para un servicio de categoría verde. A futuro queda el reto de que los tres servicios que aún se mantienen en categoría amarilla logren llegar a verde.

Cuadro B.1.3. Mejora del Desempeño para la Calidad respecto de la medición anterior Servicios de salud con medición de seguimiento (18 áreas técnicas)

Servicio de salud	Resultados obtenidos durante la medición anterior	Resultados obtenidos durante la medición de seguimiento	Diferencia en porcentaje	Mejora del Desempeño para la Calidad
Hospital Max Peralta de Cartago	76%	81%	5%	NO logrado
Hospital de las Mujeres	79%	81%	2%	NO logrado
Hospital de Alajuela	89%	96%	7%	Logrado (Δ > 2%)
Hospital México	70%	89%	19%	Logrado (Δ > 10%)
Hospital San Juan de Dios	74%	83%	9%	NO logrado

Fuente: SM&E. Corresponde al detalle del indicador 1.1.3 del cuadro B.1.1

En el Cuadro B.1.4 se aprecia que todos los servicios de salud cumplen con el nivel de *desempeño esperado*, lo cual se debe a los altos valores que los mismos han presentado en su evaluación. La meta de hospitales con implementación del proceso de Mejora del Desempeño para la Calidad en Costa Rica era de once hospitales. Se logró la implementación en diez hospitales, debido a que las autoridades del hospital Calderón Guardia, presentaron al proyecto una carta indicando que no aceptaban la implementación de la mejora del desempeño.

Cuadro B.1.4. Cumplimiento del Desempeño esperado Servicios de salud con medición de seguimiento (18 áreas técnicas)

Hospital	Resultados obtenidos durante la medición de seguimiento	Logró un mínimo de 55% de la calificación que corresponde a la medición de seguimiento programada
Hospital Max Peralta de Cartago	81%	SI
Hospital de las Mujeres	81%	SI
Hospital de Alajuela	96%	SI
Hospital México	89%	SI
Hospital San Juan de Dios	83%	SI

Fuente: SM&E. Corresponde al detalle del indicador 1.1.5 del cuadro B.1.1

De los diez hospitales medidos en este año fiscal, cinco recibieron una segunda medición y cinco líneas basales. Se puede observar que todos los hospitales lograron incementar su presupuesto y cumplir con la meta de "Desempeño esperado". Un grupo lider en el proceso de fortalecimiento de bioseguridad y manejo de desechos lo constituyó el equipo de Gestión Ambiental, quienes luego de recibir la capacitación en la metodología de Mejora del Desempeño para la Calidad apoyaron en cada hospital el cierre de brechas en la revisión de la ruta y horario para la recolección de desechos y en la utilización del equipo de protección personal.

Se desarrolló un taller con el nivel central para revisar las normas y procedimientos institucionales para la prevención y control de infecciones nosocomiales. Participaron profesionales de enfermería, medicina, farmacia y microbiología de hospitales nacionales, regionales y especializados. Previo a su publicación y a través de la gestión del Proyecto Capacity Centroamérica el CDC revisó y avaló dicha norma.

El área de Consejería de la prueba del VIH se fortaleció a través de un taller, con el objetivo de actualizar el proceso y avalar la propuesta final de "Acceso a la prevención en VIH" por parte de la Dirección de Desarrollo Servicios de Salud. Al taller asistieron profesionales en Enfermería, Medicina, Farmacia, Microbiología, Psicología y Trabajo Social de los equipos de atención integral del VIH de hospitales regionales y especializados.

Para el desarrollo de las mediciones y visitas de seguimiento, se conformó un equipo integrado por un representante del equipo central de VIH y un representante de las Direcciones Regionales de Salud con la asistencia y acompañamiento de la representante del Proyecto Capacity. También se elaboraron rótulos de señalización para el manejo de desechos para todos los hospitales.

Los cinco hospitales que cuentan con segunda medición son: Cartago (Dr. Max Peralta), de Las Mujeres, San Rafael de Alajuela, México y San Juan de Dios.

A continuación los resultados obtenidos y el comparativo con la línea basal.

El desempeño global del hospital de Cartago refleja un 5 por ciento de incremento entre la línea basal y la segunda medición. Las áreas con mejor desempeño corresponden a los servicios de emergencia, cirugía, nutrición y banco de sangre. Esta última logró el cumplimiento de los estándares establecidos, por lo tanto su nivel de desempeño fue del 100 por ciento. Siete de las dieciocho áreas mejoraron su desempeño a través de actualización y socialización de la norma de prevención de infecciones intrahospitalarias e implementación de las prácticas de bioseguridad correspondientes. El servicio de emergencia mejoró y alcanzó un desempeño del 85 por ciento, mientras que el de bioseguridad avanzó de un 20 al 60 por ciento. El servicio de patología realizó gestiones respecto a estructura y recursos requeridos para su funcionamiento, sin embargo, no lograron obtener las respuestas a sus demandas y las brechas no se cerraron.

El Hospital de Cartago elaboró una planificación anual para el personal del hospital, que incluye las actividades de capacitación que realizará el Comité Local de Educación Permanente (CLEP).

Dentro del plan de intervenciones para el cierre de brechas se gestionó la disponibilidad del equipo faltante y de bolsas de desechos contaminados en los consultorios de emergencia, se instaló un dispositivo de control del nivel de humedad en central de equipos y se implementaron las prácticas correspondientes a la normativa institucional actualizada sobre limpieza y desinfección de instrumental. Se elaboró la ruta de recolección y transporte de desechos, participando en la capacitación de la sub área de Gestión Ambiental de la Caja del Seguro Social –CCSS- sobre la normativa vigente para la elaboración del Plan de Gestión Ambiental.

Cuadro B.1.5. Mediciones del desempeño Hospital Dr. Max Peralta de Cartago
Comparación entre primera y segunda medición

Tipo de servicio		Primera medición (Jun2010)	Segunda medición (Mar2011)
1	Consulta Externa	86%	84%
2	Emergencia	50%	85%
3	Cirugía	64%	88%
4	Gineco Obstetricia	76%	81%
5	Medicina Interna	70%	70%
6	Pediatría	100%	83%
7	Cuidados Intensivos	70%	80%
8	Imágenes diagnósticas	83%	67%
9	Nutrición	94%	94%
10	Consejería	79%	79%
11	Bioseguridad	20%	60%
12	Gestión ambiental	75%	63%
13	Laboratorio	75%	76%
14	Banco de Sangre	77%	100%
15	Farmacia	100%	92%
16	Lavandería	80%	80%
17	Anatomía Patológica	43%	43%
18	Gestión	79%	79%
Total		**76%**	**81%**

Fuente: SM&E

En la segunda medición, el hospital de las Mujeres logró mejorar su desempeño en nueve áreas: Unidad de Cuidados Intensivos y Banco de Sangre, Lavandería, Nutrición y Pediatría. Esta última alcanzó el 100 por ciento del desempeño debido a que cerró la única brecha pendiente con la implementación del recipiente rígido para punzocortante.

En la línea de base, este hospital no contaba con servicio de patología, en la segunda medición se evidenció el funcionamiento del mismo, pero obtuvo un bajo desempeño debido a que requiere aún de adaptaciones en la infraestructura. Las áreas de mayor oportunidad para el cierre de brechas son: Bioseguridad, Anatomía Patológica, Gestión Ambiental, Farmacia e Imágenes Diagnósticas. La razón por la que algunos servicios bajaron el desempeño fue por el desabastecimiento de papel toalla y porque el servicio de imágenes diagnósticas se encontraba en remodelación durante la línea de base y para la medición de seguimiento no se había concluido.

Cuadro B.1.6. Mediciones del desempeño Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva
Comparación entre primera y segunda medición

	Tipo de servicio	Primera medición	Segunda medición
1	Consulta Externa	73%	77%
2	Emergencia	91%	82%
3	Cirugía	89%	83%
4	Gineco Obstetricia	96%	88%
5	Medicina Interna		
6	Pediatría	93%	100%
7	Cuidados Intensivos	70%	90%
8	Imágenes Diagnósticas	67%	50%
9	Nutrición	81%	94%
10	Consejería	83%	89%
11	Bioseguridad	20%	40%
12	Gestión ambiental	50%	50%
13	Laboratorio	94%	88%
14	Banco de Sangre	77%	92%
15	Farmacia	70%	50%
16	Lavandería	0%	60%
17	Anatomía Patológica		43%
18	Gestión	84%	89%
	Total	**79%**	**81%**

Fuente: SM&E

El incremento de la mejora del desempeño en el hospital San Rafael Alajuela fue de un 7 por ciento en relación a la medición anterior, alcanzando un puntaje de 96 por ciento. Para el cierre de brechas, el equipo multidisciplinario definió intervenciones, que al implementarlas, permitió alcanzar el mejor de los promedios de hospitales de la región.

Las acciones se encaminaron a la gestión de bolsas para desechos contaminados en los consultorios de emergencia; instalación de un dispositivo para controlar el nivel de humedad en central de equipos; implementación de las prácticas correspondientes a la normativa institucional actualizada sobre limpieza y desinfección de instrumental; elaboración de la ruta de recolección y transporte de desechos; participación en la capacitación de la sub área de Gestión Ambiental de la Caja del Seguro Social –CCSS- sobre la normativa vigente para la elaboración del Plan de Gestión Ambiental.
En el área del desempeño relacionado al poder hacer, se capacitó al personal de lavandería en el uso de equipo de protección y se supervisó el uso del mismo.

Cuadro B.1.7. Mediciones del desempeño Hospital San Rafael de Alajuela
Comparación entre primera y segunda medición

	Tipo de servicio	Primera medición	Segunda medición
1	Consulta Externa	87%	100%
2	Emergencia	80%	85%
3	Cirugía	100%	100%
4	Gineco Obstetricia	96%	100%
5	Medicina Interna	91%	91%
6	Pediatría	No aplica	100%
7	Cuidados Intensivos	80%	90%
8	Imágenes Diagnósticas	100%	100%
9	Nutrición	100%	100%
10	Consejería	89%	94%
11	Bioseguridad	40%	80%
12	Gestión ambiental	63%	75%
13	Laboratorio	100%	100%
14	Banco de Sangre	100%	100%
15	Farmacia	100%	100%
16	Lavandería	75%	60%
17	Anatomía Patológica	67%	100%
18	Gestión	79%	95%
	Total	**89%**	**96%**

Fuente: SM&E

El hospital México recibió su segunda medición en el último trimestre del año II, el equipo verificador estuvo integrado por un representante de la Caja de Seguro Social y del Proyecto Capacity Centroamérica. Quince de las dieciocho áreas lograron un incremento de su desempeño. Significativamente mejoraron las áreas de Cirugía, Gineco Obstetricia, Pediatría, Cuidados Intensivos, Nutrición, Consejería, Bioseguridad, Gestión Ambiental, Banco de Sangre, Farmacia, Anatomía Patológica y Gestión y Administración. El resultado global para el hospital refleja un incremento de un 19% entre el promedio anterior y el actual. La mejora en el desempeño es producto del cumplimiento de intervenciones planteadas post línea basal del año 2010, entre ellas:

- Capacitación en bioseguridad. Ya se está usando solución clorada para la desinfección del instrumental médico. En Anatomía Patológica se cumple con las normas de bioseguridad para el manejo de cadáveres y la limpieza en la zona de autopsias.
- Emergencia cuenta con protocolo de control, seguimiento y mantenimiento en equipos de diagnostico. Se logró contar con equipos de diagnóstico con los que no contaban en la anterior medición.
- El personal de hospitalización de cirugía fue capacitado en el uso de medidas y del equipo de protección en las cirugías.
- En gestión ambiental el personal de la CCSS recibió capacitación en el uso del equipo de protección en general.
- El Laboratorio tiene rotuladas las áreas de procesamiento de muestras.
- Se brindó capacitación sobre estigma y discriminación en VIH.
- En farmacia los medicamentos están almacenados según la norma. Existe un protocolo de descarte de los medicamentos.
- Desarrollo de talleres de sensibilización en VIH.

Cuadro B.1.8. Mediciones del desempeño Hospital México
Comparación entre primera y segunda medición

Tipo de servicio		Primera Medición	Segunda Medición
1	Consulta Externa	90%	91%
2	Emergencia	70%	75%
3	Cirugía	67%	89%
4	Gineco Obstetricia	69%	96%
5	Medicina Interna	73%	82%
6	Pediatría	No aplica	90%
7	Cuidados intensivos	80%	100%
8	Imágenes diagnósticas	100%	100%
9	Nutrición	88%	100%
10	Consejería	44%	95%
11	Bioseguridad	0%	40%
12	Gestión ambiental	63%	88%
13	Laboratorio	50%	69%
14	Banco de Sangre	85%	92%
15	Farmacia	83%	100%
16	Lavandería	60%	60%
17	Anatomía Patológica	14%	100%
18	Gestión	63%	89%
Total		**70%**	**89%**

Fuente: SM&E

El hospital San Juan de Dios realizó su segunda medición en el último trimestre del presente año fiscal. El equipo que verificó el desempeño estuvo integrado por un representante de la Regional del Ministerio de Salud y del representante del Proyecto Capacity Centroamérica.

Se realizó la presentación de resultados y la elaboración del plan de intervenciones con la presencia de 33 personas representantes de las siguientes áreas: jefatura de medicina nuclear, nutrición, enfermería, consulta externa, laboratorio, cirugía, gineco obstetricia, neonatología, jefatura de servicios generales, administradora del hospital, unidad epidemiología, directora médica del hospital y la directora del área rectora del Ministerio de Salud.

La mejora global del desempeño del hospital refleja un incremento de 9 por ciento entre el promedio anterior y el actual. Se identificó mejora del desempeño significativa en áreas de Consulta Externa, Emergencias, Medicina Interna, Nutrición, Gestión Ambiental, Farmacia, Anatomía Patológica, Cirugía y Gestión y Administración. También mejoró el servicio de Laboratorio y Banco de Sangre.

Se percibe un verdadero compromiso por parte del personal de enfermería respecto a la supervisión de los procesos de desinfección y de limpieza. Las jefaturas indicaron que hacen lo posible para mejorar, sin embargo, existen factores presupuestarios que impiden la realización de mejoras en el tema de mayor personal disponible o cambios en la infraestructura o equipos médicos.

En lavandería se debe considerar que la lavandería ubicada dentro del hospital, no pertenece al mismo sino que es parte del Seguro Social y brinda servicio a siete hospitales del país, razón por la cual aunque está incluida no se logró hacer una intervención directa en el servicio para mejorar su funcionamiento.

En el cierre de brechas se trabajó en base al plan de intervenciones:

- Capacitación en consejería pre y post prueba, confidencialidad, generalidades del VIH y Nutrición.
- Se elaboró el manual sobre los procedimientos de limpieza de instrumental y de áreas de hospitalización, así como de funciones del personal de Servicios Generales por parte del Comité de Gestión Ambiental.
- Bioseguridad cuenta con envases de cloro y desinfectante correctamente etiquetados.
- Cuidados intensivos realizó gestiones y ahora cada cama cuenta con un respirador y hay disponibilidad de una enfermera por cada dos camas.
- Anatomía patológica cuenta con puerta del servicio rotulada, la mesa para autopsias fue reparada y se realiza el debido procedimiento de desinfección del instrumental en el servicio.
- Farmacia rotuló el área de despacho de medicamentos.

Cuadro B.1.9. Mediciones del desempeño Hospital San Juan de Dios
Comparación entre primera y segunda medición

	Tipo de servicio	Primera Medición	Segunda Medición
1	Consulta Externa	80%	91%
2	Emergencia	65%	85%
3	Cirugía	89%	95%
4	Gineco Obstetricia	81%	81%
5	Medicina Interna	82%	91%
6	Pediatría (neonatología)	100%	92%
7	Cuidados intensivos	80%	80%
8	Imágenes diagnósticas	100%	100%
9	Nutrición	56%	94%
10	Consejería	78%	67%
11	Bioseguridad	25%	20%
12	Gestión ambiental	75%	89%
13	Laboratorio	75%	81%
14	Banco de Sangre	69%	77%
15	Farmacia	67%	83%
16	Lavandería	40%	40%
17	Anatomía Patológica	14%	71%
18	Gestión	74%	84%
	Total	**74%**	**83%**

Fuente: SM&E

En el cuadro B.1.10 se puede observar los resultados de los cinco hospitales que realizaron la línea basal en el año fiscal II, estos alcanzaron un desempeño medio.

Los equipos multidisciplinarios de cada uno de los cinco hospitales elaboraron su plan de intervenciones, recibiendo durante el último trimestre visita de seguimiento para conocer el avance de cumplimiento. Las áreas con mayores brechas identificadas son Bioseguridad y Hospitalización de Medicina Interna.

Los hospitales con mayor número de áreas de desempeño bajo (rojo) son San Carlos, Pérez Zeledón y Puntarenas, Limón y Nacional de niños, este último hospital presenta condiciones mucho mejores, ya que cuentan con ocho áreas con desempeño esperado.

Cuadro B.1.10. Resultados de primera medición del desempeño
(Costa Rica, febrero-marzo 2011)

	Tipo de servicio	San Carlos	Escalante Pradilla de Pérez Zeledón	Monseñor Sanabria de Puntarenas	Tony Facio de Limón	Hospital Nacional de Niños
1	Consulta Externa	49%	35%	78%	74%	83%
2	Emergencia	65%	58%	75%	85%	87%
3	Cirugía	71%	91%	76%	96%	82%
4	Gineco obstetricia	72%	63%	88%	81%	No aplica
5	Medicina Interna	82%	60%	55%	50%	No aplica
6	Pediatría	58%	92%	67%	80%	86%
7	Cuidados intensivos	40%	60%	60%	70%	90%
8	Imágenes diagnósticas	67%	83%	50%	67%	83%
9	Nutrición	63%	64%	75%	64%	81%
10	Orientación	67%	33%	72%	61%	100%
11	Bioseguridad	40%	60%	40%	20%	40%
12	Manejo de desechos sólidos	75%	88%	63%	75%	88%
13	Laboratorio	75%	59%	76%	71%	88%
14	Banco de Sangre	46%	62%	69%	77%	67%
15	Farmacia	75%	90%	92%	100%	92%
16	Lavandería	40%	100%	60%	80%	75%
17	Morgue	17%	71%	83%	86%	86%
18	Gestión	72%	63%	79%	79%	74%
	Total	**62%**	**65%**	**74%**	**76%**	**83%**

Fuente: SM&E

➢ ATENCIÓN INTEGRAL Y CONTINUA

La región de Desamparados fue elegida para implementar la Estrategia de Atención Integral y Continua de VIH en Costa Rica, y se realizó un diagnostico sobre la situación de la atención para personas con VIH.

En base al diagnostico se inició el trabajo de sensibilización y de socialización de la estrategia de AICV, así como de la integración de las organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, de sociedad civil y basadas en la Fe mediante una red como: Ministerio de Salud, Ministerio de Educación Pública, Hospital San Juan de Dios, Hospital de las Mujeres, Instituto Nacional de Aprendizaje, Cruz Roja, ASOVIHSIDA, Iglesia Luterana y Asociación Demográfica Costarricense, entre otras. Esta red estableció su misión, visión, objetivos y plan estratégico.

Misión:
"Somos una comisión multisectorial que articula diferentes acciones para promover la respuesta integral y continua al VIH en el cantón de Desamparados por medio de la estrategia de Mejora del Desempeño, incidencia política y participación ciudadana, en el marco de las políticas del país".

Visión:
"Ser una comisión multisectorial referente y proactiva que promueva y coadyuve en mejora de la respuesta integral y continua del VIH en el cantón de Desamparados".

Valores:
Respeto, empatía, perseverancia, compromiso, eficiencia, solidaridad y equidad.

Desde su organización varias reuniones de trabajo y consolidación de la red se han suscitado.
En el mes de julio se realizó en las instalaciones de la Iglesia Luterana la reunión de la COMUREVIH-D (Comisión Multisectorial de Respuesta al VIH en Desamparados), contándose con la participación de 16 representantes de las organizaciones: Iglesia Luterana (ILCO), Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), Comité Cantonal de la Persona Joven de Desamparados, Ministerio de Educación, Cruz Roja, Defensoría de los Habitantes, CCSS, ASOVIHSIDA y del Hogar de la Esperanza.

En esta reunión se revisaron los estándares de la COMUREVIH-D del Mejoramiento del Desempeño, como parte de la implementación de la metodología de Mejora del Desempeño. Para esta revisión, se formaron cuatro sub comisiones, respondiendo al principio del Continuo de Atención Integral en VIH, originalmente debían ser cinco pero para el caso de Costa Rica, las sub comisiones de Cuidados Clínicos y de Tratamiento Antirretroviral se unieron, debido a que en el país ambos servicios son ofrecidos por el seguro social y se mide en ellos. Los estándares quedaron revisados en el presente trimestre, para que en el año fiscal III se apliquen estos estándares.

2. CAPACITACIÓN EN SERVICIO

Proveer capacitación en servicio al personal médico y otros proveedores de servicios de salud de los sectores público, privado y organizaciones no gubernamentales (ONG). Por ejemplo: diplomados y otros cursos de corta duración en temas específicos relacionados con la atención integral y tratamiento del VIH y SIDA. Apoyar la actualización, desarrollo y reproducción de materiales, y/o becas para la participación en cursos impartidos por instituciones privadas. Se deben cubrir al menos los temas de: terapia antirretroviral, coinfección TB/VIH, bioseguridad, mejora del desempeño, estigma y discriminación.

Se utilizó la metodología APD para la capacitación de capacitadores (indicador 2.1.1) Como muestra el cuadro B2.1, la meta se cumplió en 100%. El indicador 2.1.2, alcanzó el 42% de lo programado, ya que al no contar con la currícula actualizada, se atrasó el proceso de capacitación en competencias en los temas de estigma y discriminación, consejería voluntaria y prueba y bioseguridad. Sin embargo74% de los capacitados alcanzaron un buen nivel al certificarse en competencias.

Las capacitaciones en servicio, se implementaron en los hospitales: México y San Juan de Dios durante los meses de abril y mayo. El tema impartido con apoyo de docentes hospitalarios fue Estigma y Discriminación, que responde a los acuerdos establecidos con autoridades hospitalarias en los planes de intervención.

Cuadro B.2.1. Capacitación en servicio implementada
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre		Logro a la fecha		Desempeño anual	Desempeño al trimestre
2.1.1.	**# de prestadores de servicios de salud capacitados como capacitadores en aprendizaje del desempeño**	**11**	11		11		100%	100%
2.1.2.	**# de prestadores de servicios de salud que completaron exitosamente el programa de capacitación basado en competencias, en temas de mejora del desempeño, temas relacionados a VIH con la incorporación de género, estigma y discriminación como ejes transversales**	**301**	301		127		**42%** *(127 de 301)*	42% *(127 de 301)*
2.1.3.	**% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias**	**70%**	70%		74%		**106%** *(74% de 70%)*	106% *(74% de 70%)*

En el cuadro B2.2, se detalla el numero de capacitados que contribuye al del indicador 2.1.2, según profesión, sexo y tema, siendo en fortalecimiento institucional donde más participantes certificados se reporta. La tendencia muestra que las mujeres participaron más activamente en todos los temas de capacitación. Se observa un rendimiento total del 74%.

Cuadro B.2.2. Capacitación en servicio por tema, profesión y sexo

Tema de capacitación:		Bioseguridad	Sensibilización en estigma y discriminación	
Institución (es) participante (s)	Fortalecimiento institucional (Detalle CuadroB.2.3)	Caja Costarricense de Seguro Social	Hospital San Juan de Dios	
Periodo capacitación:		07/06/2011 al 09/06/2011	16/08/2011 y 23/08/2011	Total
Asistentes	73	112	16	201
Participantes	72	85	14	171
Participantes certificados en competencias	**72**	**41**	**14**	**127**
Se considera que una persona es "participante" cuando la misma ha completado su capacitación y por lo tanto cuenta con resultados de Pre y Post	*Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo: 1. ha realizado Pre y post 2. Obtiene calificación > 80pts en post-test 3. Obtiene calificación de habilidades > 80%*			

2.1.2.	**Número de prestadores de servicios de salud que completaron exitosamente el programa de capacitación basado en competencias en temas de mejora del desempeño, temas relacionados a VIH con la incorporación de género, estigma y discriminación como ejes transversales (M=médicos, E=enfermeras, O=otros)**				
	Total	**72**	**41**	**14**	**127**
	Masculino	28	24	4	56
	Femenino	44	17	10	71
	Médicos	**6**	**10**	**0**	**16**
	Masculino	4	3	0	7
	Femenino	2	7	0	9
	Enfermeras	**9**	**5**	**11**	**25**
	Masculino	0	2	3	5
	Femenino	9	3	8	20
	Otros	**57**	**26**	**3**	**86**
	Masculino	24	19	1	44
	Femenino	33	7	2	42
2.1.3.	**% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias**	**100%**	**48%**	**100%**	**74%**

El tema de fortalecimiento institucional incluye los talleres de transferencia de MDC (2 talleres), transferencia de APD y diplomado dirigido a la red multisectoriales. En el cuadro B.2.3, se muestra que la mayor respuesta la tuvo el grupo Otros, con una participación mayoritaria en todas las capacitaciones. El 100% de capacitados adquirieron competencias.

Cuadro B.2.3. Detalle de capacitaciones en servicio en Fortalecimiento institucional, desagregado por servicio de salud, profesión y sexo

Sub-tema de capacitación:	Transferencia de MDC	Transferencia de MDC	Transferencia de APD	Diplomado	
Intitución (es) participante (s)	Caja Costarricense de Seguro Social	Ministerio de Salud	Hospital San Juan de Dios	COMUREVIH-D (Red de desamparados)	total
Periodo capacitación:	08/02/2011 al 09/02/2011	10/02/2011 al 11/02/2011	15/02/2011 al 17/02/2011	03/06/2011 y 09/09/2011	
Asistentes	20	12	8	30	70
Participantes	17	10	8	29	64
Participantes certificados en competencias	**17**	**10**	**8**	**29**	**64**
Se considera que una persona es "participante" cuando la misma ha completado su capacitación y por lo tanto cuenta con resultados de Pre y Post	*Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo: 1. ha realizado Pre y post 2. Obtiene calificación > 80pts en post-test 3. Obtiene calificación de habilidades > 80%*				

2.1.2.	**Número de prestadores de servicios de salud que completaron exitosamente el programa de capacitación basado en competencias en temas de mejora del desempeño, temas relacionados a VIH con la incorporación de género, estigma y discriminación como ejes transversales (M=médicos, E=enfermeras, O=otros)**

	Total	**17**	**10**	**8**	**29**	**64**
	Masculino	6	4	3	13	26
	Femenino	11	6	5	16	38
	Médicos	**2**	**4**	**0**	**0**	**6**
	Masculino	2	2	0	0	4
	Femenino	0	2	0	0	2
	Enfermeras	**5**	**0**	**2**	**0**	**7**
	Masculino	0	0	0	0	0
	Femenino	5	0	2	0	7
	Otros	**10**	**6**	**6**	**29**	**51**
	Masculino	4	2	3	13	22
	Femenino	6	4	3	16	29
2.1.3.	**% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Durante los meses de junio a septiembre, se desarrollo el Diplomado de Atención Integral en VIH y DDHH, dirigido a miembros de la red. Se observa predominio de capacitados del sector no gubernamental. El total de personal certificado en el Diplomado fue del 100%.

Cuadro B.2.4. Detalle de capacitaciones en servicio por medio del Diplomado en VIH
Distribución grupo y sexo

Total de capacitqado en Dipliamdo de VIH y cerificado en competencias (indicador 2.1.2 Otros)		**29**
	Masculino	13
	Femenino	16
3.2.1.1	**OG --Organización gubernamental**	**9**
	Masculino	2
	Femenino	7
3.2.1.2	**ONG ---Organización no gubernamental**	**12**
	Masculino	5
	Femenino	7
3.2.1.3	**SC ---Sociedad civil**	**8**
	Masculino	6
	Femenino	2
% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias		100%

En Costa Rica se realizaron varios talleres y charlas de sensibilización, modalidad que se implementó en Costa Rica por no poseer del aval del CENDEISS en los contenidos a impartir. Estos talleres carecen de certificado en competencias por no haber desarrollado los participantes la parte práctica destinada a las habilidades. Se retomará el desarrollo de habilidades para los participantes en estos talleres para el próximo periodo.

Taller de Sensibilización sobre Estigma y Discriminación realizado en el Hospital México el 7 de abril, impartido a funcionarios (as) del Hospital, entre ellos: personal clínico, administrativo y de servicios de apoyo, con la participación treinta y cinco personas.

Taller de Atención Integral al Paciente Portador de VIH, desarrollado en el Hospital San Juan de Dios, los días 3 y 10 de mayo como parte de un proceso de sensibilización del personal de enfermería y con el objetivo de disminuir el estigma y discriminación, con participación de 29 personas. Asimismo,

se contó con la facilitación y apoyo de profesionales de las áreas de Medicina, Enfermería, Nutrición, Asesoría Legal, Trabajo Social y Farmacia.

Taller Sobre Sensibilización y Capacitación en VIH, realizado los días 25 y 26 de mayo, en el Hospital México. Participaron veintinueve personas entre personal clínico, administrativo y de apoyo, con la facilitación y apoyo de seis especialistas en Trabajo Social, Enfermería, Farmacia, Medicina y Pedagogía.

En el cuadro B2.5, se encuentra el detalle de los participantes a estos talleres

Cuadro B.2.5. Charlas para cierre de brecha en hospitales

Hospital México	
Tema: Estigma y Discriminación	Periodo capacitación: 07/04/2011
Asistentes	35
Participantes que realizaron Pre y post test	35
Participantes que obtienen calificación de post-test >80%	30
Hospital San Juan de Dios	
Tema: Estigma y Discriminación	Periodo capacitación: 03/05/2011 y 10/05/2011
Asistentes	29
Participantes que realizaron Pre y post	22
Participantes que obtienen calificación de post-test >80%	21
Hospital México	
Tema: Taller de sensibilización y capacitación en VIH	Periodo capacitación: 25/05/2011 al 26/05/2011
Asistentes	29
Participantes que realizaron Pre y post	29
Participantes que obtienen calificación de post-test >80%	18

3. CAPACITACIÓN PRE-SERVICIO

Un programa de capacitación pre-servicio con una estrategia de pruebas voluntarias con consejería (TVC) enfocada en aumentar el acceso al diagnóstico temprano. Se apoyará la actualización e incorporación de módulos y materiales apropiados relacionados con la atención integral y tratamiento de VIH y SIDA en los programas de capacitación pre-servicio de médicos y otros prestadores de servicios sociales y de salud. Se deben cubrir al menos los temas de terapia antirretroviral, coinfección TB/VIH, bioseguridad, mejora del desempeño, estigma y discriminación.

➢ ACTUALIZACIÓN DE CURRICULA EN INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR

En el mes de marzo inicio la consultoría de Revisión y Actualización Curricular en temas de VIH. Los productos esperados para dicha consultoría eran diagnóstico de curricula, propuesta curricular para tema de VIH con enfoque APD, materiales educativos y carta compromiso con la universidad que contiene el aval de propuesta y los materiales educativos para incluir la nueva curricula en el plan regular de estudios.

A inicios de marzo, el consultor de curricula Erick Quezada, realizó la primera reunión de acercamiento con la Universidad de Costa Rica, Facultad de Enfermería a través de la Directora de la Facultad. Este proceso se interrumpió en junio, debido a una enfermedad critica del consultor, en agosto el mimo notificó que no continuaría, debido a la discapacidad temporal que presentaba.

Actualmente se está en proceso la selección del consultor(a) de curricula. Queda pendiente la conclusión de los materiales educativos y la Carta Compromiso de la UCR, para continuar con el proceso de consultoría que contribuye al indicador 3.1.3.

En el cuadro B.3.1 se presenta los resultados de la propuesta curricular en VIH, y la capacitación de docentes en APD que totaliza cuatro de seis esperados, siendo esto el 67% de desempeño del indicador. Estos capacitados como capacitadores con APD, incluyen las dos modalidades, talleres basados en competencias y curso virtual, las tres personas asistentes al curso virtual también asistieron al taller presencial por lo que no se suman a la meta, para evitar duplicados.

Quedó pendiente para el siguiente periodo, completar la meta de docentes capacitados en APD cuando se integre la Universidad Latina.

Cuadro B.3.1. Actualización de currícula en instituciones de educación superior seleccionadas
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre		Logro a la fecha		Desempeño anual	Desempeño al trimestre
3.1.1.	# de propuestas técnicas de actualización de currícula que incluyen temas relacionados al VIH	**1**	1		1		100% (1 de 1)	100% (1 de 1)
3.1.2.	#de docentes universitarios que completaron exitosamente el programa de capacitación de Aprendizaje para el Desempeño	**6**	6		4		**67%** *(4 de 6)*	67% *(4 de 6)*
3.1.3	# de instituciones de educación superior que implementan la curricula actualizada en temas de VIH en su programa de enseñanza-aprendizaje	**1**	1		0		0% (0 de 1)	0% (0 de 1)

➢ PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PRE-SERVICIO EN CONSEJERÍA Y PRUEBA VOLUNTARIA IMPLEMENTADO

Concatenada a la consultoría curricular está la implementación del plan de capacitación en pre servicio, al quedar interrumpida la consultoría, no se concluyo el proceso para iniciar las capacitaciones. Las capacitaciones programadas con la UCR, debieron reprogramarse, ya que se había acordado con las contrapartes universitarias que luego de avalar currícula y contenidos, se iniciaría la capacitación de los docentes y posteriormente de los estudiantes; lo que no se llegó a concretar debido a la interrupción abrupta de la consultoría por la enfermedad del consultor.

Durante el mes de mayo, y paralelo al trabajo de consultoría, se estableció coordinación con la Oficina de Bienestar y Salud de la UCR, en vísperas del Día de la Prueba en la Universidad, y con el apoyo de la Licda. Marylin Quezada, capacitada en APD por el proyecto, se capacitó en el tema de Prueba Voluntaria con Consejería a un grupo de 30 estudiantes voluntarios de la UCR de las carreras de salud, taller efectuado los días 21 y 28 de mayo.

En el cuadro B.3.2 se observa la certificación de 21 estudiantes que apoyarían las actividades de promoción y consejería durante el Día de la Prueba. Por los motivos expuestos acerca de la consultoría curricular, se observa que la meta no fue posible completarla durante el año 2 del proyecto, y se reprograma para el año 3 como parte de las actividades a desarrollar por la consultoría, cuando se validen los materiales educativos, se incluirán los talleres para docentes y estudiantes en la UCR y Universidad Latina.

Cuadro B.3.2. Programa de capacitación pre-servicio en consejería y prueba voluntaria implementado
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre		Logro a la fecha		Desempeño anual	Desempeño al trimestre
3.2.1.	# de personas en pre-servicio que completaron exitosamente la currícula de capacitación en consejería y prueba voluntaria	121	121		21		**17%**	17%
3.2.1.1	# de catedráticos capacitados como capacitadores en consejería y prueba voluntaria	21	21		0		**0%**	0%
3.2.1.2	# de estudiantes (pares) capacitados en consejería y prueba voluntaria	100	100		21		**21%**	21%

Fuente: SM&E

En el cuadro B.3.3 se observa el detalle de la capacitación en Prueba Voluntaria con Consejería con estudiantes de carreras de salud de la UCR, se observa la certificación del 72% de los participantes, con mayoría de mujeres capacitadas.

Cuadro B.3.3. Programa de capacitación pre-servicio en consejería y prueba voluntaria implementado

Tema de capacitación:		Consejería
Institución (es) participante (s)		Universidad de Costa Rica
Periodo capacitación:		21/05/11 y 28/05/11
Asistentes		30
Participantes		29
Participantes certificados en competencias		**21**
Se considera que una persona es "participante" cuando la misma ha completado su capacitación y por lo tanto cuenta con resultados de Pre y Post		*Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo:* *1. ha realizado Pre y post* *2. Obtiene calificación > 80pts en post-test* *3. Obtiene calificación de habilidades > 80%*
3.2.1.	**Número de personas en pre-servicio que completaron exitosamente la curricula de capacitación en consejería y prueba voluntaria**	**21**

3.2.1.1	**# de catedráticos capacitados como capacitadores en consejería y prueba voluntaria**	0
	Masculino	**0**
	Femenino	**0**
3.2.1.2	**# de estudiantes (pares) capacitados en consejería y prueba voluntaria**	21
	Masculino	**7**
	Femenino	**14**
3.2.1.2	**Otros**	0
	Masculino	**0**
	Femenino	**0**
% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias		72%

Fuente: SM&E

➢ DÍA DE LA PRUEBA EN PRE-SERVICIO

El Día de la Prueba se realizó el 14 de junio, con el apoyo de la oficina de Bienestar y Salud Estudiantil de la UCR, los estudiantes capacitados y en coordinación con el Ministerio de Salud. Se atendieron con Prueba y Consejería a 354 estudiantes, realizado en la sede Rodrigo Facio de la UCR. La actividad tuvo una duración de tres días y se contó además con el apoyo de la empresa de condones Masculán, con PASMO, entre otros. Se utilizaron pruebas de ELISA, ya que no utilizan pruebas rápidas de diagnostico. Por lo que las post consejerías y entregas de resultados se realizaron los días 27 y 28 de junio. El Día de la Prueba fue muy exitoso, y hubo gran aceptación por parte de las autoridades de la CCSS y de las Universidades. Los estudiantes que apoyaron en la promoción, inclusive publicaron la actividad en Facebook, donde este espacio constituyo además un foro desde el cual se aclararon dudas respecto al tema de VIH.

En el cuadro B.3.4 se observa que se logro tamizar a 335 estudiantes de la UCR, alcanzando el 112% de la meta esperada, la post consejería se realizó posteriormente al entregar las resultados los días 27 y 28 de junio. Hay que aclarar que la meta era de intencionalidad y que dependía también de la disponibilidad de insumos y materiales por parte del CCSS.

Cuadro B.3.4. Actualización de currícula en instituciones de educación superior seleccionadas
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre		Logro a la fecha		Desempeño anual	Desempeño al trimestre
3.3.1.	# de universidades que proveen tamizaje voluntario de VIH con consejería pre y post-prueba de acuerdo con las normas nacionales e internacionales	**2**	2		1		**50%**	50%
3.3.2.	# de personas que recibieron tamizaje voluntario de VIH con consejería pre y post-prueba de acuerdo con las normas nacionales e internacionales en las universidades	**300**	300		335		**112%**	112%

En el cuadro B3.5 se aprecia del detalle de las estudiantes tamizados el Día de la Prueba de VIH, según el sexo, se realizaron la prueba rápida de VIH con pre y post consejería 167 hombres y 168 mujeres, no se diagnosticaron casos positivos, ni se registraron resultados indeterminados.

Cuadro B.3.5. Resultados del Día d la Prueba									
Universidad	**Unidad académica / Facultad / Escuela**	**Número de personas que recibieron tamizaje voluntario (marque con una X)**		**Resultados de prueba de tamizaje**					
				Positivos		**Negativos**		**Indeterminados**	
		Masculino	**Femenino**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**
Universidad de Costa Rica	----	167	168	0	0	167	168	0	0

C. EL SALVADOR

1. MEJORA DEL DESEMPEÑO PARA LA CALIDAD –MDC-

Mejorar el desempeño del recurso humano que provee atención y tratamiento a las personas que viven con VIH y sida; así como integrar el tratamiento y la atención integral del VIH y sida con servicios de apoyo de base comunitaria. Asegurando que los servicios clínicos, la atención en el hogar y los grupos de auto apoyo se complementen mutuamente y promuevan las oportunidades de prevención como parte de la atención integral y la prestación del servicio

➢ DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En El Salvador el proceso de implementación de la metodología de Mejora del Desempeño para la Calidad –MDC-, sufrió un significativo atraso debido a reorganización interna y cambios en el personal del Comité de Calidad del Ministerio de Salud.

Se definieron 12 áreas priorizadas para complementar procesos de calidad ya existentes en el Ministerio de Salud, apoyados por URC. El taller de transferencia de Mejora del Desempeño para la Calidad se desarrolló en el último trimestre. Se realizó la transferencia metodológica a los Programas Nacional de VIH y SIDA, Tuberculosis y del segundo y tercer nivel del país. Los Hospitales participantes fueron: Hospital Rosales, Hospital de Niños Benjamín Bloom, Hospitales Nacionales de Chalatenango, Morazán, Ahuachapán, Santa Ana, Sonsonate, San Rafael, San Vicente, San Miguel, Saldaña y La Unión.

En el tercer y cuarto trimestre se completaron las 12 mediciones. Cinco mediciones de línea basal y siete mediciones de seguimiento que fueron realizadas por tres equipos de verificación, conformados por los Programas Nacional de VIH y SIDA, Tuberculosis y del Proyecto Capacity Centroamérica.

Se realizaron los 12 planes de intervención para todos los hospitales. Los 7 hospitales con segunda medición recibieron visitas de seguimiento y se implementaron intervenciones para el cierre de brechas a través de talleres de capacitación en los temas de bioseguridad, inteligencia emocional, consejería y prueba. También se realizó la actualización de normas y procedimientos de enfermería y manejo de desechos en algunos hospitales como La Unión, Santa Ana, San Juan de Dios. Por factor, tiempo se ha planificado el seguimiento de visitas al resto de hospitales para el próximo año fiscal.

A continuación se presenta el cuadro con el detalle de los cinco indicadores que aplican al resultado de MDC.

En el Cuadro C.1.1 se puede observar el buen desempeño que tuvo El Salvador con respecto a los compromisos o metas propuestos para este año. Se puede notar que el 100 por ciento de las ***mediciones de desempeño*** planificadas en servicios fueron realizadas. Además cumplió en un 100 por ciento con la elaboración de planes para la mejora del mismo (se registra un 109 por ciento debido a que se midió un servicio más de lo planificado).

Cuadro C.1.1. Mejorar el Desempeño de la Calidad de los servicios de salud que brindan atención integral y tratamiento de VIH (18 áreas técnicas)
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre	Logro a la fecha	Desempeño anual	Desempeño al trimestre
1.1.1.	**# de servicios de salud en los cuales se ha completado la medición del desempeño dentro del período reportado**	11	**11**	12	109%	109%
		Se programó medir once servicios de salud, se realizaron doce debido a que a solicitud del país se incorporó el Hospital Saldaña durante el primer año. Por lo que se realizaron las cinco primeras mediciones correspondientes al segundo año fiscal y siete de seis mediciones de seguimiento				
1.1.2.	**# de servicios de salud que cuentan con el plan de intervenciones para mejora del desempeño según los resultados de última medición**	11	**11**	12	109%	109%
1.1.3.	**% de los servicios de salud que lograron un <u>buen cumplimiento</u> del plan de intervenciones para reducción de brechas del desempeño**	40% *(Se requieren por lo menos 3 de 6 para alcanzar el 40%)*	40% *(Se requieren por lo menos 3 de 6 para alcanzar el 40%)*	**0%**	**NA**	NA
	El logro se medirá fraccionando la meta anual proporcionalmente al tiempo transcurrido desde la medición: ***Ver cuadro 1.2 Servicios de salud con medición de seguimiento y % de actividades realizadas para cierre de brechas***	Se logró medir los 12 servicios de salud durante el presente trimestre, por lo que se medirá fraccionando la meta anual proporcionalmente, a partir del primer trimestre del año tres, conforme la metodología				
	Tiempo transcurrido desde la medición / ***Meta proporcional***					
	Menos de un trimestre / No aplica					
	De uno a menos de dos trimestres / os servicios de salud deben cumplir con el mínimo de 40% del cumplimiento del plan de intervenciones					
	De dos a menos de tres trimestres / os servicios de salud deben cumplir con el mínimo de 60% del cumplimiento del plan de intervenciones					
	De tres a menos de cuatro trimestres / os servicios de salud deben cumplir con el mínimo de 80% del cumplimiento del plan de intervenciones					
1.1.4	**% de servicios de salud que han <u>mejorado</u> su calificación global con respecto a su última medición del desempeño.** ***Ver cuadro 1.3 Servicios de salud con medición de seguimiento y % de actividades realizadas para cierre de brechas***	50% *(Se requieren por lo menos tres de seis para alcanzar el 50%)*	50% *(Se requieren por lo menos tres de seis para alcanzar el 50%)*	**67% (4 de 6)**	133% (4 de 3)	133% (4 de 3)
	Mejora su calificación global del desempeño: -Si la red durante la medición previa obtuvo entre 85% - 100% se posiciona en la categoría VERDE y deberá mantener su calificación por arriba de 85% durante la medición de seguimiento. - Si la red en la medición previa obtuvo entre 60% - 84% se posiciona en la categoría AMARILLA y deberá incrementar un mínimo de 10% durante la medición de seguimiento o cambiar a la categoría VERDE - Si la red en la medición previa obtuvo entre 0% - 59% se posiciona en la categoría ROJA y deberá incrementar un mínimo de 20% durante la medición de seguimiento o cambiar a la categoría AMARILLA.	*De los seis servicios que deben tener medición de seguimiento en su desempeño, se han realizado siete, debido a que durante el primer año se incorporó el Hospital Saldaña. De los hospitales medidos cuatro lograron mejorar su desempeño*				
1.1.5.	**# de servicios de salud con <u>Desempeño Esperado</u>** ***Ver cuadro 1.4 servicios de salud con medición de seguimiento y % de actividades realizadas para cierre de brechas***	70% *(Se requieren por lo menos cinco de seis para alcanzar el 70%)*	70% *(Se requieren por lo menos cinco de seis para alcanzar el 70%)*	**83% (5 de 6)**	100% (5 de 5)	100% (5 de 5)
	Desempeño Esperado # de servicios de salud con Desempeño Esperado: -servicios de salud que obtiene 55% en la 2da medición	*De los seis servicios que deben tener medición de seguimiento en su desempeño, se han realizado siete, debido a que durante el primer año se incorporó el Hospital Saldaña. De los hospitales medidos cinco lograron el desempeño esperado*				

Fuente: SM&E

La clave para la mejora del desempeño es el seguimiento a los planes de intervención, así como el cumplimiento de los mismos. En el caso de El Salvador no se presenta información, debido al proceso de Mediciones del Desempeño para la Calidad que se realizó durante el presente trimestre. Se espera un avance en el cumplimiento del plan de intervenciones para el primer trimestre del próximo año. El logro en la reducción de brechas se convierte en un reto muy importante para El Salvador en el próximo año.

Por otro lado, también se observan los resultados en los indicadores más relevantes, que son los de impacto: *Porcentaje de servicios de salud que han mejorado su calificación global con respecto a su última medición de desempeño*, misma que superó la meta; y *Porcentaje de servicios de salud con el desempeño esperado*; cuya meta se cumplió en un 100 por ciento.

Tabla C.1. Clasificación de los servicios, de acuerdo con la calificación global en las mediciones de estándares de desempeño

Categoría	Calificación global	Incremento necesario para considerar "Mejora del Desempeño para la Calidad"
	85% - 100%	2%
	60% - 84%	10%
	0% - 59%	20%

En el cuadro C.1.2. se observa que los cuatro servicios mejoraron su desempeño. La comparación entre la primera y segunda medición se realiza en base a las doce áreas técnicas priorizadas.

Cuadro C.1.2 Mejora del Desempeño para la Calidad respecto de la medición anterior Servicios de salud con medición de seguimiento (12 áreas técnicas comparables)

Servicio de salud	Resultados obtenidos durante la medición anterior	Resultados obtenidos durante la medición de seguimiento	Diferencia en porcentaje	Mejora del Desempeño para la Calidad
Hospital Nacional de La Unión	54%	42%	-12%	NO logrado
Hospital Nacional de San Vicente	43%	62%	19%	Logrado (cambia de categoría)
Hospital Nacional de Santa Ana	56%	61%	5%	Logrado (cambia de categoría)
Hospital Nacional de San Miguel	53%	68%	15%	Logrado (cambia de categoria)
Hospital Nacional de Sonsonate	57%	68%	11%	Logrado (cambia de categoría)
Hospital Nacional de San Rafael	64%	60%	-4%	NO logrado
Hospital Nacional de Saldaña	33%	46%	13%	NO logrado

Fuente: SM&E. Corresponde al detalle del indicador 1.1.3 del cuadro C.1.1

En el Cuadro C.1.3 se aprecia que el Hospital Nacional de la Unión y el Hospital Nacional Neumológico Dr. José A. Saldaña, no alcanzaron la calificación esperada en su medición de seguimiento; mientras que los otros cinco sí lograron un mínimo de 55% de la calificación que corresponde a la medición de seguimiento programada.

Cuadro C.1.3 Servicios de salud con medición de seguimiento y resultado esperado del desempeño (12 áreas técnicas comparables)

Hospital	Resultados obtenidos durante la medición de seguimiento	Logró un mínimo de 55% de la calificación que corresponde a la medición de seguimiento programada
Hospital Nacional de La Unión	42%	NO
Hospital Nacional Santa Gertrudis de San Vicente	62%	SI
Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana	61%	SI
Hospital San Juan de Dios de San Miguel	68%	SI
Hospital Nacional General "Dr. Jorge Mazzini Villacorta", Sonsonate	68%	SI
Hospital San Rafael de Santa Tecla de La Libertad	60%	SI
Hospital Nacional Neumológico Dr. José A. Saldaña	46%	NO

Fuente: SM&E. Corresponde al detalle del indicador 1.1.5 del cuadro C.1.1

A continuación se presentan los cuadros comparativos entre primera y segunda medición de siete hospitales. En las áreas categorizadas como "No forma parte de MDC" son las seis áreas que el Ministerio de salud descartó. Como puede identificarse hospitales como San Vicente, San Miguel y San Rafael mejoraron el desempeño en algunas áreas, debido a que en el 2011 la medición ocurrió en una infraestructura nueva o remodelada, sin embargo algunas áreas disminuyeron su desempeño por falta de insumos y recursos como parte de una brecha en el ámbito nacional.

En el hospital Nacional de La Unión vale la pena destacar que solamente las áreas de consulta externa, bioseguridad y morgue incrementaron el porcentaje en cuanto a sus resultados. Imágenes diagnósticas no cumplió con ninguno de los estándares propuestos debido a que no se están implementando las recomendaciones para el manejo de material radiactivo. No se cuenta con servicios de 24 horas, la infraestructura es pequeña y por lo tanto inadecuada. No cuentan con recurso humano necesario para su funcionamiento y tampoco se realiza estudio radiológico especializado.

En el caso del área de nutrición, su porcentaje persiste en 0% debido a la ausencia de contratación de un recurso especializado a pesar de ser un hospital del segundo nivel de atención. El área de consejería ha disminuido su porcentaje por condiciones relacionadas al deterioro del área y falta de espacios adecuados, así como la ausencia de recursos educativos y de prevención. En cuanto al manejo de desechos sólidos, el Hospital no cuenta con los insumos y recursos necesarios para la protección personal de los trabajadores.

En el caso de laboratorio, banco de sangre, bodega y farmacia y lavandería, el desempeñó disminuyó debido a la falta de recursos materiales e insumos. Las áreas no cuentan con recursos humanos necesarios ni con manuales de funciones actualizados de dichas dependencias.

Cuadro C.1.4 Mediciones del desempeño Hospital Nacional de la Unión. Primera y segunda medición (12 áreas técnicas comparables)

Tipo de servicio		Primera medición Dieciocho áreas técnicas (Ago2010)	Segunda medición Doce áreas técnicas (Jul2011)
1	Consulta Externa	63%	74%
2	Emergencia	33%	No forma parte MDC
3	Cirugía	36%	No forma parte MDC
4	Gineco- obstetricia	47%	No forma parte MDC
5	Hospitalización Medicina Interna	30%	No forma parte MDC
6	Pediatría	33%	No forma parte MDC
7	Cuidados Intensivos	No Aplica	No forma parte MDC
8	Imágenes diagnósticas	0%	0%
9	Nutrición	No Aplica	0%
10	Consejería	61%	55%
11	Bioseguridad	20%	40%
12	Manejo de desechos	63%	50%
13	Laboratorio	31%	28%
14	Banco de Sangre	69%	46%
15	Farmacia	50%	27%
16	Lavandería	20%	0%
17	Morgue	No Aplica	30%
18	Gestión	65%	45%

Fuente: SM&E

El hospital Santa Gertrudis, reconstruido integralmente e inaugurado en diciembre del año pasado es un hospital de segundo nivel de atención. Nueve áreas incrementaron sus porcentajes de desempeño. El área de gestión se mantuvo con el mismo resultado. Las áreas de imágenes diagnósticas, bioseguridad y laboratorio disminuyeron debido a brechas relacionadas a la falta de suministros y condiciones favorables para la protección del personal.

El hospital ha recibido dotación de equipos e insumos y sus procedimientos han mejorado a través de la utilización de manuales actualizados. El personal está implementando mejores prácticas como resultados de las capacitaciones en bioseguridad, sin embargo sigue existiendo la debilidad de la falta de recursos para protección personal.

Cuadro C.1.5. Mediciones del desempeño Hospital Santa Gertrudis de San Vicente
Primera y segunda medición (12 áreas técnicas comparables)

Tipo de servicio		Primera medición (Ago2010)	Segunda medición (Jul2011)
1	Consulta Externa	54%	80%
2	Emergencia	44%	No forma parte MDC
3	Cirugía	43%	No forma parte MDC
4	Gineco- obstetricia	60%	No forma parte MDC
5	Hospitalización Medicina Interna	30%	No forma parte MDC
6	Pediatría	44%	No forma parte MDC
7	Cuidados Intensivos	No Aplica	No forma parte MDC
8	Imágenes diagnósticas	33%	13%
9	Nutrición	38%	68%
10	Consejería	44%	65%
11	Bioseguridad	40%	20%
12	Manejo de desechos	13%	75%
13	Laboratorio	43%	44%
14	Banco de Sangre	54%	69%
15	Farmacia	50%	64%
16	Lavandería	20%	83%
17	Morgue	14%	60%
18	Gestión	40%	40%

Fuente: SM&E

El Hospital de Santa Ana es uno de los centros hospitalarios mas proactivos y diligentes con los procesos de mejora del desempeño para la Calidad. Es importante destacar que en sus resultados por área, solamente seis incrementaron el porcentaje de resultados, cinco decrecieron y dos se mantuvieron con el mismo nivel porcentual. La mayor parte de resultados negativos están vinculados a la falta de recursos e insumos, principalmente en la protección personal. También se identificó la falta de normativas y regulaciones en las áreas de morgue y bioseguridad.

La razón por las que hubo descenso en el desempeño de áreas como imágenes diagnósticas, bioseguridad y farmacia es por la falta de insumos y materiales para su funcionamiento así como infraestructura inadecuada (espacios reducidos, húmedos y sin condiciones de privacidad). Por otro lado el recurso humano es mínimo para el volumen de usuarios/as que demandan los servicios.

Cuadro C.1.6. Mediciones del desempeño Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.
Primera y segunda medición (12 áreas técnicas comparables)

Tipo de servicio		Primera medición (Ago2010)	Segunda medición (Jul2011)
1	Consulta Externa	72%	78%
2	Emergencia	70%	No forma parte MDC
3	Cirugía	32%	No forma parte MDC
4	Gineco-obstetricia	62%	No forma parte MDC
5	Hospitalización Medicina Interna	30%	No forma parte MDC
6	Pediatría	44%	No forma parte MDC
7	Cuidados Intensivos	38%	No forma parte MDC
8	Imágenes diagnósticas	17%	13%
9	Nutrición	81%	53%
10	Consejería	67%	90%
11	Bioseguridad	40%	0%
12	Manejo de desechos	38%	38%
13	Laboratorio	43%	44%
14	Banco de Sangre	54%	62%
15	Farmacia	71%	64%
16	Lavandería	0%	100%
17	Morgue	0%	20%
18	Gestión	40%	68%

Fuente: SM&E

En el hospital San Juan de Dios es importante considerar que la medición de línea base se realizó en una infraestructura improvisada. En la nueva infraestructura se aumentan las camas en un 20 por ciento. En la segunda medición de las doce áreas, ocho han incrementado sus porcentajes de resultado, dos han mantenido el mismo desempeño (imágenes diagnosticas y banco de sangre) y una reporta un decrecimiento (nutrición).

Las áreas que aumentaron responden a la mejora en la infraestructura, dotación de equipos e insumos, actualización de manuales de procedimientos y capacitación del personal en temas de bioseguridad. Las áreas que no mejoraron, como nutrición, se debe a que no se implementaron intervenciones para reducir brechas.

Cuadro C.1.7. Mediciones del desempeño Hospital San Juan de Dios de San Miguel. Primera y segunda medición (12 áreas técnicas comparables)

Tipo de servicio		Primera medición (Ago2010)	Segunda Medición (Jul2011)
1	Consulta Externa	53%	79%
2	Emergencia	96%	No forma parte MDC
3	Cirugía	32%	No forma parte MDC
4	Gineco Obstetricia	76%	No forma parte MDC
5	Hospitalización Medicina Interna	20%	No forma parte MDC
6	Pediatría	44%	No forma parte MDC
7	Cuidados Intensivos	38%	No forma parte MDC
8	Imágenes diagnósticas	0%	0%
9	Nutrición	73%	47%
10	Consejería	56%	70%
11	Bioseguridad	40%	40%
12	Manejo de desechos	50%	88%
13	Laboratorio	43%	67%
14	Banco de Sangre	77%	77%
15	Farmacia	64%	82%
16	Lavandería	40%	50%
17	Morgue	0%	60%
18	Gestión	70'%	85%

Fuente: SM&E

El Hospital de Sonsonate, del segundo nivel de atención, brinda atención a las áreas con asentamientos indígenas. Cuenta con alta demanda de atención de partos y además registra un alto número de PVVS. De las doce áreas medidas, ocho incrementaron, una se mantuvo y dos decrecieron moderadamente. El incremento del desempeño de áreas como consulta externa, nutrición y consejería se debe a que en el mes de marzo se inauguró la Clínica TARV. Con la nueva infraestructura se ha propiciado mejora en los servicios de orientación, nutrición, bioseguridad resultando en una mejora en la atención a PVVS.

La morgue mejoró los procedimientos de operación y socializó los manuales específicos para el manejo de cadáveres. Tanto en el laboratorio como en banco de sangre, ha favorecido las capacitaciones en el tema de bioseguridad y los procesos de actualización de operación y funcionamiento. Sin embargo las brechas que persisten se deben a la falta de insumos, equipos y materiales condicionados por la falta de recursos y cumplimiento de la normativa en bioseguridad.

Cuadro C.1.8. Mediciones del desempeño Hospital Nacional General "Dr. Jorge Mazzini Villacorta" Sonsonate. Primera y segunda medición (12 áreas técnicas comparables)

Tipo de servicio		Primera medición (Ago2010)	Segunda medición (Jul2011)
1	Consulta Externa	81%	82%
2	Emergencia	56%	No forma parte MDC
3	Cirugía	41%	No forma parte MDC
4	Gineco-obstetricia	52%	No forma parte MDC
5	Hospitalización Medicina Interna	10%	No forma parte MDC
6	Pediatría	44%	No forma parte MDC
7	Cuidados Intensivos	No aplica	No forma parte MDC
8	Imágenes diagnósticas	0%	50%
9	Nutrición	50%	74%
10	Consejería	67%	80%
11	Bioseguridad	60%	20%
12	Manejo de desechos	88%	88%
13	Laboratorio	36%	56%
14	Banco de Sangre	54%	85%
15	Farmacia	71%	55%
16	Lavandería	40%	33%
17	Morgue	0%	60%
18	Gestión	35%	55%

Fuente: SM&E

El hospital funciona como centro de referencia de los establecimientos de salud de la región central del país. Seis áreas específicas incrementaron sus resultados debido al mayor involucramiento del personal en los procesos de gestión. Logrando como resultado de la gestión, sensibilización del personal sobre la calidad de la atención, capacitar al personal en bioseguridad y consejería. Seis áreas disminuyeron debido a la falta de dotación de insumos, equipo, cumplimiento de normativas y existencia de manuales de procedimientos.

Cuadro C.1.9. Mediciones del desempeño Hospital San Rafael de Santa Tecla de la Libertad. Primera y segunda medición (12 áreas técnicas comparables)

Tipo de servicio		Primera medición (Ago2010)	Segunda medición (Jul2011)
1	Consulta Externa	75%	64%
2	Emergencia	63%	No forma parte MDC
3	Cirugía	43%	No forma parte MDC
4	Gineco-obstetricia	55%	No forma parte MDC
5	Hospitalización Medicina Interna	50%	No forma parte MDC
6	Pediatría	25%	No forma parte MDC
7	Cuidados Intensivos	63%	No forma parte MDC
8	Imágenes diagnósticas	83%	63%
9	Nutrición	63%	84%
10	Consejería	61%	70%
11	Bioseguridad	40%	100%
12	Manejo de desechos	50%	88%
13	Laboratorio	64%	56%
14	Banco de Sangre	No aplica	57%
15	Farmacia	64%	73%
16	Lavandería	40%	33%
17	Morgue	29%	20%
18	Gestión	65%	20%

Fuente: SM&E

El hospital Saldaña, recibió su segunda medición en julio del 2011. Siete áreas crecieron en función de la línea base, tres se mantuvieron y una decreció. Las condiciones deficitarias, están vinculadas a la falta de recursos, de manuales o guías de funcionamiento, así como a problemas de abastecimiento y recurso humano.

Cuadro C.1.10. Mediciones del desempeño Hospital Nacional Neumológico Dr. José A. Saldaña
Primera y segunda medición (12 áreas técnicas comparables)

Tipo de servicio		Primera medición (Ago2010)	Segunda medición (Jul2011)
1	Consulta Externa	48%	68%
2	Emergencia	26%	No forma parte MDC
3	Cirugía	50%	No forma parte MDC
4	Gineco-obstetricia	43%	No forma parte MDC
5	Hospitalización Medicina Interna	20%	No forma parte MDC
6	Pediatría	33%	No forma parte MDC
7	Cuidados Intensivos	No aplica	No forma parte MDC
8	Imágenes diagnósticas	0%	25%
9	Nutrición	63%	44%
10	Consejería	22%	70%
11	Bioseguridad	40%	40%
12	Manejo de desechos	50%	88%
13	Laboratorio	14%	28%
14	Banco de Sangre	No aplica	No aplica
15	Farmacia	36%	45%
16	Lavandería	0%	0%
17	Morgue	0%	10%
18	Gestión	15%	20%

Fuente: SM&E

A continuación el cuadro con los resultados de los cinco hospitales que realizaron la primera medición del desempeño. De esta información se concluye que todos los hospitales en su línea de base presentan un porcentaje bajo de desempeño.

En los cinco hospitales se evidencia que las areas con mayor deficit de cumplimiento son: lavandería, laboratorio morgue y bioseguridad debido a brechas originadas principalmente, por la falta de insumos y recursos de proteccion personal.

En el caso de morgue existe un vacío a nivel nacional en cuanto al establecimiento de normas, regulaciones y definición de manuales de procesos y procedimiento. La mayor parte de estas áreas funcionan en espacios improvisados, deteriorados o en abandono. Por el contrario, las áreas de consulta externa, consejería, imágenes diagnósticas y manejo de desechos obtuvieron mejores resultados. En todos los casos, las brechas identificadas se relacionan a recursos humanos, insumos y equipos, ausencia u obsoletos manuales de procedimiento.

Cuadro C.1.11. Resultados de primera medición del desempeño para la calidad.
(12 áreas técnicas comparables) El Salvador julio 2011.

Tipo de servicio		Hospital Nacional General "Dr. Francisco Menéndez", Ahuachapán	Hospital Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez, Chalatenango	Hospital de Niños Benjamin Bloom, El Salvador	Hospital Nacional Rosales	Hospital Nacional "Dr. Héctor Hernández Flores", Morazán
1	Consulta Externa	58%	70%	76%	59%	62%
2	Consejería	92%	85%	35%	45%	50%
3	Nutrición	68%	0%	44%	58%	32%
4	Laboratorio	28%	28%	56%	39%	13%
5	Banco de Sangre	46%	20%	77%	54%	46%
6	Imágenes diagnósticas	63%	50%	63%	75%	38%
7	Farmacia	45%	46%	73%	55%	55%
8	Bioseguridad	40%	40%	20%	20%	40%
9	Manejo de desechos	63%	88%	14%	63%	50%
10	Lavandería	33%	33%	33%	17%	17%
11	Morgue	40%	40%	20%	60%	0%
12	Gestión	70%	80%	40%	30%	20%
Total		**56%**	**54%**	**50%**	**49%**	**39%**

Fuente: SM&E

El hospital Nacional Rosales es el principal hospital de referencia nacional ya que cuenta con todas las sub-especilidades necesarias para brindar atencion integral. Morazán, Aguachapán y Chalatenango son Hospitales nacionales de segundo nivel y el hospital de Niños Benjamin Bloom es del tercer nivel especializado en atencion de niños hasta doce años, siendo el único hospital de refencia para niños con vih.

El porcentaje del desempeño global obtenido fue de un 49%. Las áreas que presentan un mayor nivel del desempeño son: consejería, consulta externa, imágenes diagnósticas y manejo de desechos; mientras que los niveles más bajos se encuentran en las áreas de nutrición, laboratorio, bioseguridad, lavandería y morge. La capacidad de algunos servicios ha sido superada por la excesiva demanda y limitación de recursos materiales y humano, por ejemplo el hospital de Chalatenango que no cuenta con nutricionista. En el hospital de niños Benjamin Bloom se identificó la ausencia de manuales de procedimeintos, guías y regulaciones especializadas y adaptadas a la complejidad de este centro hospitalario.

➢ ATENCIÓN INTEGRAL Y CONTINUA

En el tercer trimestre del año fiscal se realizó el diagnóstico de la atención integral y continua de VIH, con la participación y apoyo de un equipo multidisciplinario, posterior a ello se inició la implementación de la estrategia de Atención Integral y Continua (AIC), seleccionando La Unión el área geográfica para tal fin.

La red está conformada por las siguientes organizaciones e instituciones:

- MINSAL
- ISSS
- Médicos del Mundo
- Ministerio de Educación
- Batallón de Sanidad Militar
- Fuerza Naval
- Asociación Gay Estrellas del Golfo
- Iglesias Evangélicas
- Procuraduría de Derechos Humanos
- Ministerio de Trabajo
- Grupo de Trabajadoras del Sexo usuarias del HN de La Unión
- Centros Penales/Ministerio de Justicia

Producto de varias reuniones de coordinación, negociación y socialización, se definió y quedó establecida la estructura organizacional y funcional de la Red Multisectorial de Atención Integral y Continua del VIH – RMAICV -, también se firmó un acta acuerdo entre las diferentes organizaciones participantes como garantía de la buena voluntad de alcanzar el objetivo en común. Adicionalmente se analizó la figura legal de la red, se elaboró un reglamento interno para regular su funcionamiento y un plan estratégico que incluye entre otros componentes: Misión, visión, objetivos valores, comisiones y organigrama.

Una vez diseñados y validados los instrumentos de medición, se procedió a capacitar a los responsables de las mediciones para el uso adecuado y aplicación de los instrumentos. La aplicación de los instrumentos de medición del desempeño permitió valorar cuantitativa y cualitativamente el grado de cumplimiento de cada uno de los estándares previamente definidos y que responden a los siguientes componentes:

1. Consejería pre prueba y post prueba,
2. Prueba,
3. Cuidados clínicos,
4. Tratamiento,
5. Servicios de apoyo,
6. Promoción,
7. Gestión,
8. Bioseguridad.

La información recolectada en la medición permite determinar el grado de alcance de cada estándar y con ello se procedió a identificar las brechas del desempeño y las causas que no permiten el desempeño esperado.

Con el análisis de causas se procedió a elaborar un plan de mejora, práctico y alcanzable con acciones a corto, mediano y largo plazo. Este plan será implementado por cada una de las organizaciones y establecimientos participantes en la RMAICV.

También se inició el proceso para el establecimiento del sistema de referencia y respuesta. Este sistema es el mecanismo por el cual se garantiza que las PVV reciben atención integral y continua. Para ello, se debe establecer claramente las normas y procedimientos que garanticen la referencia y contra-referencia oportuna entre los diferentes establecimientos de servicios provistos por los participantes en la RMAICV.

Con esta finalidad se consideraron los siguientes elementos:

- ✓ Ámbitos y niveles de atención en el área de implementación de la estrategia.
- ✓ Organizaciones presentes en cada uno de los ámbitos y niveles de atención.
- ✓ Tipo de servicios prestados por las instituciones participantes en la red.
- ✓ Procedimiento para la referencia y contra-referencia (formatos, medios de comunicación y diagrama de flujo del sistema).
- ✓ Mecanismos de transporte y recursos disponibles para los usuarios.

Una vez definidos estos aspectos, en el año fiscal III se capacitará al personal/proveedor de servicios de todos los establecimientos para asegurar la adecuada referencia y contra-referencia de usuarios.

2. CAPACITACIÓN EN SERVICIO

Proveer capacitación en servicio al personal médico y otros proveedores de servicios de salud de los sectores público, privado y organizaciones no gubernamentales (ONG). Por ejemplo: diplomados y otros cursos de corta duración en temas específicos relacionados con la atención integral y tratamiento del VIH y SIDA. Apoyar la actualización, desarrollo y reproducción de materiales, y/o becas para la participación en cursos impartidos por instituciones privadas. Se deben cubrir al menos los temas de: terapia antirretroviral, coinfección TB/VIH, bioseguridad, mejora del desempeño, estigma y discriminación.

En El Salvador, se estableció la coordinación con la Dirección General de Hospitales en el nivel central, y posteriormente con las Direcciones de Área Locales del Ministerio de Salud (SIBASI). El personal de ambos niveles de salud participó en la capacitación de APD, certificando a los capacitadores en servicio que facilitaron la implementación del plan de capacitación.

En el Salvador se inició el plan de capacitaciones con enfoque APD en el mes de junio, debido al cambio de Representante de País. A pesar de que la implementación de la estrategia de AMD inicio tarde, se capacitó en el tema de Prueba y Consejería todos los hospitales del participantes de MDC.

Inicialmente se capacitó a un grupo de 17 profesionales de la salud, entre médicos, enfermeras y Otros (trabajador social, nutricionista, laboratorista, personal administrativo, entre otros); que desarrollaron dentro de su perfil una labor docente en el Hospital, logrando conformar un equipo multidisciplinario que se certificó en APD, y que posteriormente apoyó la implementación del plan de capacitación.

El cuadro C.2.1 reporta que se alcanzó 106% de la meta programada para personal de salud formado en APD como capacitador. En el indicador 2.1.2 se observa que se certificaron en competencias 217 profesionales de la salud en el tema de Prueba Voluntaria con Consejería, logrando un cumplimiento del 103% de la meta programada para el presente año. En el siguiente periodo se priorizaran los temas de Estigma y Discriminación y Bioseguridad.

En el indicador 2.1.3, se alcanzó 72% de capacitados en competencias respecto de los participantes, obteniendo un desempeño del indicador de 103%.

Cuadro C.2.1. Capacitación en Servicio Implementada
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre		Logro a la fecha		Desempeño anual	Desempeño al trimestre
2.1.1.	**# de prestadores de servicios de salud capacitados como capacitadores en aprendizaje del desempeño**	16	**16**		17		**106%**	106%
2.1.2.	**# de prestadores de servicios de salud que completaron exitosamente el programa de capacitación basado en competencias, en temas de mejora del desempeño**	300	**300**		217		**72%**	72%
2.1.3.	**% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias**	70%	**70%**		72%		**103%** *(72% de 70%)*	103% *(72% de 70%)*

Fuente: SM&E

En el cuadro C.2.2 se observa que se alcanzó el 72% de personal certificado en competencias. Al revisar los resultados según profesión y sexo, se observa una mayor participación de personal médico, con predominio del sexo femenino.

Cuadro C.2.2. Capacitación en servicio por tema, profesión y sexo

Tema de capacitación:		Capacitación en consejería y prueba	Fortalecimiento Institucional	Total capacitado en El Salvador
Asistentes		269	85	354
Participantes		239	62	301
Participantes certificados en competencias		**176**	**41**	**217**
Se considera que una persona es "participante" cuando la misma ha completado su capacitación y por lo tanto cuenta con resultados de Pre y Post		*Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo: 1. ha realizado Pre y post 2. Obtiene calificación > 80pts en post-test 3. Obtiene calificación de habilidades > 80%*		
2.1.2.	**Número de prestadores de servicios de salud que completaron exitosamente el programa de capacitación basado en competencias en temas de mejora del desempeño, temas relacionados a VIH con la incorporación de género, estigma y discriminación como ejes transversales (M=médicos, E=enfermeras, O=otros)**			
	Total	**176**	**41**	**217**
	Masculino	55	12	67
	Femenino	121	29	150
	Médicos	**83**	**19**	**102**
	Masculino	40	9	49
	Femenino	43	10	53
	Enfermeras	**60**	**14**	**74**
	Masculino	0	1	1
	Femenino	60	13	73
	Otros	**33**	**8**	**41**
	Masculino	15	2	17
	Femenino	18	6	24
2.1.3.	% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias	74%	66%	72%

Fuente: SM&E

En el cuadro C.2.3, se observa el detalle de capacitaciones del indicador 2.1.2, en el tema de Prueba Voluntaria con consejería, se desarrollaron once talleres en servicio; observando un rendimiento de 74% en los talleres de PVC.

Cuadro C.2.3. Detalle de capacitaciones en servicio en Consejería y prueba voluntaria, desagregado por servicio de salud, profesión y sexo

Tema de capacitación:		Consejería y prueba											
Intitución (es) participante (s)		Hospital San Juan de Dios, Santa Ana	Hospital de Sonsonate	Hospital Chalate-nango	Hospital Nacional de Niños Benjamin Bloom	Hospital Rosales	Hospital Francisco Menéndez, Ahuachapán	Hospital Nacional San Vicente	Hospital Nacional de La Unión	Hospital Nacional Saldaña	Hospital San Rafael	Red de La Unión	total
Periodo capacitación:		23/05/2011 al 24/05/2011	26/05/2011 al 27/05/2011	25/05/2011 al 26/05/2011	30/05/2011 al 31/05/2011	24/05/2011 al 25/05/2011	24/05/2011 al 25/05/2011	30/05/2011 al 31/05/2011	30/05/2011 al 31/05/2011	27/05/2011 al 28/05/2011	25/05/2011 al 26/05/2011	26/05/2011 al 27/05/2011	
Asistentes		27	31	22	11	32	25	29	15	17	23	37	269
Participantes		24	25	19	7	32	24	28	15	16	20	29	239
Participantes certificados en competencias		**22**	**25**	**11**	**5**	**25**	**20**	**22**	**5**	**11**	**11**	**19**	**176**
Se considera que una persona es "participante" cuando la misma ha completado su capacitación y por lo tanto cuenta con resultados de Pre y Post							*Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo: 1. ha realizado Pre y post 2. Obtiene calificación > 80pts en post-test 3. Obtiene calificación de habilidades > 80%*						
2.1.2.	**Número de prestadores de servicios de salud que completaron exitosamente el programa de capacitación basado en competencias en temas de mejora del desempeño, temas relacionados a VIH con la incorporación de género, estigma y discriminación como ejes transversales (M=médicos, E=enfermeras, O=otros)**												
	Total	**22**	**25**	**11**	**5**	**25**	**20**	**22**	**5**	**11**	**11**	**19**	**176**
	Masculino	5	7	3	2	9	5	7	3	4	1	9	55
	Femenino	17	18	8	3	16	15	15	2	7	10	10	121
	Médicos	**12**	**11**	**4**	**2**	**21**	**7**	**15**	**1**	**6**	**4**	**0**	**83**
	Masculino	5	6	2	2	9	5	6	1	3	1	0	40
	Femenino	7	5	2	0	12	2	9	0	3	3	0	43
	Enfermeras	**10**	**11**	**5**	**3**	**2**	**12**	**6**	**1**	**4**	**6**	**0**	**60**
	Masculino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Femenino	10	11	5	3	2	12	6	1	4	6	0	60
	Otros	**0**	**3**	**2**	**0**	**2**	**1**	**1**	**3**	**1**	**1**	**19**	**33**
	Masculino	0	1	1	0	0	0	1	2	1	0	9	15
	Femenino	0	2	1	0	2	1	0	1	0	1	10	18
2.1.3.	% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias	92%	100%	58%	71%	78%	83%	79%	33%	69%	55%	66%	74%

Fuente: SM&E

En el cuadro C.2.4, se observa el detalle de las capacitaciones en el tema de Fortalecimiento Institucional. En el Taller de transferencia de MDC, la mayoría de capacitados son médicos y en APD (capacitadores) la mayoría son enfermeras. El 88% de participantes en el Diplomado de VIH y DDHH alcanzó las competencias y contribuyen a la meta del indicador 2.1.2 en la categoría de otros.

Cuadro C.2.4. Detalle de capacitaciones en servicio en Fortalecimiento institucional, desagregado por servicio de salud, profesión y sexo

Sub-tema de capacitación:		Transferencia de Mejora del Desempeño	Transferencia de Aprendizaje para el Desempeño	Diplomado	Total
Intitución (es) participante (s)		Hospital Rosales, Bloom, Chalatenango, Ahuachapan y Morazán	Hospitales participantes en el proyecto	Red La unión	
Periodo capacitación:		27/06/2011 al 29/06/2011	03/05/2011 al 04/05/2011	03/06/2011 al 09/09/2011	
Asistentes		33	21	31	85
Participantes		33	21	8	62
Participantes certificados en competencias		**17**	**17**	**7**	**41**
Se considera que una persona es "participante" cuando la misma ha completado su capacitación y por lo tanto cuenta con resultados de Pre y Post		*Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo: 1. ha realizado Pre y post 2. Obtiene calificación > 80pts en post-test 3. Obtiene calificación de habilidades > 80%*			
2.1.2.	**Número de prestadores de servicios de salud que completaron exitosamente el programa de capacitación basado en competencias en temas de mejora del desempeño, temas relacionados a VIH con la incorporación de género, estigma y discriminación como ejes transversales (M=médicos, E=enfermeras, O=otros)**				
	Total	**17**	**17**	**7**	**41**
	Masculino	6	4	2	12
	Femenino	11	13	5	29
	Médicos	**13**	**6**	**0**	**19**
	Masculino	6	3	0	9
	Femenino	7	3	0	10
	Enfermeras	**4**	**10**	**0**	**14**
	Masculino	0	1	0	1
	Femenino	4	9	0	13
	Otros	**0**	**1**	**7**	**8**
	Masculino	0	0	2	2
	Femenino	0	1	5	6
2.1.3.	% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias	52%	81%	88%	66%

Fuente: SM&E

En el cuadro C.2.5 se observan el detalle de los participantes del Diplomado de Atención Integral en VIH y DDHH, orientado a líderes y lideresas de la red de la Unión. Se observa predominio de capacitados del sector gubernamental y de la sociedad civil, lo que contribuye al fortalecimiento institucional . El total de personal certificado en el Diplomado fue del 88%

Cuadro C.2.5. Detalle de capacitaciones en servicio por medio del Diplomado en VIH Distribución grupo y sexo

Total de capacitado en Diplomado de VIH y certificado en competencias (indicador 2.1.2 Otros)		**16**
	Masculino	5
	Femenino	11
3.2.1.1	**OG --Organización gubernamental**	**10**
	Masculino	2
	Femenino	8
3.2.1.2	**ONG ---Organización no gubernamental**	**1**
	Masculino	1
	Femenino	0
3.2.1.3	**SC ---Sociedad civil**	**5**
	Masculino	2
	Femenino	3
	% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias	88%

Fuente: Informe final CONEVIH

3. CAPACITACIÓN PRE-SERVICIO

Un programa de capacitación pre-servicio con una estrategia de pruebas voluntarias con consejería (TVC) enfocada en aumentar el acceso al diagnóstico temprano. Se apoyará la actualización e incorporación de módulos y materiales apropiados relacionados con la atención integral y tratamiento de VIH y SIDA en los programas de capacitación pre-servicio de médicos y otros prestadores de servicios sociales y de salud. Se deben cubrir al menos los temas de terapia antirretroviral, coinfección TB/VIH, bioseguridad, mejora del desempeño, estigma y discriminación.

➢ ACTUALIZACIÓN DE CURRICULA EN INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Para implementar la consultoría sobre actualización de contenidos curriculares, se contrató a María de los Angeles de Ayala, quien fue capacitada en APD, metodología en la que se basaron los contenidos curriculares. La consultora, inicialmente contactó a la Universidad de San Salvador –UES-, para desarrollar la consultoría curricular en la Escuela de Enfermeras. Debido a la huelga universitaria de mayo y junio no se pudo concretar. La Universidad Matías Delgado, se mostró receptiva ante esta iniciativa, orientando el apoyo a la Facultad de Medicina, por lo que fue seleccionada para la actualización de la currícula.

La consultoría permitió realizar un diagnóstico inicial, luego proponer una currícula en VIH con enfoque APD, desarrollar materiales educativos, y finalmente negociar una carta compromiso con las autoridades universitarias a fin de incluir la propuesta curricular y los materiales en el pensum de la carrera de Medicina. Todo lo anterior fue realizado durante el periodo de mayo a julio (anexo 5).

En el cuadro C.3.1 se observa el resultado de la propuesta curricular desarrollada y negociada con la Universidad Matías Delgado, y la capacitación en APD de 7 docentes alcanzando el 117% de la meta.

Cuadro C.3.1. Actualización de curricula en instituciones de educación superior seleccionadas
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre		Logro a la fecha		Desempeño anual	Desempeño al trimestre
3.1.1.	# de propuestas técnicas de actualización de curricula que incluyen temas relacionados al VIH	1	**1**		1		**100%**	100%
3.1.2.	# de docentes universitarios que completaron exitosamente el programa de capacitación de Aprendizaje para el Desempeño	6	**6**		7		**117%** *(7 de 6)*	117% *(7 de 6)*
3.1.3	# de instituciones de educación superior que implementan la curricula actualizada en temas de VIH en su programa de enseñanza-aprendizaje	**1**	1		1		100% (1 de 1)	100% (1 de 1)

➢ PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PRE-SERVICIO EN CONSEJERÍA Y PRUEBA VOLUNTARIA IMPLEMENTADO

Los docentes capacitados en APD, facilitaron la implementación del Taller de Prueba Voluntaria con Consejería en VIH. La capacitación en PVC se realizó primero con docentes y luego con estudiantes, tanto en la Universidad Matías Delgado como en IEPROES. Los resultados se detallan en el cuadro C.3.2, donde 34 docentes y 124 estudiantes fueron certificados en competencias.

Cuadro C.3.2. Programa de capacitación pre-servicio en consejería y prueba voluntaria implementado
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre		Logro a la fecha		Desempeño anual	Desempeño al trimestre
3.2.1.	# de personas en pre-servicio que completaron exitosamente la currícula de capacitación en consejería y prueba voluntaria	**121**	121		158		**131%**	131%
3.2.1.1	# de catedráticos capacitados como capacitadores en consejería y prueba voluntaria	**21**	21		34		**162%**	162%
3.2.1.2	# de estudiantes (pares) capacitados en consejería y prueba voluntaria	**100**	100		124		**124%**	124%

Fuente: SM&E

En el cuadro C.3.3 se reporta la certificación del 97% de los catedráticos capacitados y el 77% de los estudiantes capacitados con la currícula de Prueba Voluntaria con Consejería, totalizando 81% de los participantes en pre servicio certificados en competencias.

Cuadro C.3.3. Programa de capacitación pre-servicio en consejería y prueba voluntaria implementado
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

Tema de capacitación:		Taller de Capacitación y prueba a catedráticos	Taller de Capacitación y prueba a estudiantes pares	Total
Intitución (es) participante (s)		IEPROES catedraticos	IEPROES	
Periodo capacitación:		12/05/2011	30/5/11-31/5/11	
Asistentes		39	165	204
Participantes		35	161	196
Participantes certificados en competencias		**34**	**124**	**158**
Se considera que una persona es "participante" cuando la misma ha completado su capacitación y por lo tanto cuenta con resultados de Pre y Post		*Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo:* *1. ha realizado Pre y post* *2. Obtiene calificación > 80pts en post-test* *3. Obtiene calificación de habilidades > 80%*		
3.2.1.	**Número de personas en pre-servicio que completaron exitosamente la curricula de capacitación en consejería y prueba voluntaria**			
	Total	**34**	**124**	**158**
3.2.1.1	**# de catedráticos capacitados como capacitadores en consejería y prueba voluntaria**	34	0	34
	Masculino	**1**	**0**	**1**
	Femenino	**33**	**0**	**33**

3.2.1.2	**# de estudiantes (pares) capacitados en consejería y prueba voluntaria**	0	124	124
	Masculino	**0**	**22**	**22**
	Femenino	**0**	**102**	**102**
% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias		97%	77%	81%

Fuente: SM&E

La capacitación de capacitadores en APD facilitó y agilizó la implementación del Plan de Capacitaciones, ya que el personal capacitado realizó los talleres con alto nivel de compromiso.

➢ DÍA DE LA PRUEBA EN PRE-SERVICIO

El personal en pre servicio capacitado en Prueba y Consejería participó, apoyando el Día de la Prueba celebrado el 24 de junio con acciones de promoción, consejería y orientación de las estudiantes y docentes que acudieron a realizarse la prueba. La actividad se desarrolló en coordinación con el MINSAL y las autoridades de la Universidad Matías Delgado e IEPROES a través de la coordinadora de asuntos académicos.

En el cuadro C.3.4 se observan los resultados de tamizaje de VIH con consejería realizado en pre servicio durante el Día de la Prueba. Se registró un total de 1099 personas tamizadas que corresponde al 366% de la meta. Hay que destacar que la meta del indicador 3.3.2 es de intencionalidad, ya que dependía también de la disponibilidad de suministros y materiales del MINSAL.

Cuadro C.3.4. Día de la prueba en pre-servicio
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre		Logro a la fecha		Desempeño anual	Desempeño al trimestre
3.3.1.	# de universidades que proveen tamizaje voluntario de VIH con consejería pre y post-prueba de acuerdo con las normas nacionales e internacionales	**2**	2		2		**100%**	100%
3.3.2.	# de personas que recibieron tamizaje voluntario de VIH con consejería pre y post-prueba de acuerdo con las normas nacionales e internacionales en las universidades	**300**	300		1099		**366%**	366%

Los resultados obtenidos en el Dia de la Prueba apuntan a que la coordinacion fue exitosa con el Ministerio de Salud y las Universidades. Hubo una buena promocion y disponibilidad de servicios diagnosticos, pues los resultados demuestran la aceptacion por parte de docentes y estudiantes.

En el cuadro C.3.5, se registra el detalle de los resultados del Día de la Prueba. Participó un total de 1099 personas tamizadas (247 hombres y 852 mujeres), Se reportaron 5 casos positivos (3 hombres y 2 mujeres) y 2 casos con resultado indeterminado los que se dará seguimiento.

Cuadro C.3.5. Resultados de tamizaje del Día de la Prueba

Universidad	Unidad académica / Facultad / Escuela	Número de personas que recibieron tamizaje voluntario (marque con una X)		Resultados de prueba de tamizaje					
				Positivos		Negativos		Indeterminados	
		Masculino	Femenino	M	F	M	F	M	F
Universidad Matías Delgado	**Facultad de ciencias de la salud**	140	362	2	1	138	359	0	2
IEPROES	**Escuela de enfermería**	107	490	1	1	106	489	0	0
Totales		247	852	3	2	244	848	0	2

D. GUATEMALA

1. MEJORA DEL DESEMPEÑO PARA LA CALIDAD –MDC-

Mejorar el desempeño del recurso humano que provee atención y tratamiento a las personas que viven con VIH y sida; así como integrar el tratamiento y la atención integral del VIH y sida con servicios de apoyo de base comunitaria. Asegurando que los servicios clínicos, la atención en el hogar y los grupos de auto apoyo se complementen mutuamente y promuevan las oportunidades de prevención como parte de la atención integral y la prestación del servicio

➢ DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Avalado por las autoridades ministeriales del nivel central y local en Guatemala, el proceso de MDC se implementa en catorce hospitales de la red nacional. Los equipos interdisciplinarios locales están comprometidos con la metodología, manteniendo y/o mejorando su desempeño a pesar que enfrentan recortes en su presupuesto.

Las mediciones se realizarón en los tres primeros trimestres del año fiscal. Cada medición se realizó a través de un equipo externo conformado por un representante del Programa Nacional de ITS/VIH y Sida, el Vice Ministerio de Hospitales y el Proyecto Capacity Centroamérica. Los hospitales elaboraron sus planes de intervención luego de hacer la medición. Se realizaron visitas trimestrales de monitoreo para conocer el avance.

Como parte de la gestión extrahospitalaria, los gerentes solicitaron el apoyo del Proyecto Capacity para cerar sus brechas en recursos materiales y equipo. En un acto protocolario donde se contó con la presencia de la Vice-Ministra de Hospitales, representantes de los hospitales y representantes de USAID, el Proyecto hizo entrega de esfignomanómetros, estetoscopios, pesas tanita caliper, lentes y gabachas de proteción personal.

En el Cuadro D.1.1 se observa el buen desempeño que tuvo Guatemala con respecto a los compromisos o metas que se propuso para este año. Se llevó a cabo el 100% de las ***mediciones de desempeño mediciones de desempeño*** en servicios de los planificados y además se cumplió en un 100% con la elaboración de planes para la mejora del mismo. Sin embargo, el seguimiento a los planes de intervención muestra que el cumplimiento de los mismos no fue lo esperado, ya que se tiene un logro nulo o del cero por ciento.

Cuadro D.1.1. Mejorar el Desempeño de la Calidad de los servicios de salud que brindan atención integral y tratamiento de VIH (18 áreas técnicas)
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre	Logro a la fecha	Desempeño anual	Desempeño al trimestre
1.1.1.	**# de servicios de salud en los cuales se ha completado la medición del desempeño dentro del período reportado**	14	**14**	14	**100%**	100%
		De los catorce servicios a ser medidos, dos son de línea de base y doce de seguimiento. Se realizaron todas las mediciones correspondientes.				
1.1.2.	**# de servicios de salud que cuentan con el plan de intervenciones para mejora del desempeño según los resultados de última medición**	14	**14**	14	**100%**	100%
1.1.3.	**% de los servicios de salud que lograron un <u>buen cumplimiento</u> del plan de intervenciones para reducción de brechas del desempeño**	40% *(Se requieren por lo menos seis de catorce para alcanzar el 40%)*	40% *(Se requieren por lo menos seis de catorce para alcanzar el 40%)*	0% *(0 de 14)*	**0%** *(0 de 6)*	0% *(0 de 6)*
	El logro se medirá fraccionando la meta anual proporcionalmente al tiempo transcurrido desde la medición:					
	Tiempo transcurrido desde la medición / ***Meta proporcional***					
	Menos de un trimestre / No aplica	*De los 14 servicios que requieren seguimiento al plan de intervenciones, al trimestre se visito uno, el cual no logró el cumplimiento mínimo proporcional.*				
	De uno a menos de dos trimestres / los servicios de salud deben cumplir con el mínimo de 40% del cumplimiento del plan de intervenciones					
	De dos a menos de tres trimestres / los servicios de salud deben cumplir con el mínimo de 60% del cumplimiento del plan de intervenciones					
	De tres a menos de cuatro trimestres / los servicios de salud deben cumplir con el mínimo de 80% del cumplimiento del plan de intervenciones					
1.1.4	**% de servicios de salud que han <u>mejorado</u> su calificación global con respecto a su última medición del desempeño.**	50% *(Se requieren por lo menos seis de doce para alcanzar el 50%)*	50% *(Se requieren por lo menos seis de doce para alcanzar el 50%)*	**50%** *(6 de 12)*	**100%** *(6 de 6)*	100% *(6 de 6)*
	Ver cuadro 1.3 servicios de salud con medición de seguimiento y % de actividades realizadas para cierre de brechas					
	Mejora su calificación global del desempeño: *-Si la red, durante la medición previa, obtuvo entre 85% - 100% se posiciona en la categoría VERDE y deberá mantener su calificación por arriba de 85% durante la medición de seguimiento.* *- Si la red, en la medición previa, obtuvo entre 60% - 84% se posiciona en la categoría AMARILLA y deberá incrementar un mínimo de 10% durante la medición de seguimiento o cambiar a la categoría VERDE* *- Si la red, en la medición previa, obtuvo entre 0% - 59% se posiciona en la categoría ROJA y deberá incrementar un mínimo de 20% durante la medición de seguimiento o cambiar a la categoría AMARILLA.*	*De los diez servicios de medición de seguimiento se realizaron doce, de los cuales seis mejoraron su calificación con respecto a la primera medición.*				
1.1.5.	**# de servicios de salud con <u>Desempeño Esperado</u>**	70% *(Se requieren por lo menos nueve de doce para alcanzar el 70%)*	70% *(Se requieren por lo menos nueve de doce para alcanzar el 70%)*	**83%** *(10 de 12)*	**111%** *(10 de 9)*	**111%** *(10 de 9)*
	Ver cuadro 1.4 servicios de salud con medición de seguimiento y % de actividades realizadas para cierre de brechas					
	Desempeño Esperado *# de servicios de salud con Desempeño Esperado:* *-servicios de salud que obtiene 55% en la 2da medición*	*De los doce servicios de seguimiento a medir, se han medido doce y diez han mostrado el desempeño esperado.*				

Fuente: SM&E

Lo anterior se convierte en un reto muy importante para Guatemala, ya que el logro en la reducción de brechas es la clave en la mejora del desempeño. Por otro lado, también se observa un cumplimiento del 100% en los indicadores más relevantes, los de impacto: *Porcentaje de servicios de salud que han mejorado su calificación global con respecto a su última medición de desempeño y Porcentaje de servicios de salud con el desempeño esperado* (En esta última se superó la meta).

Durante el último timestre se realizó la visita de seguimiento al Hospital de Cobán donde no hubo avance en el cumplimiento del plan de intervenciones, debido al cambio de la mayoría del personal responsable de su implementación. Durante la visita se aprovechó para retomar el proceso, siendo el sub-Director actual quien asumió la responsabilidad de velar por el cumplimiento del plan y asignar las responsabilidades correspondientes.

Cuadro D.1.2. Cumplimiento de actividades planteadas para cierre de brechas									
Hospital	No de actividades planteadas para cierre de brechas en la última medición, en			Total	Porcentaje de logro				Logró el 20% de cumplimiento que corresponde a 1ra visita
	Conocimiento	Actitud	Recursos		Conocimiento	Actitud	Recursos	Total	
Hospital Cobán	2	1	11	14	0	0	0	0	0%

Fuente: SM&E. Corresponde al detalle del indicador 1.1.3 del cuadro D.1.1

En el Cuadro D.1.3 se aprecia cuáles fueron los servicios que mejoraron su desempeño: Hospital de Antigua Guatemala, Hospital de Cuilapa, Hospital de Escuintla, Hospital de Quetzaltenango, Hospital de Huehuetenango, y Hospital de Cobán. Esta mejora de desempeño se evidencia a través de una mejora en su calificación o en el cambio de categoría, pasando de roja a amarilla.

Cuadro D.1.3. Mejora del Desempeño para la Calidad respecto de la medición anterior servicios de salud con medición de seguimiento (18 áreas técnicas)				
Servicio de salud	Resultados obtenidos durante la medición anterior	Resultados obtenidos durante la medición de seguimiento	Diferencia en porcentaje	Mejora del Desempeño para la Calidad
San Vicente	40%	55%	15%	NO logrado
Antigua Guatemala	34%	64%	30%	Logrado (Δ > 20%)
Cuilapa	48%	70%	22%	Logrado (Δ > 20%)
Escuintla	42%	65%	23%	Logrado (Δ > 20%)
Coatepeque	62%	61%	1%	NO logrado
Amistad Japón	41%	58%	17%	NO logrado
Elisa Martínez Infantil	36%	51%	15%	NO logrado
Zacapa	35%	54%	19%	NO logrado
Quetzaltenango	56%	64%	8%	Logrado (cambia de categoría)
Huehuetenango	56%	60%	4%	Logrado (cambia de categoría)
San Benito Petén	36%	55%	19%	NO logrado
Cobán	34%	59%	25%	Logrado (Δ > 20%)

Fuente: SM&E. Corresponde al detalle del indicador 1.1.3 del cuadro D.1.1

Durante las mediciones y visitas de seguimiento se verificó que los hospitales realizaron cambios en sus procesos de gestión, administración y prestación de servicios, lo que favoreció que, la mayoría de los hospitales mejoraran su desempeño entre la línea basal y la segunda medición. Existen algunas brechas relacionadas con actualización de normativa, protocolos y manuales, en las que ya se está trabajando con el nivel central. Un común denominador es el tema de bioseguridad (lavado de manos, carencia de papel toalla, jabón o lavamanos de los que se carece en los servicios) y dilución del cloro no estandarizada. Se considera un factor actitudinal, pues se cuenta con insumos y se capacitó al personal. Los hospitales iniciaron procesos de motivación al personal para la utilización de las medidas de bioseguridad.

Tabla D.1. Clasificación de los servicios, de acuerdo a la calificación global en las mediciones de estándares del desempeño para la calidad

Categoría	Calificación global	Incremento necesario para considerar "Mejora del Desempeño para la Calidad"
	85% - 100%	2%
	60% - 84%	10%
	0% - 59%	20%

Fuente: Definición de conceptos PMP USAID Proyecto Capacity CA. SM&E.

En el Cuadro D.1.4 se aprecia que el Hospital Elisa Martínez y el Hospital de Zacapa no alcanzaron la calificación esperada en su medición de seguimiento.

Cuadro D.1.4. Cumplimiento del Desempeño Esperado servicios de salud con medición de seguimiento (18 áreas técnicas)		
Hospital	**Resultados obtenidos durante la medición de seguimiento**	**Logró un mínimo de 55% de la calificación que corresponde a la medición de seguimiento programada**
San Vicente	55%	SI
Antigua Guatemala	64%	SI
Cuilapa	70%	SI
Escuintla	65%	SI
Coatepeque	61%	SI
Amistad Japón	58%	SI
Elisa Martínez Infantil	51%	NO
Zacapa	54%	NO
Quetzaltenango	64%	SI
Huehuetenango	60%	SI
San Benito Petén	55%	SI
Cobán	59%	SI

Fuente: SM&E. Corresponde al detalle del indicador 1.1.5 del cuadro B.1.1

A pesar que los equipos gerenciales e interdisciplinarios de los hospitales se esforzaron en cerrar brechas, hubo un reto debido a la crisis de desabastecimiento por el recorte presupuestario del Ministerio de Salud en insumos, materiales, medicamentos y equipo. A pesar de ello, con actitud y pocos recursos, los hospitales avanzaron en el cierre de brechas y alcanzaron el desempeño esperado, entendiendo el establecimiento hospitalario como una unidad en la atención. A continuación se presentan los resultados obtenidos por servicio de salud, en mediciones de seguimiento.

El Hospital San Vicente logró una mejora de quince puntos entre ambas mediciones. Las áreas de emergencia, nutrición, orientación laboratorio y gestión trabajaron para cerrar brechas y mejorar su desempeño. Este hospital históricamente enfrentó problemas de paralización de labores por acciones sindicales, conformado principalmente por personal de servicio de limpieza (intendencia) y lavandería, ambas áreas presentan brechas. El personal en su mayoría muestra resistencia al cambio. Además, los cambios consecutivos de director es un factor que contribuyó a la lentitud del avance en el cierre de brechas.

Cuadro D.1.5. Mediciones del desempeño Sanatorio Antituberculoso San Vicente Comparación entre primera y segunda medición			
Tipo de servicio		**Primera medición (May2010)**	**Segunda medición (Abr2011)**
1	Consulta Externa	41%	54%
2	Emergencia	0%	36%
3	Cirugía	50%	50%
4	Gineco Obstetricia	0%	0%
5	Medicina Interna	50%	45%
6	Pediatría	0%	0%
7	Intensivo	10%	36%
8	Imágenes Diagnósticas	33%	33%
9	Nutrición	38%	75%
10	Orientación	65%	75%
11	Bioseguridad	40%	40%
12	Manejo de Desechos Sólidos	50%	63%
13	Laboratorio	44%	69%
14	Banco de Sangre	No aplica	No aplica
15	Farmacia	86%	50%
16	Lavandería	0%	0%
17	Morgue	0%	43%
18	Gestión	21%	74%
Total		**40%**	**55%**

Fuente: SM&E

El hospital de Antigua trabajó arduamente para mejorar su desempeño. El trabajo en equipo fue uno de los aspectos más reforzados, traduciéndose en un 30% de aumento de su desempeño.

Para el cierre de brechas se gestionó la construcción de un nuevo centro de acopio y nueva infraestructura para la unidad de atención integral; el hospital cuenta con una máquina purificadora de agua; se contrató a una nutricionista; mejoraron las condiciones de los servicios sanitarios, que en la primera medición no funcionaban; se incluyó en su plan operativo anual la compra de papel toalla y se adquirió equipo como esfigmomanómetros y estetoscopio. Se iniciaron procesos de supervisión para observar y orientar en el adecuado manejo de los desechos contaminados.

Cuadro D.1.6. Mediciones del desempeño Hospital de Antigua Guatemala
Comparación entre primera y segunda medición

Tipo de servicio		Primera medición (Feb2010)	Segunda medición (Abr2011)
1	Consulta Externa	11%	**63%**
2	Emergencia	45%	**64%**
3	Cirugía	40%	**68%**
4	Gineco Obstetricia	41%	**78%**
5	Medicina Interna	73%	55%
6	Pediatría	43%	**64%**
7	Intensivo	15%	27%
8	Imágenes Diagnósticas	17%	50%
9	Nutrición	38%	47%
10	Orientación	30%	85%
11	Bioseguridad	0%	40%
12	Manejo de Desechos Sólidos	75%	75%
13	Laboratorio	31%	**75%**
14	Banco de Sangre	38%	**67%**
15	Farmacia	79%	70%
16	Lavandería	20%	**60%**
17	Morgue	14%	14%
18	Gestión	37%	**69%**
Total		**34%**	**64%**

Fuente: SM&E

En la segunda medición el equipo gerencial y multidisciplinario del Hospital de Cuilapa demostró un nivel de esfuerzo significativo en el cierre de brechas, reflejado en el incremento del 22% de su desempeño global respecto de su primera medición. Las áreas con mayor incremento son: cuidados intensivos de neonatología, manejo de cadáver, cirugía y emergencia.

Con procesos de capacitación constantes se mejoraron notablemente las condiciones del lavado de manos, papel toalla y se repararon los lavamanos. El hospital gestionó la construcción de una nueva unidad de atención integral, ya que la anterior no reunía las condiciones básicas de funcionamiento (agua, baños, ventilación). Iniciaron un proceso de monitoreo de preparación y uso de solución clorada y descontaminación de equipo médico. Se conformó un equipo que monitorea los avances de la mejora del desempeño.

Cuadro D.1.7. Mediciones del desempeño hospital de Cuilapa Comparación entre primera y segunda medición			
Tipo de servicio		Primera medición (Feb2010)	Segunda medición (Feb2011)
1	Consulta Externa	69%	71%
2	Emergencia	36%	71%
3	Hospitalización Cirugía	56%	90%
4	Hospitalización Gineco-obstetricia	48%	63%
5	Hospitalización Medicina Interna	70%	73%
6	Hospitalización Pediatría	43%	64%
7	Cuidados intensivos	27%	100%
8	Imágenes diagnósticas	0%	33%
9	Nutrición	50%	59%
10	Orientación	25%	35%
11	Bioseguridad	60%	60%
12	Manejo de desechos sólidos	50%	75%
13	Laboratorio	44%	75%
14	Banco de Sangre	69%	83%
15	Farmacia	54%	64%
16	Lavandería	0%	33%
17	Morgue	29%	100%
18	Gestión	37%	84%
Total		**48%**	**70%**

Fuente: SM&E

Este hospital mejoró notablemente su desempeño entre primera y segunda medición con veintitrés puntos. Con las visitas de seguimiento, para apoyar el cierre de brechas y la insistencia del trabajo en equipo e interdisciplinariamente, el personal directivo y técnico fue asumiendo el compromiso individual y grupal de trabajar por la mejora de la atención.

Ahora el hospital de Escuintla es un ejemplo de cambio de actitud y trabajo en equipo en la entrega de servicios. Se mejoraron los servicios de apoyo como lavandería y central de equipos. El área de Farmacia cuenta con un sistema de almacenamiento de ARVs de acuerdo a la normativa correspondiente. Se amplió y remodeló el área de emergencia de la obstetricia y emergencia de adultos y se inició la construcción de una nueva área de consulta externa, emergencia, intensivo de adultos. Un logro importante es la conformación de un grupo responsable de la mejora del desempeño, que ha brindado seguimiento al mismo. Al inicio el proceso fue difícil implementarlo por la resistencia al cambio.

Una brecha resistente fue la infraestructura inadecuada en: la Unidad de Atención Integral con limitado espacio físico y con ausencia de criterios para guardar la privacidad en la atención; el área de nutrición, en la medición de línea de base se encontró a la nutricionista atendiendo en un escritorio improvisado sobre cajas de cartón, en la segunda medición había una unidad con equipo formal, espacios con privacidad, apoyando la atención de PVV; la Consulta Externa no contaba con baños en buen estado y había áreas físicas subutilizadas.

Cuadro D.1.8. Mediciones del desempeño Hospital de Escuintla Comparación entre primera y segunda medición			
Tipo de servicio		Primera medición (May2010)	Segunda medición (Jun2011)
1	Consulta Externa	39%	57%
2	Emergencia	41%	67%
3	Cirugía	32%	60%
4	Gineco Obstetricia	52%	59%
5	Medicina Interna	55%	73%
6	Pediatría	36%	57%
7	Intensivo	33%	64%
8	Imágenes Diagnósticas	33%	83%
9	Nutrición	69%	94%
10	Orientación	45%	70%
11	Bioseguridad	40%	40%
12	Manejo de Desechos Sólidos	50%	63%
13	Laboratorio	44%	63%
14	Banco de Sangre	38%	75%
15	Farmacia	64%	73%
16	Lavandería	20%	50%
17	Morgue	29%	43%
18	Gestión	32%	68%
Total		**42%**	**65%**

Fuente: SM&E

El Hospital de Coatepeque es un servicio que, por muchos años, mantuvo altos estándares en la atención con calidad. Sin embargo la última medición mostró un leve descenso en su desempeño, siendo lo más significativo la desmotivación que evidencia el personal por falta de recursos e insumos para su trabajo diario; como cloro, guantes y medicamentos. Además existen factores actitudinales de resistencia al cambio en el personal de intendencia, con respecto a la colocación de bolsas adecuadas para el manejo de los desechos contaminados.

El área de Farmacia, en la línea basal había alcanzado un 100% de cumplimiento de estándares, sin embargo la rescisión del contrato de la farmacéutica repercutió en que en la segunda medición existan brechas respecto a la falta de personal, el desconocimiento del personal actual de la normativa de requisición, abastecimiento y almacenamiento de medicamento. En el caso de Lavandería existe disminución del porcentaje en la segunda medición debido a: resistencia en la utilización de equipo de protección, falta de descripción de funciones del personal, falta de implementación de medidas de bioseguridad y del transporte de ropa contaminada. El Director del Hospital ante estos hallazgos se comprometió a trabajar para el mejoramiento, exhortando a su equipo humano a sumarse al esfuerzo.

Cuadro D.1.9. Mediciones del desempeño Hospital de Coatepeque Comparación entre primera y segunda medición			
Tipo de servicio		Primera medición (Abr2010)	Segunda medición (May2011)
1	Consulta Externa	75%	75%
2	Emergencia	81%	63%
3	Cirugía	52%	54%
4	Gineco Obstetricia	74%	74%
5	Medicina Interna	64%	36%
6	Pediatría	55%	57%
7	Intensivo	20%	36%
8	Imágenes Diagnósticas	0%	17%
9	Nutrición	56%	59%
10	Orientación	85%	85%
11	Bioseguridad	40%	40%
12	Manejo de Desechos Sólidos	50%	75%
13	Laboratorio	31%	38%
14	Banco de Sangre	46%	67%
15	Farmacia	100%	55%
16	Lavandería	80%	67%
17	Morgue	43%	0%
18	Gestión	58%	79%
Total		**62%**	**61%**

Fuente: SM&E

El Hospital Amistad Japón incrementó un 17% con respecto a su línea de base, las áreas con un significativo logro de cumplimiento de estándares son Banco de Sangre y Lavandería.

Con la gestión del equipo multidisciplinario y el Director del hospital se logró remozar la infraestructura de Banco de Sangre y equiparlo, logrando un aporte de Q500, 000.00 procedente de diferentes sectores del ámbito local. Se conformó un equipo para el seguimiento del cierre de brechas, que se reúne mensualmente para garantizar el cumplimiento de los mismos. Durante un recorrido del servicio, es notable como mejoró la segregación de los desechos. El personal de intendencia y lavandería utiliza sus medidas de protección personal. Se gestionó la compra de equipo como esfigmomanómetros y estetoscopios. Otro aspecto que mejoró son los procesos de atención con criterios de privacidad y calidez en la atención.

Cuadro D.1.10. Mediciones del desempeño Hospital Amistad-Japón
Comparación entre primera y segunda medición

Tipo de servicio		Primera medición (Abr2010)	Segunda medición (Mar2011)
1	Consulta Externa	29%	42%
2	Emergencia	32%	71%
3	Hospitalización Cirugía	63%	61%
4	Hospitalización Gineco-obstetricia	70%	63%
5	Hospitalización Medicina Interna	36%	73%
6	Hospitalización Pediatría	No aplica	No aplica
7	Cuidados intensivos	13%	36%
8	Imágenes diagnósticas	50%	33%
9	Nutrición	13%	53%
10	Orientación	35%	65%
11	Bioseguridad	40%	20%
12	Manejo de desechos sólidos	63%	50%
13	Laboratorio	50%	56%
14	Banco de Sangre	31%	100%
15	Farmacia	64%	73%
16	Lavandería	0%	86%
17	Morgue	14%	43%
18	Gestión	58%	68%
Total		**41%**	**58%**

Fuente: SM&E

El Hospital Infantil Elisa Martínez incrementó un 15% en su desempeño global, las áreas con mejor desempeño obtuvo Hospitalización Cirugía 80%, Consulta externa 70% y Nutrición 63%.

El hospital cuenta con plan de intervenciones y es un ejemplo de la mejora del desempeño. Avanzado en un 60% en la implementación de los planes, por ejemplo; la emergencia está mejor organizada, cuenta con biombos, la rotulación de los desechos se mejoró notablemente, el lavado de manos se está implementando, se compró papel toalla.

El área de lavandería está implementando medidas de protección personal. En farmacia, se mejoró el cumplimiento de estándares. En Nutrición se contrató una nutricionista. Actualmente se está en fase de ampliar la farmacia y la central de equipos.

Cuadro D.1.11. Mediciones del desempeño Hospital Infantil Elisa Martínez Comparación entre primera y segunda medición			
Tipo de servicio		Primera medición (Abr2010)	Segunda medición (Mar2011)
1	Consulta Externa	36%	70%
2	Emergencia	60%	40%
3	Hospitalización Cirugía	50%	80%
4	Hospitalización Gineco-obstetricia	No aplica	No aplica
5	Hospitalización Medicina Interna	No aplica	No aplica
6	Hospitalización Pediatría	29%	57%
7	Cuidados intensivos	38%	45%
8	Imágenes diagnósticas	17%	0%
9	Nutrición	0%	63%
10	Orientación	45%	63%
11	Bioseguridad	40%	40%
12	Manejo de desechos sólidos	25%	50%
13	Laboratorio	25%	44%
14	Banco de Sangre	23%	No aplica
15	Farmacia	38%	40%
16	Lavandería	60%	67%
17	Morgue	14%	14%
18	Gestión	68%	37%
Total		**36%**	**51%**

Fuente: SM&E

En mayo se realizó la segunda medición de MDC en el hospital de Zacapa, mostrando un incremento de 19% con respecto a la línea de base. De las dieciocho áreas se incrementó el desempeño en doce de ellas, en tres se mantuvo el mismo desempeño y en tres se evidenció baja en el desempeño. Dentro de los factores que favorecieron el incremento del desempeño está el compromiso del jefe y equipo operativo de cada servicio, así como el apoyo de la Dirección, que promovió reuniones periódicas para identificar avances. De los logros obtenidos, que permitieron cerrar brechas, se mencionan: instalación de lavamanos en la emergencia, compra de estetoscopios y esfigmomanómetros, remodelación del laboratorio y de la Unidad de Atención Integral, reparación del carro de transporte de desechos hospitalarios, se cuenta con el tiempo de la nutricionista para el apoyo a PVVs, en farmacias se midió y monitoreó la temperatura y se rotularon los medicamentos. Todo ello a través de la gestión intrahospitalaria.

En áreas que no presentaron avances y las que tuvieron decremento del porcentaje de desempeño, se identificaron los siguientes factores: resistencia a la adherencia de lavado de manos, no implementación de buenas prácticas de descontaminación y utilización de medidas de bioseguridad. También repercutió el recorte presupuestario que sufrió el hospital y que se reflejó en la ausencia de materiales de apoyo.

Cuadro D.1.12. Mediciones del desempeño Hospital de Zacapa Comparación entre primera y segunda medición			
Tipo de servicio		Primera medición (Mar2010)	Segunda medición (May2011)
1	Consulta Externa	50%	73%
2	Emergencia	36%	57%
3	Cirugía	36%	60%
4	Gineco Obstetricia	41%	60%
5	Medicina Interna	9%	36%
6	Pediatría	36%	38%
7	Intensivo	20%	45%
8	Imágenes Diagnósticas	17%	33%
9	Nutrición	31%	47%
10	Orientación	10%	70%
11	Bioseguridad	40%	40%
12	Manejo de Desechos Sólidos	25%	25%
13	Laboratorio	19%	56%
14	Banco de Sangre	62%	50%
15	Farmacia	73%	67%
16	Lavandería	20%	0%
17	Morgue	0%	0%
18	Gestión	33%	47%
Total		**35%**	**54%**

El Hospital de Quetzaltenango incrementó un 8% su desempeño y cambió a la categoría de desempeño medio. Las áreas que incrementaron significativamente su desempeño son: manejo de cadáver, lavandería, emergencia, Hospitalización cirugía y obstetricia.

La segunda medición evidenció logros producto de la gestión del personal, entre ellos: colocación de puerta plomada en sala de rayos x; dotación de papel toalla a intensivos, emergencias y laboratorios; capacitación y sensibilización sobre la segregación de desechos hospitalarios; utilización de medidas de protección personal en las unidades de sala de operaciones, lavandería e intendencia; integración con las clínicas de planificación familiar. El hospital tuvo limitantes de presupuesto que afectó el manejo de desechos y la bioseguridad. Además hubo cambios de personal en el comité de la mejora del desempeño.

Cuadro D.1.13. Mediciones del desempeño Hospital de Quetzaltenango
Comparación entre primera y segunda medición

	Tipo de servicio	Primera medición (Abr2010)	Segunda medición (Feb2011)
1	Consulta Externa	68%	75%
2	Emergencia	55%	63%
3	Hospitalización Cirugía	46%	68%
4	Hospitalización Gineco-obstetricia	63%	78%
5	Hospitalización Medicina Interna	55%	73%
6	Hospitalización Pediatría	54%	50%
7	Cuidados intensivos	71%	73%
8	Imágenes diagnósticas	83%	50%
9	Nutrición	56%	47%
10	Orientación	45%	65%
11	Bioseguridad	60%	40%
12	Manejo de desechos sólidos	63%	38%
13	Laboratorio	33%	31%
14	Banco de Sangre	46%	58%
15	Farmacia	73%	50%
16	Lavandería	60%	83%
17	Morgue	29%	71%
18	Gestión	37%	68%
	Total	**56%**	**64%**

Fuente: SM&E

El hospital de Huehuetenango incrementó 4%, subiendo su desempeño de bajo a medio. El área de nutrición logró un 100%, porque se contrató a una nutricionista para la atención de la consulta externa, las áreas de hospitalización de cirugía y obstetricia y laboratorio mostraron un importante ascenso. Respecto a los logros se puede mencionar: separación de las áreas de banco de sangre y de laboratorio, mejoramiento de infraestructura de consulta externa y la habilitación de la plaza para la vigilancia epidemiológica en atención integral y en algunos servicios de encamamiento.

Con el apoyo de la OPS se reorganizó estructural y técnicamente el banco de sangre, que ahora cuenta con sala de espera, ofreciendo mayor comodidad y privacidad a los donantes. El banco de sangre, funciona durante 24 horas y se contrató personal capacitándolo en el tema de VIH-sida, así como la utilización adecuada de la entrevista para identificar factores de riesgo.

La mayoría de brechas identificadas durante la segunda medición son de orden actitudinal, por ejemplo; a pesar de contar con guantes contra punzo cortantes y gabachas, el personal de lavandería e intendencia no los utiliza, por lo que se recomendó un plan de seguimiento a corto plazo al comité de nosocomiales. Además, a pesar de estar rotulados los desechos sólidos hospitalarios, persiste la mala segregación de la misma. Se mencionó nuevamente la adherencia del lavado de manos, aunque por la limitante financiera existe escasez de papel toalla y jabón.

Cuadro D.1.14. Mediciones del desempeño Hospital de Huehuetenango Comparación entre primera y segunda medición			
Tipo de servicio		Primera medición (Mar2010)	Segunda medición (Feb2011)
1	Consulta Externa	45%	63%
2	Emergencia	48%	67%
3	Hospitalización Cirugía	36%	80%
4	Hospitalización Gineco-obstetricia	58%	74%
5	Hospitalización Medicina Interna	55%	64%
6	Hospitalización Pediatría	67%	42%
7	Cuidados intensivos	0%	45%
8	Imágenes diagnósticas	33%	17%
9	Nutrición	100%	94%
10	Orientación	80%	50%
11	Bioseguridad	60%	40%
12	Manejo de desechos sólidos	63%	13%
13	Laboratorio	50%	81%
14	Banco de Sangre	46%	50%
15	Farmacia	71%	60%
16	Lavandería	60%	17%
17	Morgue	0%	57%
18	Gestión	68%	32%
Total		**56%**	**60%**

Fuente: SM&E

El Hospital San Benito incrementó 19% en su desempeño global, obtuvo un importante ascenso en las áreas de manejo de cadáver, hospitalización cirugía, hospitalización pediatría y laboratorio.

Se conformó un equipo de la mejora del desempeño, que da seguimiento a los compromisos del plan de intervenciones. Dentro de los avances se puede mencionar la gestión de ropa para garantizar batas y sábanas para pacientes, y gestión de pruebas de laboratorio para la atención de PVVs.

Cuadro D.1.15. Mediciones del desempeño Hospital de San Benito Comparación entre primera y segunda medición			
Tipo de servicio		Primera medición (Mar2010)	Segunda medición (Feb2011)
1	Consulta Externa	33%	37%
2	Emergencia	27%	54%
3	Hospitalización Cirugía	56%	88%
4	Hospitalización Gineco-obstetricia	59%	78%
5	Hospitalización Medicina Interna	27%	55%
6	Hospitalización Pediatría	36%	79%
7	Cuidados intensivos	20%	55%
8	Imágenes diagnósticas	33%	67%
9	Nutrición	0%	29%
10	Orientación	30%	40%
11	Bioseguridad	0%	20%
12	Manejo de desechos sólidos	13%	25%
13	Laboratorio	38%	69%
14	Banco de Sangre	62%	75%
15	Farmacia	82%	64%
16	Lavandería	40%	33%
17	Morgue	0%	43%
18	Gestión	37%	47%
Total		**36%**	**55%**

Fuente: SM&E

En la segunda medición, el hospital de Cobán incrementó su desempeño en veinticinco puntos. Las intervenciones que favorecieron este incremento son el fortalecimiento de los procesos de Bioseguridad y Manejo de Desechos, mediante la capacitación del personal sobre lavado de manos y

segregación de desechos. EL Programa Nacional de VIH, realizó trámites para la construcción de la nueva unidad de atención integral a PVVs, siendo esto prioridad para este año.

Se identificó que la mayoría de brechas identificadas son actitudinales. Una de las brecha es la falta de equipo e insumos, sin embargo el personal realizó gestiones con otras organizaciones para obtener esfigmomanómetros y estetoscopios, entre otros. Es importante mencionar que la mayoría de personal refiere desmotivación por la falta de presupuesto para la compra de insumos y medicamentos, que repercute en el desempeño.

Cuadro D.1.16. Mediciones del desempeño Hospital de Cobán
Comparación entre primera y segunda medición

Tipo de servicio		Primera medición (Feb2010)	Segunda medición (May2011)
1	Consulta Externa	33%	65%
2	Emergencia	38%	61%
3	Cirugía	44%	64%
4	Gineco Obstetricia	35%	52%
5	Medicina Interna	56%	55%
6	Pediatría	38%	57%
7	Intensivo	20%	55%
8	Imágenes Diagnósticas	33%	50%
9	Nutrición	0%	41%
10	Orientación	30%	44%
11	Bioseguridad	40%	60%
12	Manejo de Desechos Sólidos	0%	50%
13	Laboratorio	50%	88%
14	Banco de Sangre	69%	100%
15	Farmacia	50%	56%
16	Lavandería	0%	33%
17	Morgue	43%	43%
18	Gestión	21%	58%
Total		**34%**	**59%**

Fuente: SM&E

Cuadro D.1.17. Primera medición del desempeño en los hospitales de Suchitepéquez y Retalhuleu (Guatemala, noviembre 2010)

Tipo de servicio		Hospital de Suchitepéquez	Hospital de Retalhuleu
1	Consulta externa	23%	16%
2	Emergencia	45%	45%
3	Hospitalización de Cirugía	52%	52%
4	Hospitalización de Gineco-Obstetricia	46%	41%
5	Hospitalización de Medicina Interna	36%	36%
6	Hospitalización de Pediatría	29%	36%
7	Cuidados intensivos	33%	0%
8	Imágenes diagnósticas	0%	17%
9	Nutrición	0%	19%
10	Orientación	25%	30%
11	Bioseguridad	40%	40%
12	Manejo de desechos sólidos	25%	13%
13	Laboratorio	6%	44%
14	Banco de sangre	31%	38%
15	Bodega y farmacia	36%	27%
16	Lavandería	0%	20%
17	Morgue	14%	0%
18	Gestión	11%	16%
TOTAL		**28%**	**28%**

Fuente: SM&E

Los hospitales de Retalhuleu y de Mazatenango realizaron su línea basal en el primer trimestre del año fiscal II, coincidentemente ambos hospitales lograron el mismo desempeño global. Todas las áreas del desempeño presentan áreas críticas y de oportunidad para trabajar en el mejoramiento. Los hospitales definieron cada uno su propio plan de intervenciones, al cual se le dio seguimiento en los siguientes trimestres del año. Es de mencionar que estos hospitales aun no cuentan con Unidad de Atención Integral para VIH, este proyecto está en proceso por parte del Ministerio de Salud. En Retalhuleu se logró a la fecha contar con centro de acopio ampliado y gestionar las bancas sala de espera en laboratorio.

➢ ATENCIÓN INTEGRAL Y CONTINUA

Escuintla es el área geográfica seleccionada para el trabajo de conformación de la Red, ya que existía una iniciativa previa de trabajo multisectorial para dar respuesta local al VIH y Sida; CODESIDA (Consejo departamental de lucha contra el sida), integrada con instituciones gubernamentales y no gubernamentales y grupos de la sociedad civil. Se desarrollaron reuniones de acercamiento y socialización de la estrategia con CODESIDA. La primera para socializar el Diagnóstico de Situación del VIH en Escuintla y la segunda para iniciar un proceso de fortalecimiento de la red, siguiendo los pasos establecidos por la estrategia de AIC VIH. Se estableció un plan estratégico y calendarización de actividades.

Durante la reunión del CODESIDA realizada en agosto, se verificaron los catorce estándares del desempeño de la red, con la participaron de representantes de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Entre las que se encontraban: Ministerio de Cultura y Deportes, Área de Centro de Salud de Escuintla, Unidad de Atención Integral del Hospital de Escuintla, Asociación Gente Nueva, APROFAM, Pastoral Social, Sida y Societat y Fundación Fernando Iturbide. Institucionalmente se verificó un estándar en el laboratorio del Hospital y de APROFAM para completar la medición.

La siguiente tabla resume el porcentaje de desempeño alcanzado en cada componente de la red.

Cuadro D.1.18. porcentaje de desempeño alcanzado en cada componente de la red

Componente	Estándares		
	Observados	Alcanzados	%
Consejería pre y post prueba	5	1	20%
Prueba	8	5	63%
Cuidados clínicos	7	6	86%
Tratamiento	5	4	80%
Servicios de Apoyo	4	2	50%
Promoción	6	4	67%
Gestión	31	10	32%
Calificación total			**47%**

El promedio de desempeño alcanzado por CODESIDA es de un 47%. Los componentes con mejor desempeño en la red son los de Cuidados Clínicos y Tratamiento. Los que presentan mayor oportunidad para el cierre de las brechas son los de Consejería pre y post prueba, Prueba, Servicios de Apoyo, Promoción y Gestión.

La estandarización de procedimientos, materiales y mensajes son brechas en los componentes de Consejería pre y post prueba, Prueba, Servicios de Apoyo y Promoción. Asimismo existen brechas de recursos para garantizar la existencia de pruebas de tamizaje para toda la población y garantizar la confidencialidad en los consultorios.

En el componente de Gestión la Red todavía no cuenta con un plan de capacitación, ni de sostenibilidad financiera. Además requiere crear un mecanismo para identificar la satisfacción de los usuarios, y utilizar la información estratégica en la toma de decisiones y en el establecimiento de un sistema de monitoreo y evaluación de las intervenciones.

Los miembros de la red se mostraron motivados por cerrar las brechas encontradas y dispuestos a comprometerse a hacerlo en el plazo de un año que establece la metodología. Los resultados de la medición serán presentados durante la próxima reunión el día 27 de septiembre, donde se priorizarán las brechas según factibilidad y relevancia, y se elaborará el plan de intervenciones.

Es importante mencionar que los representantes de las organizaciones que conforman la Red de Escuintla participan en el Diplomado de VIH para activistas que se está impartiendo con el apoyo del Proyecto Capacity Centroamérica.

2. CAPACITACIÓN EN SERVICIO

Proveer capacitación en servicio al personal médico y otros proveedores de servicios de salud de los sectores público, privado y organizaciones no gubernamentales (ONG). Por ejemplo: diplomados y otros cursos de corta duración en temas específicos relacionados con la atención integral y tratamiento del VIH y SIDA. Apoyar la actualización, desarrollo y reproducción de materiales, y/o becas para la participación en cursos impartidos por instituciones privadas. Se deben cubrir al menos los temas de: terapia antirretroviral, coinfección TB/VIH, bioseguridad, mejora del desempeño, estigma y discriminación.

En Guatemala la coordinación con el nivel central del Ministerio de Salud fue periódica, con las contrapartes que son Viceministerio de Hospitales y Programa de prevención y Control del VIH Sida e ITS. La implementación de las capacitaciones para la mejora del desempeño, fue previamente consensuada y programada con las contrapartes del Ministerio de Salud, basados en las brechas de capacitación encontradas y las prioridades del plan institucional. En Guatemala se consideraron los hospitales que actualmente tienen Unidades de Atención Integral –UAI- y forman parte de la MDC, para fortalecerlos mediante el programa de capacitación con enfoque APD.

También se incluye a otros hospitales que aun no cuentan con Unidad de Atención para la atención del VIH, pero que prestan estos servicios: Hospital de Retalhuleu, Hospital de Mazatenango, y Hospital San Vicente. Todos cuentan con personal formado en APD como capacitadores.

El cuadro D.2.1 muestra que se capacitó a 34 docentes como capacitadores formados en APD, alcanzando el 97% de la meta programada, y que colaboraron facilitando la implementación del plan de capacitación orientado a la mejora del desempeño en sus respectivos centros de trabajo.

En el mismo cuadro, en el indicador 2.1.2 se brinda el detalle del personal en servicio, capacitado por los capacitadores en los temas de Prueba voluntaria con consejería y Bioseguridad, logrando un avance del 80% de la meta programada (412 capacitados). Se logró un desempeño del indicador sobrepasando las expectativas de personal certificado en competencias en los temas mencionados (114%). Se registraron los siguientes logros:

Cuadro D.2.1. Capacitación en servicio implementada
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre		Logro a la fecha		Desempeño anual	Desempeño al trimestre
2.1.1.	**# de prestadores de servicios de salud capacitados como capacitadores en aprendizaje del desempeño**	35	**35**		34		**97%** *(34 de 35)*	97% *(34 de 35)*
2.1.2.	**# de prestadores de servicios de salud que completaron exitosamente el programa de capacitación basado en competencias, en temas de mejora del desempeño, temas relacionados a VIH con la incorporación de género, estigma y discriminación como ejes transversales**	516	516		412		**80%**	80%
2.1.3.	**% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias**	70%	**70%**		80% *(412 de 515)*		**114%** *(80% de 70%)*	114% *(80% de 70%)*

Fuente: SM&E

Cuadro D.2.2. Capacitación en servicio por tema, profesión y sexo

Tema de capacitación:		Bioseguridad	Consejería y prueba voluntaria VIH	Fortalecimiento institucional	TOTAL
Número de talleres		9	8	2	19
Asistentes		280	329	58	667
Participantes		234	232	49	515
Participantes certificados en competencias		**212**	**153**	**47**	**412**
Se considera que una persona es "participante" cuando la misma ha completado su capacitación y por lo tanto cuenta con resultados de Pre y Post			*Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo: 1. ha realizado Pre y post 2. Obtiene calificación > 80pts en post-test 3. Obtiene calificación de habilidades > 80%*		
2.1.2.	**Número de prestadores de servicios de salud que completaron exitosamente el programa de capacitación basado en competencias en temas de mejora del desempeño, temas relacionados a VIH con la incorporación de género, estigma y discriminación como ejes transversales (M=médicos, E=enfermeras, O=otros)**				
	Total	**212**	**153**	**47**	**412**
	Masculino	72	38	18	128
	Femenino	140	115	29	284
	Médicos	**29**	**12**	**13**	**54**
	Masculino	20	8	12	40
	Femenino	9	4	1	14
	Enfermeras	**60**	**54**	**12**	**126**
	Masculino	1	5	0	6
	Femenino	59	49	12	120
	Otros	**123**	**87**	**22**	**232**
	Masculino	51	25	6	82
	Femenino	72	62	16	150
2.1.3.	**% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias**	**91%**	**66%**	**96%**	**80%**

Fuente: SM&E

De los 34 capacitadores formados en APD, 5 se certificaron en el curso virtual y 31 en el taller presencial para un total de 36, pero se cuentan 34 porque hubo dos personas que participaron en ambos.

El detalle se observa en el cuadro D.2.2. Se observa que el número de personal de salud certificado en competencias es mayor en los temas de Bioseguridad (91%) y Fortalecimiento Institucional (APD y Diplomado de VIH) con 96% de certificados

En el cuadro D.2.3, en el detalle de capacitados en servicio en los talleres de bioseguridad, se observa que las áreas de salud con mayor número de personal certificado en competencias (más del 90%) fueron: Zacapa, Guatemala Nororiente, Guatemala Sur y Noroccidente, Cobán y Escuintla. La categoría Otros constituye la mayoría de capacitados (laboratoristas en este caso), y el personal femenino constituye el doble del total de capacitados.

Cuadro D.2.3. Detalle de capacitaciones en servicio en bioseguridad, desagregado por servicio de salud, profesión y sexo

Tema de capacitación:		Bioseguridad / pervencion de infecciones nosococmiales	Bioseguridad/ Campaña Hazte la Prueba de VIH								
Intitución (es) participante (s)		Nacional	Nacional	Guatemala áreas Sur y Noroccidente	Zacapa	Coban	Peten	Escuintla	Quetzaltenango	Guatemala área Nororiete	Total
Periodo capacitación:		07/04/2011 al 08/04/2011	07/04/11 08/04/11	29/06/11-29/06/11	21/06/11 - 22/06/11	28.06.11	21.06.11	23.06.11	22.06.11	27.06.11	
Asistentes		52	43	25	33	19	12	25	55	16	280
Participantes		44	43	25	17	18	12	24	35	16	234
Participantes certificados en competencias		**36**	**37**	**25**	**17**	**17**	**11**	**22**	**31**	**16**	**212**
Se considera que una persona es "participante" cuando la misma ha completado su capacitación y por lo tanto cuenta con resultados de Pre y Post			*Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo: 1. ha realizado Pre y post 2. Obtiene calificación > 80pts en post-test 3. Obtiene calificación de habilidades > 80%*								
2.1.2.	**Número de prestadores de servicios de salud que completaron exitosamente el programa de capacitación basado en competencias en temas de mejora del desempeño, temas relacionados a VIH con la incorporación de género, estigma y discriminación como ejes transversales (M=médicos, E=enfermeras, O=otros)**										
	Tor	**36**	**37**	**25**	**17**	**17**	**11**	**22**	**31**	**16**	**212**
	Masculino	8	10	5	4	6	4	16	15	4	72
	Femenino	28	27	20	13	11	7	6	16	12	140
	Médicos	**9**	**11**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**8**	**0**	**29**
	Masculino	7	9	0	0	0	0	0	4	0	20
	Femenino	2	2	0	1	0	0	0	4	0	9
	Enfermeras	**26**	**25**	**2**	**0**	**0**	**0**	**0**	**7**	**0**	**60**
	Masculino	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	Femenino	26	25	2	0	0	0	0	6	0	59
	Otros	**1**	**1**	**23**	**16**	**17**	**11**	**22**	**16**	**16**	**123**
	Masculino	1	1	5	4	6	4	16	10	4	51
	Femenino	0	0	18	12	11	7	6	6	12	72
2.1.3.	% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias	82%	86%	100%	100%	94%	92%	92%	89%	100%	91%

En el cuadro D.2.4 se observa mayor número de participantes certificados en Guatemala Sur y Noroccidente, en Cobán, y en Escuintla. La mayoría del personal capacitado es femenino, y en la categoría de Otros.

Cuadro D.2.4. Detalle de capacitaciones en servicio en Consejería y prueba voluntaria, desagregado por servicio de salud, profesión y sexo									
Tema de capacitación:	Consejería / Campaña Hazte la Prueba de VIH								
Intitución (es) participante (s)	Guatemala áreas Sur y Noroccidente	Zacapa	Coban	Peten	Escuintla	Quetzaltenango	Guatemala área Nororiete	Huehuetenango	Total
Periodo capacitación:	29/06/11-29/06/11	21/06/11 - 22/06/11	28.06.11	21.06.11	23.06.11	22.06.11	27.06.11	28.06.11	
Asistentes	37	58	36	26	51	48	36	37	329
Participantes	31	37	30	15	33	35	27	24	232
Participantes certificados en competencias	**21**	**25**	**2**	**14**	**33**	**25**	**21**	**12**	**153**
Se considera que una persona es "participante" cuando la misma ha completado su capacitación y por lo tanto cuenta con resultados de Pre y Post	*Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo: 1. ha realizado Pre y post 2. Obtiene calificación > 80pts en post-test 3. Obtiene calificación de habilidades > 80%*								
	Número de prestadores de servicios de salud que completaron exitosamente el programa de capacitación basado en competencias en temas de mejora del desempeño, temas relacionados a VIH con la incorporación de género, estigma y discriminación como ejes transversales (M=médicos, E=enfermeras, O=otros)								
	Total	**21**	**25**	**2**	**14**	**33**	**25**	**21**	**12**	**153**
	Masculino	4	8	1	2	9	8	3	3	38
	Femenino	17	17	1	12	24	17	18	9	115
	Médicos	**0**	**2**	**1**	**3**	**0**	**0**	**3**	**3**	**12**
2.1.2.	Masculino	0	1	1	2	0	0	2	2	8
	Femenino	0	1	0	1	0	0	1	1	4
	Enfermeras	**4**	**8**	**1**	**4**	**14**	**10**	**7**	**6**	**54**
	Masculino	0	1	0	0	2	1	0	1	5
	Femenino	4	7	1	4	12	9	7	5	49
	Otros	**17**	**15**	**0**	**7**	**19**	**15**	**11**	**3**	**87**
	Masculino	4	6	0	0	7	7	1	0	25
	Femenino	13	9	0	7	12	8	10	3	62
2.1.3.	% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias	68%	68%	7%	93%	100%	71%	78%	50%	66%

En el cuadro D.2.5 se observa que 97% (34 docentes hospitalarios) se formaron en APD. Se formaron, además, 16 participantes en el Diplomado de Atención Integral en VIH para un total de 47 recursos formados en función de las estrategias para el fortalecimiento institucional, para totalizar el 96% de personal certificado en competencias.

Cuadro D.2.5. Detalle de capacitaciones en servicio en Fortalecimiento institucional, desagregado por servicio de salud, profesión y sexo				
Sub-tema de capacitación:		APD	DIPLOMADO	total
Intitución (es) participante (s)		Nacional	Red de Escuintla - CODESIDA-	
Periodo capacitación:		22/03/2011 - 23/03/2011	03/06/2011 al 09/09/2011	
Asistentes		35	23	58
Participantes		32	17	49
Participantes certificados en competencias		**31**	**16**	**47**
Se considera que una persona es "participante" cuando la misma ha completado su capacitación y por lo tanto cuenta con resultados de Pre y Post		*Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo: 1. ha realizado Pre y post 2. Obtiene calificación > 80pts en post-test 3. Obtiene calificación de habilidades > 80%*		
2.1.2.	**Número de prestadores de servicios de salud que completaron exitosamente el programa de capacitación basado en competencias en temas de mejora del desempeño, temas relacionados a VIH con la incorporación de género, estigma y discriminación como ejes transversales (M=médicos, E=enfermeras, O=otros)**			
	Total	**31**	**16**	**47**
	Masculino	13	5	18
	Femenino	18	11	29
	Médicos	**13**	**0**	**13**
	Masculino	12	0	12
	Femenino	1	0	1
	Enfermeras	**12**	**0**	**12**
	Masculino	0	0	0
	Femenino	12	0	12
	Otros	**6**	**16**	**22**
	Masculino	1	5	6
	Femenino	5	11	16
2.1.3.	% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias	97%	94%	96%

En el cuadro D.2. 6 se puede observar el personal capacitado específicamente en el Diplomado de Atención Integral en VIH y Derechos Humanos en la modalidad virtual, con el 94% de participantes aprobados y organizado en redes a nivel comunitario. Este numero de capacitados contribuye a la categoría de Otros en el indicador 2.1.2.

Cuadro D.2.6. Detalle de capacitaciones en servicio por medio del Diplomado en VIH Distribución grupo y sexo		
Total de capacitqado en Dipliamdo de VIH y cerificado en competencias (indicador 2.1.2 Otros)		**16**
	Masculino	5
	Femenino	11
3.2.1.1	**OG --Organización gubernamental**	**10**
	Masculino	2
	Femenino	8
3.2.1.2	**ONG ---Organización no gubernamental**	**1**
	Masculino	1
	Femenino	0
3.2.1.3	**SC ---Sociedad civil**	**5**
	Masculino	2
	Femenino	3
	% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias	94%

Fuente: Informe final CONEVIH

3. CAPACITACIÓN PRE-SERVICIO

Un programa de capacitación pre-servicio con una estrategia de pruebas voluntarias con consejería (TVC) enfocada en aumentar el acceso al diagnóstico temprano. Se apoyará la actualización e incorporación de módulos y materiales apropiados relacionados con la atención integral y tratamiento de VIH y SIDA en los programas de capacitación pre-servicio de médicos y otros prestadores de servicios sociales y de salud. Se deben cubrir al menos los temas de terapia antirretroviral, coinfección TB/VIH, bioseguridad, mejora del desempeño, estigma y discriminación.

➢ ACTUALIZACIÓN DE CURRICULA EN INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Es importante mencionar que se logró una buena aceptación de la propuesta de la actualización de la currícula, por parte de la Directora de la Escuela de Enfermeras, haciendo posible la implementación de la consultoría curricular conducida por la Dra. Geraldina Grajeda durante el periodo de mayo a julio. Con la consultoría se desarrolló un diagnostico inicial, presentando una propuesta de currícula para el tema de VIH, con materiales educativos para el facilitador y el participante que se implementan mediante el enfoque APD. La Escuela de Enfermeras, se comprometió a implementar la currícula y los materiales, previa capacitación de los docentes, que quedó establecido en la Carta Compromiso enviada por la Directora.

El cuadro D.3.1 presenta la meta trimestral de docentes formados como capacitadores en APD. Se logró cumplir en 67% (4 de 6). Estos incluyen las dos modalidades talleres basados en competencias y curso virtual, las tres personas asistentes al curso virtual también asistieron al taller presencial por lo que no se suman a la meta, para evitar duplicados.

Cuadro D.3.1. Actualización de currícula en instituciones de educación superior seleccionadas
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre		Logro a la fecha		Desempeño anual	Desempeño al trimestre
3.1.1.	# de propuestas técnicas de actualización de currícula que incluyen temas relacionados al VIH	**1**	1		1		**100%**	100%
3.1.2.	#de docentes universitarios que completaron exitosamente el programa de capacitación de Aprendizaje para el Desempeño	**6**	6		4		**67%** *(4 de 6)*	67% *(4 de 6)*
3.1.3	# de instituciones de educación superior que implementan la curricula actualizada en temas de VIH en su programa de enseñanza-aprendizaje	**1**	1		1		100% (1 de 1)	100% (1 de 1)

➢ PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PRE-SERVICIO EN CONSEJERÍA Y PRUEBA VOLUNTARIA IMPLEMENTADO

En pre servicio hubo factores que no permitieron desarrollar el plan programado de capacitaciones, y que obligaron a reprogramarlas para el año 3 del proyecto, a mencionar:

a) La calendarización del programa de VIH del Ministerio de Salud, no permitió iniciar antes las capacitaciones, por lo que la jornada de Hazte la Prueba se desarrolló en la última semana de julio,
b) Huelga del Sector Salud con ocupación de las instalaciones, incluyendo la Escuela de Enfermeras y Ministerio de Salud,
c) Proceso Electoral, donde la Universidad y Escuela de Enfermeras fueron centros de votación.

Se lograron certificar en competencias al 95% de la meta para docentes y el 10 % de estudiantes (pares), haciendo un total de el 25% de la meta de capacitados esperados, como se observa el cuadro D.3.2

Cuadro D.3.2. Programa de capacitación pre-servicio en consejería y prueba voluntaria implementado
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre		Logro a la fecha		Desempeño anual	Desempeño al trimestre
3.2.1.	# de personas en pre-servicio que completaron exitosamente la currícula de capacitación en consejería y prueba voluntaria	121	121		30		**25%**	25%
3.2.1.1	# de catedráticos capacitados como capacitadores en consejería y prueba voluntaria	21	21		20		**95%**	95%
3.2.1.2	# de estudiantes (pares) capacitados en consejería y prueba voluntaria	100	100		10		**10%**	10%

Fuente: SM&E

En el cuadro D.3.3 se observa que los docentes fueron capacitados en los temas de Prueba y Consejería y los estudiantes en normas generales de Bioseguridad relacionadas con el tamizaje en VIH.

Cuadro D.3.3. Programa de capacitación pre-servicio en consejería y prueba voluntaria implementado
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

Tema de capacitación:	Bioseguridad / Capacitación Universitarios	CONSEJERÍA / Capacitación Universitarios	**Total**
Periodo capacitación:	15/07/2011	15/07/2011	
Asistentes	33	32	65
Participantes	16	23	39
Participantes certificados en competencias	**10**	**20**	**30**
Se considera que una persona es "participante" cuando la misma ha completado su capacitación y por lo tanto cuenta con resultados de Pre y Post	*Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo:* *1. ha realizado Pre y post* *2. Obtiene calificación > 80pts en post-test*		

		3. Obtiene calificación de habilidades > 80%		
3.2.1.	**Número de personas en pre-servicio que completaron exitosamente la curricula de capacitación en consejería y prueba voluntaria**			
	Total	**10**	**20**	**30**
3.2.1.1	**# de catedráticos capacitados como capacitadores en consejería y prueba voluntaria**	0	20	20
	Masculino	**0**	**3**	**3**
	Femenino	**0**	**17**	**17**
3.2.1.2	**# de estudiantes (pares) capacitados en consejería y prueba voluntaria**	10	0	10
	Masculino	**0**	**0**	**0**
	Femenino	**10**	**0**	**10**

➢ DÍA DE LA PRUEBA EN PRE-SERVICIO

El proyecto en coordinación con el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH e ITS, apoyó técnica y financieramente la campaña nacional "Hazte la Prueba" para las Universidades, mediante el "Día de la Prueba", donde participaron activamente las universidades San Carlos de Guatemala, Del Valle de Guatemala y Rafael. Se presentan únicamente los resultados del la universidad San Carlos de Guatemala en sus dos campus participantes, debido a que las otras dos universidades no hicieron públicos sus datos.

Cuadro D.3.4. Actualización de currícula en instituciones de educación superior seleccionadas
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre		Logro a la fecha		Desempeño anual	Desempeño al trimestre
3.3.1.	# de universidades que proveen tamizaje voluntario de VIH con consejería pre y post-prueba de acuerdo con las normas nacionales e internacionales	**2**	2		2		**100%**	100%
3.3.2.	# de personas que recibieron tamizaje voluntario de VIH con consejería pre y post-prueba de acuerdo con las normas nacionales e internacionales en las universidades	**300**	300		644		**215%**	215%

El Día de la Prueba se desarrolló durante la semana del 25 al 29 de julio. En el cuadro D.3.5, inidicador 3.3.1, se observa que participaron activamente dos sedes universitarias en el Dia dela Prueba, logrando el 100% de la meta programada. El número de tamizados en VIH con pre y post consejeria fue de 644 estudiantes (323 hombres y 321 mujeres), no se detectaron casos positivos, ni indeterminados. Se excedió la meta prevista. Hay que aclarar que esta meta depende de la disponibilidad de insumos y materiales del Ministerio de Salud, por lo que se establecio desde un inicio como una meta de intencionalidad.

Cuadro D.3.5. Resultados del Día d la Prueba									
Universidad	**Unidad académica / Facultad / Escuela**	**Número de personas que recibieron tamizaje voluntario (marque con una X)**		**Resultados de prueba de tamizaje**					
				Positivos		**Negativos**		**Indeterminados**	
		Masculino	**Femenino**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**
Universidad de San Carlos de Guatemala	Bienestar estudiantil, campus central	236	212	0	0	236	212	0	0
Universidad de San Carlos de Guatemala	Centro universitario metropolitano	87	109	0	0	87	109	0	0
Totales		323	321	0	0	323	321	0	0

E. PANAMÁ

1. MEJORA DEL DESEMPEÑO PARA LA CALIDAD –MDC-

Mejorar el desempeño del recurso humano que provee atención y tratamiento a las personas que viven con VIH y sida; así como integrar el tratamiento y la atención integral del VIH y sida con servicios de apoyo de base comunitaria. Asegurando que los servicios clínicos, la atención en el hogar y los grupos de auto apoyo se complementen mutuamente y promuevan las oportunidades de prevención como parte de la atención integral y la prestación del servicio

➢ DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En Panamá el proceso de MDC se implementa en catorce hospitales, entre ellos doce del Ministerio de Salud y dos del Seguro Social. El proceso fue avalado y conducido por la Subdirección de Salud de la Población y la Jefatura de Instalaciones y Servicios de Salud a la Población. Los equipos de verificación del desempeño y de visitas de seguimiento estuvieron a cargo de esta última instancia ministerial, representante del Programa Nacional de ITS, VIH/Sida y del Proyecto Capacity Centroamérica.

Durante el presente año fiscal se realizaron seis primeras mediciones a los siguientes hospitales: Hospital de Especialidades Pediátrico Omar Torrijos Herrera-Caja del Seguro Social, Hospital de Cecilio Castillero, Hospital Regional Anita Moreno, Hospital Luis "Chicho" Fábrega, Hospital Marvel Iglesia de Aligandi y Hospital Changuinola. Los hospitales que recibieron medición de seguimiento fueron: Hospital Santo Tomas, Hospital del Niño, Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid-(Caja Seguro Social), Hospital Manuel Amador Guerrero, Hospital Nicolás A. Solano, Hospital Aquilino Tejeira, Hospital Jose Obaldia y Hospital Rafael Hernández-CSS .

Todos los hospitales recibieron al menos una visita de seguimiento y cuentan con su respectivo Plan de Intervenciones, producto de la identificación de las brechas del desempeño.

Cuadro E.1.1. Mejorar el Desempeño de la Calidad de los servicios de salud que brindan atención integral y tratamiento de VIH (18 áreas técnicas) Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre	Logro a la fecha	Desempeño anual	Desempeño al trimestre
1.1.1.	**# de servicios de salud en los cuales se ha completado la medición del desempeño dentro del período reportado**	**13**	13	14	**108%**	108%
		De los trece servicios a ser medidos seis son de línea de base y siete de seguimiento. De los catorce medidos, seis son de línea de base y ocho de seguimiento. Debido a la estructura compartida por dos hospitales en la región de Chiriquí, y para cumplir con la entrega de atención integral, se detectó la necesidad de medir ambas sedes del hospital.				
1.1.2.	**# de servicios de salud que cuentan con el plan de intervenciones para mejora del desempeño según los resultados de última medición**	**13**	13	13	**100%**	100%
1.1.3.	**% de los servicios de salud que lograron un <u>buen cumplimiento</u> del plan de intervenciones para reducción de brechas del desempeño**	**40%** *(Se requieren por lo menos cinco de once para alcanzar el 40%)*	40% *(Se requieren por lo menos cinco de once para alcanzar el 40%)*	9% *(1 de 11)*	**20%** *(1 de 5)*	20% *(1 de 5)*
	El logro se medirá fraccionando la meta anual proporcionalmente al tiempo transcurrido desde la medición: ***Ver cuadro 1.2 Servicios de salud con medición de seguimiento y % de actividades realizadas para cierre de brechas***					
	Tiempo transcurrido desde la medición / ***Meta proporcional***					
	Menos de un trimestre / No aplica					
	De uno a menos de dos trimestres / os servicios de salud deben cumplir con el mínimo de 40% del cumplimiento del plan de intervenciones					
	De dos a menos de tres trimestres / os servicios de salud deben cumplir con el mínimo de 60% del cumplimiento del plan de intervenciones					
	De tres a menos de cuatro trimestres / os servicios de salud deben cumplir con el mínimo de 80% del cumplimiento del plan de intervenciones					
		De los 14 servicios que se midieron durante el año, once requieren seguimiento al plan de intervenciones, debido a los otros tres se midieron durante el presente trimestre. Al trimestre se visitaron diez, uno logró cumplir con el porcentaje mínimo de cumplimiento. Siendo la meta 10 hospitales				

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre	Logro a la fecha	Desempeño anual	Desempeño al trimestre
1.1.4	**% de servicios de salud que han mejorado su calificación global con respecto a su última medición del desempeño.** ***Ver cuadro 1.3 servicios de salud con medición de seguimiento y % de actividades realizadas para cierre de brechas*** *Mejora su calificación global del desempeño:* *-Si la red, durante la medición previa, obtuvo entre 85% - 100% se posiciona en la categoría VERDE y deberá mantener su calificación por arriba de 85% durante la medición de seguimiento.* *- Si la red, en la medición previa, obtuvo entre 60% - 84% se posiciona en la categoría AMARILLA y deberá incrementar un mínimo de 10% durante la medición de seguimiento o cambiar a la categoría VERDE* *- Si la red, en la medición previa, obtuvo entre 0% - 59% se posiciona en la categoría ROJA y deberá incrementar un mínimo de 20% durante la medición de seguimiento o cambiar a la categoría AMARILLA.*	**50%** *(Se requieren por lo menos cuatro de siete para alcanzar el 50%)*	50% *(Se requieren por lo menos cuatro de siete para alcanzar el 50%)*	71% *(5 de 7)*	**125%** *(5 de 4)*	125% *(5 de 4)*
		De los siete servicios a los cuales se les debe dar seguimiento en su desempeño, se realizaron ocho. Debido a la estructura compartida por dos hospitales en la región de Chiriquí, Cincos mejoraron su desempeño para la calidad				
1.1.5.	**# de servicios de salud con Desempeño Esperado** ***Ver cuadro 1.4 servicios de salud con medición de seguimiento y % de actividades realizadas para cierre de brechas*** *Desempeño Esperado* *# de servicios de salud con Desempeño Esperado.* *-servicios de salud que obtiene 55% en la 2da medición*	**70%** *(Se requieren por lo menos cinco de siete para alcanzar el 70%)*	70% *(Se requieren por lo menos cinco de siete para alcanzar el 70%)*	100% *(7 de 7)*	**140%** *(7 de 5)*	140% *(7 de 5)*
		De los siete servicios a los cuales se les debe dar seguimiento en su desempeño, todos lograron el desempeño esperado				

Fuente: SM&E

En el Cuadro E.1.1 se puede observar el buen desempeño que tuvo Panamá con respecto a los compromisos o metas que se propuso para este año. Puede notarse que no solo llevó a cabo el 100 por ciento de las ***mediciones de desempeño*** en servicios planificadas, sino que superó ligeramente la meta (108%); también puede observarse que se logró un 125 por ciento de la meta correspondiente a uno de los indicadores de impacto: *Porcentaje de servicios de salud que han mejorado su calificación global con respecto a su última medición de desempeño*; mientras que el otro indicador de impacto logró un 140%: *Porcentaje de servicios de salud con el desempeño esperado*.

Tabla E.1. Clasificación de los servicios, de acuerdo con la calificación global en las mediciones de estándares de desempeño.

Categoría	Calificación global	Incremento necesario para considerar "Mejora del Desempeño para la Calidad"
	85% - 100%	2%
	60% - 84%	10%
	0% - 59%	20%

Fuente: Definición de conceptos PMP USAID Proyecto Capacity CA. SM&E.

Como puede observarse en el cuadro E.1.2 de siete hospitales con seguimiento al cumplimiento de intervenciones, uno logró la meta. Las actividades realizadas para el cierre de brechas fueron talleres de capacitación, reuniones de sensibilización y motivación y gestión de insumos para la prestación de servicios. Los demás hospitales trabajaron para cumplir sus actividades propuestas, pero no alcanzaron la meta, debido a múltiples causas: realizaron la gestión y no obtuvieron respuesta de sus jefaturas, falta de tiempo, pues la gestión e implementación de intervenciones constituye una actividad extra de sus actividades normales, falta de recursos económicos cuando se trata de compra de insumos y recursos.

Los hospitales Aquilino Tejeira, hospital del Niño y el hospital regional A. Solano, medidos durante el cuarto trimestre, no tienen meta debido a que los hospitales necesitan tiempo para iniciar con la implementación de su plan de intervención.

Tabla E.1.2. Cumplimiento de actividades planteadas para cierre de brechas

Hospitales con medición realizada durante el segundo trimestre 2011									
Hospital	No de actividades planteadas para cierre de brechas en la última medición				Porcentaje de logro				Logró el 60% de cumplimiento
	Conocimiento	Actitud	Recursos	Total	Conocimiento	Actitud	Recursos	Total	
H. Especialidades Pediátrica "Omar Torrijos Herrera" CSS	6	5	26	37	66.7% (4)	60.0% (3)	11.5% (3)	27.0% (10)	NO
H. Regional de Azuero "Anita Moreno" (Los santos)	18	18	51	87	72.2% (13)	55.6% (10)	15.7% (8)	35.6% (31)	NO
H. General Dr. Cecilio A. Castillero (Herrera)	3	9	10	22	0.0% (0)	44.4% (4)	30.0% (3)	31.8% (7)	NO
H. Regional de Veraguas Dr. Luis "Chicho" Fábrega	18	12	42	72	33.3% (6)	25.0% (3)	16.7% (7)	22.2% (16)	NO
Hospitales con medición realizada durante el tercer trimestre 2011									
Hospital	No de actividades planteadas para cierre de brechas en la última medición				Porcentaje de logro				Logró el 40% de cumplimiento
	Conocimiento	Actitud	Recursos	Total	Conocimiento	Actitud	Recursos	Total	
Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía	3	7	25	35	100.0% (3)	85.7% (6)	48.0% (12)	60.0% (21)	SI
Hospital Dr. Rafael Hernández L.	5	4	20	29	40.0% (2)	50.0% (2)	30.0% (6)	34.5% (10)	NO
Complejo Hospitalario Dr. Manuel Amador Guerrero (Colón)	3	8	30	41	33.3% (1)	0.0% (0)	26.7% (8)	21.9% (9)	NO
Hospitales con medición realizada durante el cuarto trimestre 2011									
Hospital	No de actividades planteadas para cierre de brechas en la última medición				Porcentaje de logro				No aplica medición de logro de cumplimiento
	Conocimiento	Actitud	Recursos	Total	Conocimiento	Actitud	Recursos	Total	
Hospital Regional Aquilino Tejeira (Penonomé)	8	4	12	24	87.50% (7)	25.00% (1)	33.33% (4)	50.00% (12)	Avance en el cumplimiento del plan de intervenciones
Hospital del Niño	0	4	8	12	0% (0)	25.00% (1)	37.50% (3)	33.33% (4)	
Hospital Regional Nicolás A solano	8	7	21	36	12.50% (1)	14.29% (1)	23.81% (5)	19.44% (7)	

Fuente: SM&E. Corresponde al detalle del indicador 1.1.3 del cuadro E.1.1

En el Cuadro E.1.3 se aprecia cuáles fueron los servicios que lograron mejorar su desempeño: Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid, Complejo Hospitalario Dr. Manuel Amador Guerrero, Hospital Santo Tomás, Hospital del Niño, y Hospital Regional Nicolás A Solanos. Esta mejora de desempeño se evidencia a través de una mejora en su calificación o en el cambio de categoría. Es muy destacable el cambio que experimentó el Hospital Santo Tomás, que pasó de categoría roja a verde. Si bien, tres hospitales no lograron llegar al desempeño esperado, éstos incrementaron su desempeño respecto de la línea basal.

Cuadro E.1.3. Mejora del Desempeño para la Calidad respecto de la medición anterior
Servicios de salud con medición de seguimiento (18 áreas técnicas)

Servicio de salud	Resultados obtenidos durante la medición anterior	Resultados obtenidos durante la medición de seguimiento	Diferencia en porcentaje	Mejora del Desempeño para la Calidad
Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía	52%	59%	7%	NO logrado
Hospital Dr. Rafael Hernández L.	48%	56%	8%	NO logrado
Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid (Panamá)	54%	72%	18%	Logrado (cambia de color)
Complejo Hospitalario Dr. Manuel Amador Guerrero (Colón)	48%	65%	17%	Logrado (cambia de color)
Hospital Santo Tomás	57%	85%	28%	Logrado (Δ > 20%)
Hospital Regional Aquilino Tejeira (Penonomé)	32%	39%	7%	NO logrado
Hospital del Niño	61%	82%	21%	Logrado (Δ > 20%)
Hospital Regional Nicolás A Solano	51%	71%	20%	Logrado (Δ = 20%)

Fuente: SM&E. Corresponde al detalle del indicador 1.1.4 del cuadro E.1.1

En el Cuadro E.1.4 se aprecia que solamente el Hospital Regional Aquilino Tejeira no alcanzó la calificación esperada en su medición de seguimiento. Destacan las calificaciones de los Hospitales Santo Tomás y Del Niño, que obtuvieron calificaciones por arriba del 80%. El Proyecto Capacity apoyó el cierre de brechas, a través de talleres de capacitación en temas de bioseguridad, asesoría/consejería y estigma y discriminación.

Cuadro E.1.4. Cumplimiento del Desempeño esperado
Servicios de salud con medición de seguimiento (18 áreas técnicas)

Hospital	Resultados obtenidos durante la medición de seguimiento	Logró un mínimo de 55% de la calificación esperada en la medición de seguimiento correspondiente
Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía	59%	SI
Hospital Dr. Rafael Hernández L.	56%	SI
Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid (Panamá)	72%	SI
Complejo Hospitalario Dr. Manuel Amador Guerrero (Colón)	65%	SI
Hospital Santo Tomás	85%	SI
Hospital Regional Aquilino Tejeira (Penonomé)	39%	NO
Hospital del Niño	82%	SI
Hospital Regional Nicolás A. Solanos	71%	SI

Fuente: SM&E. Corresponde al detalle del indicador 1.1.5 del cuadro E.1.1

La segunda medición realizada en el hospital José Domingo de Obaldía en abril 2011 respecto de la primera, se incrementó en siete puntos. Se identificaron avances en: consulta externa, debido a intervenciones como: gestión de insumos y materiales y cumplir criterio de privacidad en Gineco-obstetricia y laboratorio y se cuenta con servicio ambulatorio pediátrico.

Se capacitó al personal sobre medidas de bioseguridad, dando énfasis al uso de equipo de protección personal, lavado de manos, clasificación de ropa sucia y manejo de punzocortantes.

Con las capacitaciones se fortaleció al equipo humano, sin embargo no se logró cerrar las brechas, como puede verse en la tabla anterior hay varias área que bajaron su desempeño, esto se debe a la falta de insumos de bioseguridad (papel toalla) y para clasificación de desechos (recipientes con sus respectivas bolsas). En Farmacia las brechas identificadas fueron: ausencia de registro de existencia de medicamentos, de demanda no atendida y de control de medicamentos vencidos. El área tampoco tiene establecido el stock de medicamentos de antirretrovirales.

Cuadro E.1.5. Mediciones del desempeño Hospital Materno Infantil
José Domingo de Obaldía Chiquirí, Ciudad de Panamá. Comparación entre primera y segunda medición.

	Tipo de servicio	Primera medición (Abr2010)	Segunda medición (Abr2011)
1	Consulta Externa	34%	56%
2	Emergencia	50%	44%
3	Cirugía	78%	47%
4	Gineco-obstetricia	65%	56%
5	Medicina Interna	No aplica	No aplica
6	Pediatría	86%	71%
7	Intensivo	92%	83%
8	Imágenes Diagnósticas	50%	50%
9	Nutrición	40%	75%
10	Orientación	6%	81%
11	Bioseguridad	60%	40%
12	Manejo de Desechos Sólidos	75%	100%
13	Laboratorio	38%	38%
14	Banco de Sangre	58%	58%
15	Farmacia	75%	25%
16	Lavandería	20%	60%
17	Morgue	33%	57%
18	Gestión	26%	68%
	Total	**52%**	**59%**

Fuente: SM&E.

En abril se realizó la segunda medición del desempeño en el Hospital Rafael Hernández, en la que se identificó un incremento de ocho puntos. El poco avance se debe a que en la línea basal no se tomaron en cuenta a todas las áreas del hospital, mientras que en la segunda se tomó al Hospital como una sola unidad. Se identificaron de doce a dieciocho áreas de oportunidad para el cierre de brechas. El descenso del desempeño se identificó en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Bioseguridad, Farmacia e Imágenes Diagnósticas, debido a la falta de presupuesto del hospital, repercutiendo en la desmotivación del personal.

En bioseguridad se percibe un descenso sustancial, por la falta de lavado de mano y utilización de guates para los procesos clínicos que lo requieren. Orientación mejoró sustancialmente porque se ha incorporado en el proceso de asesoría lo relacionado a valoración del riesgo social y ambiental y por qué se insiste en las recomendaciones para la prevención.

Cuadro E.1.6. Mediciones del desempeño Hospital Regional Rafael Hernández, Chiriquí -CSS
Comparación entre primera y segunda medición.

Tipo de servicio		Primera medición (Abr2010)	Segunda medición (Abr2011)
1	Consulta Externa	No aplica	72%
2	Emergencia	47%	47%
3	Cirugía	73%	50%
4	Gineco-obstetricia	No aplica	No aplica
5	Medicina Interna	73%	36%
6	Pediatría	No aplica	No aplica
7	Intensivo	82%	50%
8	Imágenes Diagnósticas	No aplica	50%
9	Nutrición	No aplica	75%
10	Orientación	18%	80%
11	Bioseguridad	60%	20%
12	Manejo de Desechos Sólidos	38%	38%
13	Laboratorio	31%	56%
14	Banco de Sangre	No aplica	58%
15	Farmacia	67%	50%
16	Lavandería	No aplica	20%
17	Morgue	No aplica	16%
18	Gestión	28%	63%
	Total	**48%**	**56%**

Fuente: SM&E.

En el hospital Arnulfo Arias Madrid, el incremento del desempeño entre la primera y la segunda medición es significativa 18%, once de las dieciocho áreas incrementaron. En este hospital la nueva administración implementó cambios importantes, entre ellos la elaboración de un Plan de Calidad de la Atención, que se integró al proceso de MDC y repercutió en el fomento del trabajo en equipo y la motivación del personal, demostrando mayor compromiso en sus funciones. Los cambios que favorecieron para la mejora del desempeño fueron: existencia de una política de atención al paciente, elaboración de un formato para reporte epidemiológico, actualización de la Guía de Epidemiología y se cuenta con manuales de vigilancia epidemiológica. Con apoyo de las autoridades se inició una campaña "Hospital Limpio y Seguro". Como resultado de la capacitación en Bioseguridad, el personal comenzó a utilizar equipo de protección personal.

Otro cambio significativo es que, tanto la Clínica de VIH y Nutrición, cuentan con área física específica, lo que ofrece privacidad a los y las usuarios/as. El área de emergencia que muestra un descenso de veinte puntos, sus brechas se identificaron en la indagación de datos y llenado de la historia clínica, también el examen físico no se hace completo y no cuentan con todo el equipo necesario como: equipo de resucitación cardiopulmonar, equipo de parto, martillo de reflejos.

Cuadro E.1.7. Mediciones del desempeño Hospital Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid, Ciudad Panamá Comparación entre primera y segunda medición.

Tipo de servicio		Primera medición (May2010)	Segunda medición (May2011)
1	Consulta Externa	32%	71%
2	Emergencia	68%	48%
3	Cirugía	80%	82%
4	Gineco-obstetricia	74%	88%
5	Medicina Interna	91%	91%
6	Pediatría	No aplica	No aplica
7	Intensivo	67%	58%
8	Imágenes Diagnósticas	67%	67%
9	Nutrición	94%	88%
10	Orientación	22%	80%
11	Bioseguridad	40%	60%
12	Manejo de Desechos Sólidos	50%	75%
13	Laboratorio	44%	63%
14	Banco de Sangre	58%	67%
15	Farmacia	42%	50%
16	Lavandería	40%	40%
17	Morgue	29%	57%
18	Gestión	32%	84%
	Total	**54%**	**72%**

El Hospital Amador Guerrero, incrementó su desempeño en siete puntos._Las brechas que se cerraron, contribuyendo a la mejora fueron: gestión y adquisición de papel toalla, jabón y papel higiénico y capacitación en bioseguridad, asesoría/ prueba de VIH, y estigma y discriminación. El área de imágenes diagnósticas muestra un incremento sustancial, por el acondicionamiento del área física y la gestión de insumos para la realización de pruebas diagnósticas.

A pesar que en áreas como consulta externa, intensivo y nutrición bajaron porcentualmente, en general, el incremento en otras áreas favoreció para el avance global. En consulta externa, las brechas que marcaron descenso están relacionadas a que el personal de salud no se presenta apropiadamente, no hay privacidad durante la consulta, no se realiza examen físico completo, no se registra historia clínica; en infraestructura: no se dispone de servicios sanitarios separado para hombre y mujer y la falta de insumos como bolsa roja para segregar desecho contaminado.

El área de nutrición bajó su desempeño por la falta de equipo (caliper) e insumos como la ficha nutricional. El personal definió posterior a la segunda medición un plan de intervenciones, el cual se monitorea trimestralmente por parte del Proyecto y de la persona designada por área técnica para velar su cumplimiento.

Cuadro E.1.8. Mediciones del desempeño Hospital Manuel Amador Guerrero en Colón
Comparación entre primera y segunda medición.

Tipo de servicio		Primera medición (May2010)	Segunda medición (May2011)
1	Consulta Externa	43%	36%
2	Emergencia	55%	68%
3	Cirugía	65%	63%
4	Gineco-obstetricia	77%	74%
5	Medicina Interna	64%	64%
6	Pediatría	64%	71%
7	Intensivo	60%	58%
8	Imágenes Diagnósticas	20%	67%
9	Nutrición	63%	56%
10	Orientación	11%	70%
11	Bioseguridad	20%	60%
12	Manejo de Desechos Sólidos	25%	38%
13	Laboratorio	31%	75%
14	Banco de Sangre	25%	75%
15	Farmacia	58%	100%
16	Lavandería	40%	40%
17	Morgue	57%	29%
18	Gestión	26%	74%
	Total	**48%**	**65%**

Fuente: SM&E.

El Hospital Santo Tomás incrementó veintiocho puntos porcentuales en comparación a la primera medición, tal como se muestra en el cuadro E.1.9. Dentro de las acciones clave para mejorar su desempeño, están la vigilancia del cumplimiento de medidas de bioseguridad. Se formó un Comité de la Calidad, encargado del monitoreo del cumplimiento de acciones contenidas en el plan de mejora. El personal manifestó un cambio de comportamiento en el trato de atención de calidad y humanizado, todos los proveedores se identifican con el usuario, explican los procedimientos y su diagnóstico.

Cuadro E.1.9. Mediciones del desempeño Hospital Santo Tomás, Ciudad Panamá
Comparación entre primera y segunda medición.

Tipo de servicio		Primera medición (May2010)	Segunda medición (May2011)
1	Consulta Externa	57%	89%
2	Emergencia	59%	95%
3	Cirugía	71%	88%
4	Gineco-obstetricia	63%	93%
5	Medicina Interna	82%	100%
6	Pediatría	No aplica	No aplica
7	Intensivo	55%	58%
8	Imágenes Diagnósticas	67%	100%
9	Nutrición	63%	75%
10	Orientación	22%	85%
11	Bioseguridad	60%	60%
12	Manejo de Desechos Sólidos	63%	100%
13	Laboratorio	44%	81%
14	Banco de Sangre	75%	83%
15	Farmacia	67%	67%
16	Lavandería	No aplica	80%
17	Morgue	57%	71%
18	Gestión	32%	84%
	Total	**57%**	**85%**

Fuente: SM&E

En el hospital Aquilino Tejeira fue medido a finales de junio del presente año fiscal, incrementando tres puntos en base a su primera medición. Las áreas que mostraron incremento, como nutrición y asesoría cerraron brechas relacionadas a ofrecer información más completa sobre estilos de vida, incorporando la exploración de riesgo. Se cuenta con complementos nutricionales para los pacientes que lo requieran y el área de espera tiene facilidades básicas. Lo más significativo es que ambas áreas se han integrado al resto de servicios de la consulta externa.

Las brechas encontradas en el área de atención médica responden al poco personal médico para responder a la demanda de pacientes. Por otro lado respecto a insumos para el lavado de manos se observó ausencia de jabón y papel toalla en la mayoría de servicios.

En las áreas de cirugía se evidenció falta de recipientes para colocación de desechos y los punzocortantes no están siendo almacenados en base a la normativa. Por otro lado hace falta equipo como: otorrinolaringoscopio, torniquete para canalizaciones, insumos como sábanas, camisones para pacientes, en sala de operaciones se evidenció falta de batas impermeables, tanque de oxigeno y aire acondicionado. Adicionalmente hay un problema de hacinamiento pues en el mismo cuarto de encamamiento con los pacientes adultos se encontró pacientes pediátricos. No hay disponible normas de bioseguridad.

En gineco-obstetricia ente las brechas encontradas están: ausencia de protocolos de atención, falta de uso del partograma, desabastecimiento de antirretrovirales, falta de cumplimiento de normas de prevención de infecciones, equipo fuera de funcionamiento (laringoscopio, carro de paro respiratorio) En la sala de parto se observó al personal sin equipo de protección personal para la atención del parto y también no se evidencio lavado de mano, entre la atención de un paciente y otro. Aunque se capacitó en prevención de infecciones el personal no puede cumplir con estos estándares por falta de insumos.

Cuadro E.1.10. Mediciones del desempeño Hospital Regional Aquilino Tejeira (Penonomé) Comparación entre primera y segunda medición.

Tipo de servicio		Primera medición (Jun2010)	Segunda medición (Jun2011)
1	Consulta Externa	41%	65%
2	Emergencia	59%	50%
3	Cirugía	58%	29%
4	Gineco-obstetricia	67%	37%
5	Medicina Interna	64%	27%
6	Pediatría	50%	14%
7	Intensivo	No aplica	No aplica
8	Imágenes Diagnosticas	50%	50%
9	Nutrición	63%	88%
10	Orientación	39%	90%
11	Bioseguridad	40%	0%
12	Manejo de desechos sólidos	25%	25%
13	Laboratorio	44%	56%
14	Banco de Sangre	67%	75%
15	Farmacia	83%	92%
16	Lavandería	0%	20%
17	Morgue	14%	67%
18	Gestión	32%	39%
	Total	**50%**	**53%**

Fuente: SM&E

El hospital del Niño incrementó veintiún puntos entre la línea basal y su segunda medición. La mejora se debió a la implementación de un sistema de supervisión interno. Se realizaron capacitaciones en bioseguridad, estigma, discriminación y asesoría y prueba de VIH, algunas facilitadas por el Proyecto, y otros talleres como contenido del programa de capacitación del hospital.

Cuadro E.1.11. Mediciones del desempeño Hospital del Niño
Comparación entre primera y segunda medición.

Tipo de servicio		Primera medición (Mar2010)	Segunda medición (Jul2011)
1	Consulta Externa	68%	95%
2	Emergencia	67%	55%
3	Cirugía	69%	87%
4	Gineco Obstetricia	No aplica	No aplica
5	Medicina Interna	No aplica	No aplica
6	Pediatría	69%	69%
7	Intensivo	80%	100%
8	Imágenes Diagnosticas	50%	83%
9	Nutrición	86%	100%
10	Orientación	32%	85%
11	Bioseguridad	20%	20%
12	Manejo de desechos sólidos	25%	88%
13	Laboratorio	69%	100%
14	Banco de Sangre	83%	92%
15	Farmacia	75%	50%
16	Lavandería	60%	40%
17	Morgue	86%	57%
18	Gestión	26%	95%
	Total	**61%**	**82%**

Fuente: SM&E.

El Hospital A. Solano incrementó 21 puntos su desempeño, entre una medición y otra. Consulta externa, pediatría, nutrición, orientación y farmacia aumentaron por la capacitaciones de mejora del desempeño, adicionalmente se implementó supervisión interna de los procesos en especial del área de la atención del VIH. Las áreas con incremento sustancial, pasando de categoría roja a verde fueron consulta externa y orientación. En la consulta externa se lograron cerrar varias brechas: en medicina interna, el proveedor realiza proceso de información y un sondeo exhaustivo de los/las pacientes tanto en las primeras consultas, re consultas, como en el ingreso y adherencia a la TARV.

En el servicio de odontología se adecuó el área de espera, misma que cuenta con las condiciones básicas, como servicio sanitario en funcionamiento, así mismo los usuarios/as mostraron satisfacción por la calidad de la atención recibida. En general en el hospital el recurso humano está capacitado en VIH. En pediatría esta es una brecha que se pudo cerrar, ahora se cuenta con el número de personal requerido para la atención. En Orientación, se insistió en mantener criterios de calidad y confidencialidad en la atención. El área está integrada al resto de servicios de la atención integral y al momento de la verificación del desempeño se observó recursos materiales, educativos disponibles.

Farmacia es un área que está en remodelación, cuenta con el recurso humano necesario para su funcionamiento, capacitado en el manejo, almacenamiento, control y entrega de medicamentos. Al momento de la verificación se encontró existencias de medicamentos para pacientes con TB y VIH. Ahora existe un área donde se brinda orientación sobre ARV la que está accesible al área de prestación de servicios. El área se encuentra señalizada y cuenta con los recursos e insumos para su funcionamiento como mobiliario, formularios de reporte y equipo de computación.

Cuadro E.1.12. Mediciones del desempeño Hospital Regional Nicolás A. Solano
Comparación entre primera y segunda medición.

Tipo de servicio		Primera medición (Jun2010)	Segunda medición (Jul2011)
1	Consulta Externa	47%	90%
2	Emergencia	36%	57%
3	Cirugía	61%	57%
4	Gineco-obstetricia	67%	78%
5	Medicina Interna	55%	73%
6	Pediatría	75%	83%
7	Intensivo	No aplica	No aplica
8	Imágenes Diagnosticas	50%	67%
9	Nutrición	75%	100%
10	Orientación	44%	89%
11	Bioseguridad	60%	40%
12	Manejo de desechos sólidos	13%	38%
13	Laboratorio	50%	63%
14	Banco de Sangre	50%	50%
15	Farmacia	75%	100%
16	Lavandería	0%	0%
17	Morgue	14%	57%
18	Gestión	37%	58%
	Total	**51%**	**72%**

A continuación se presentan los resultados de las líneas basales de los hospitales que implementaron la metodología en el presente año fiscal.

Las líneas basales de los seis hospitales se realizaron en el segundo trimestre del año. Los resultados muestran que en su mayoría tanto el resultado global, como por área técnica, los hospitales están en un desempeño bajo. Dos de los seis hospitales medidos tiene un desempeño medio. Los equipos administrativos y técnicos de los hospitales muestran optimismo para el cierre de brechas, las autoridades están anuentes a apoyar a sus equipos para avanzar en el plan de implementación.

Cuadro E.1.13. Resultados de primera medición del desempeño
Mediciones del desempeño. Panamá, enero-marzo 2011

Tipo de servicio		Dr. "Luis" Chicho Fábrega (Veraguas)	Regional de Changuinola – CSS y Clínica TARV (Boca del Toro)	Mavel Iglesia de Aligandi (Kuna Yala)	Regional de Azuero Anita Moreno (Los Santos)	Cecilio Castillero (Herrera, Chitré)	Especialidades Pediátrica "Omar Torrijos Herrera" (HEP) – Caja de Seguro Social (CSS)
1	Consulta Externa	17%	87%	37%	54%	49%	72%
2	Emergencia	18%	77%	50%	36%	32%	83%
3	Hospitalización Cirugía	71%	83%	0%	0%	54%	69%
4	Hospitalización Gineco-obstetricia	41%	67%	50%	0%	62%	0%
5	Hospitalización Medicina Interna	55%	64%	46%	18%	55%	80%
6	Hospitalización Pediatría	57%	79%	50%	0%	38%	85%
7	Cuidados intensivos	33%	0%	0%	42%	40%	75%
8	Imágenes diagnósticas	33%	33%	17%	17%	33%	83%
9	Nutrición	50%	88%	0%	38%	6%	81%
10	Orientación	30%	45%	30%	30%	65%	47%
11	Bioseguridad	40%	60%	60%	0%	40%	60%
12	Manejo de desechos sólidos	13%	13%	13%	0%	13%	37%
13	Laboratorio	75%	50%	38%	38%	31%	50%
14	Banco de Sangre	58%	50%	0%	0%	58%	63%
15	Farmacia	92%	58%	42%	50%	58%	91%
16	Lavandería	0%	0%	0%	0%	20%	0%
17	Morgue	14%	14%	0%	29%	29%	20%
18	Gestión	53%	37%	42%	21%	16%	15%
Total		41%	64%	36%	33%	42%	62%

Fuente: SM&E

Las áreas de mayor oportunidad para el cierre de brechas son manejo de desechos, lavandería, morgue y gestión. Las brechas de desempeño que se identifican es falta de capacitación del personal multidisciplinario en VIH, inclusive las nutricionistas no solo no conocen la temática sino no se involucran en la atención, pues su contratación no incorpora la atención d personas con VIH. Se identificó ausencia de protocolos, guías y ayudas de trabajo en todos los servicios, falta de recursos materiales para cumplir con normas de bioseguridad, ausencia de equipo básico de apoyo para la Clínica de Terapia Antirretroviral (Nutrición, Trabajo. Social, Psicología).
A pesar de las brechas encontradas, el personal de los diferentes hospitales está comprometido con su trabajo y están anuentes a recibir recomendaciones y motivados para implementar su plan de intervenciones.

En los dos últimos trimestres del año se apoyó a los equipos multidisciplinarios de los hospitales a definir un plan de intervenciones, a cerrar las brechas, mediante capacitaciones en los temas de bioseguridad, asesoría/consejería, estigma y discriminación.

➢ ATENCIÓN INTEGRAL Y CONTINUA

La provincia de Colón en Panamá fue el área geográfica designada para implementar la Estrategia de Atención Integral y Continua en VIH. En el mes de enero se logró completar el diagnóstico de situación con la colaboración de: el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, PROBIDSIDA, Grupo Génesis Panamá + (GGP+) y con el Programa de Atención VIH/Sida del Albergue María de Colon.

En la ciudad de Colón hay diez organizaciones que trabajan en VIH, además hay diferentes grupos organizados orientados principalmente en la prevención, con un nivel mínimo de coordinación entre ellas, ejemplo: Asociación de hombres nuevos de Panamá, trabajan con población gay, MTS; Asociación PROVISIDA da apoyo a PVVIH, Cambiando Vida hacen visitas a PVVIH en los hospitales y Mujeres con dignidad y derecho realizan actividades de prevención. No existen datos desagregados de prevalencia de VIH en poblaciones PEMAR.

En marzo se realizó la primera reunión de coordinación para sensibilizar en la formación de la Red, búsqueda de contactos para su conformación y definir el local para sostener reuniones.

En las reuniones de seguimiento se contó con la participación del Ministerio de Salud, Programa Nacional de ITS, VIH/Sida y Asociación Panameña para personas TRANS. Además se realizaron entrevistas para recabar información de la caracterización PEMAR, teniendo como principales hallazgos que en Colón solo cinco organizaciones dos gubernamentales y tres no gubernamentales atienden diferenciadamente a grupos PEMAR, siendo su enfoque el de realizar charlas de educación, ferias d la salud, orientación pre y post prueba y recreación.

La red alcanzó a definir lineamientos macro para el Plan Estratégico, como por ejemplo:

Visión:

Ser una Red integrada por el sector gubernamental y de la sociedad civil que ofrecemos un abordaje integral y continuo en VIH-SIDA a las Personas Viviendo con VIH.

Misión:

Somos una Red para el abordaje Integral y continuo en VIH-SIDA en la provincia de Colón comprometida al desarrollo de estrategias en: promoción y prevención; consejería y diagnostico; tratamiento; cuidado clínico; servicio de apoyo e incidencia política.

Valores:

- **Equidad**
- **Respeto**
- **Solidaridad**
- **Creatividad**
- **Servicio**
- **Tolerancia**
- **Innovación**
- **Eficiencia**
- **Compromiso**
- **Confidencialidad**
- **Amor**
- **Humildad**
- **Honestidad**
- **Humanidad**

No se logró concretar el plan en su versión final por limitante de tiempo, ya que los integrantes de la Red tomaron el compromiso de reservar todos los viernes para participar en el diplomado que se impartiera a través del apoyo del Proyecto Capacity.

Se espera que para el año fiscal III se complemente el plan estratégico, validar estándares y realizar la medición de la red.

2. CAPACITACIÓN EN-SERVICIO

Proveer capacitación en servicio al personal médico y otros proveedores de servicios de salud de los sectores público, privado y organizaciones no gubernamentales (ONGs). Por ejemplo: diplomados y otros cursos de corta duración en temas específicos relacionados con la atención integral y tratamiento del VIH y SIDA. Apoyar la actualización, desarrollo y reproducción de materiales, y/o becas para la participación en cursos impartidos por instituciones privadas. Se deben cubrir al menos los temas de: terapia antirretroviral, coinfección TB/VIH, bioseguridad, mejora del desempeño, estigma y discriminación.

En el cuadro E.2.1 se puede apreciar el buen cumplimiento de metas de Panamá. Respecto a la cantidad de prestadores de servicio de salud, la meta no solo fue alcanzada sino que fue superada. Puede notarse que el porcentaje de personas con competencias (82%) fue mayor de lo esperado (meta: 70%), lo cual significa que el proceso de enseñanza-aprendizaje fue bastante más efectivo de lo esperado. A futuro se puede recuperar el 18% de personas que no adquirieron el mínimo de

competencias, considerando que las mismas ya tienen camino adelantado con respecto a que lograron aprobar 80% de conocimientos sin incluir el área de habilidades.

Se certificaron como capacitadores competentes a doce proveedores de salud del nivel local hospitalario del Ministerio de Salud lo que implica el 100% de la meta programada. Los capacitadores formados provenían principalmente del Hospital Sto. Tomas y Hospital del Niño, los cuales facilitaron la implementación del Plan de Capacitación durante el presente año mediante la metodología de aprendizaje para el desempeño.

El indicador 2.1.2 corresponde a la capacitación del personal hospitalario entre médicos, enfermeras y otras ramas de la salud en los hospitales de Changuinola, Sto. Tomas, Chiriquí, Veraguas, Nicolás Solano, Hospital del Niño, Hospital Obaldía, Hospital Castillero, y proveedores de salud de la Caja del Seguro Social. Se alcanzó 577 recursos de salud capacitados que corresponde a 135% de la meta programada.

Los temas seleccionados para formación en este periodo fueron: Asesoría y prueba voluntaria en VIH, bioseguridad, estigma y discriminación, y fortalecimiento institucional, este último a través de los talleres de transferencia de APD y del diplomado en derechos humanos, cultura de paz e infección por el VIH.

Cuadro E.2.1 Capacitación en servicio implementada
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre		Logro a la fecha		Desempeño anual	Desempeño al trimestre
2.1.1.	**# de prestadores de servicios de salud capacitados como capacitadores en aprendizaje del desempeño**	12	**12**		12		**100%** *(12 de 12)*	100% *(12 de 12)*
2.1.2.	**# de prestadores de servicios de salud que completaron exitosamente el programa de capacitación basado en competencias, en temas de mejora del desempeño**	426	**426**		581		**136%** (581 de 460)	135% (581 de 460)
2.1.3.	**% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias**	70%	**70%**		83% (581 de 702)		**118%** (83% de 70%)	118% (83% de 70%)

Fuente: SM&E

En el cuadro E.2.2 se aprecia el esfuerzo para lograr 577 personas capacitadas en competencias. El proceso inició con 895 asistentes, de los cuales 702 se consideran participantes por cuanto presentan un pre y post test durante la capacitación. Puede notarse que las competencias (conocimientos, destrezas y habilidades) fueron mejor adquiridas en estigma y discriminación. El 96% logró el mínimo de competencias, mientras que en fortalecimiento institucional presenta 65%, dado la complejidad del contenido de la currícula.

El personal que se certificó en competencias es aquel que cumplió con todos los requerimientos de las capacitaciones: pre y post test realizados, post test con nota mayor a 80 puntos, y listado de verificación de habilidades aprobado con mínimo de 80 puntos. En todos los temas de capacitación se dará el seguimiento en servicio para certificar en competencias a los participantes que no las alcanzaron.

La capacitación en bioseguridad fue impartida a solicitud de las autoridades hospitalarias y estuvo dirigida a miembros de comisiones de bioseguridad, comisión de prevención de infecciones nosocomiales y comisión de calidad de los servicios.

Entre las brechas que justifican la capacitación en este tema se encuentran:

a. No existe una adecuada supervisión de los procesos de bioseguridad.
b. Desconocimiento de las funciones de los comités de calidad, bioseguridad y Nosocomiales.
c. Falta de capacitación del personal de salud en la ejecución de tareas de bioseguridad como, descontaminación, diluciones antisépticas, uso de guantes, procesos de asepsia en lavandería, entre otros.

Cuadro E.2.2. Capacitaciones En Servicio por tema, profesión y sexo

	Tema de capacitación:	**Asesoría y prueba voluntaria VIH**	**Bioseguridad**	**Estigma y discriminación para Personal de Salud**	**Fortalecimiento institucional**	**TOTAL**
	Número de talleres	11	3	2	2	18
	Asistentes	583	221	54	37	895
	Participantes	422	204	50	26	702
	Participantes certificados en competencias	**331**	**181**	**48**	**21**	**581**
	Se considera que una persona es "participante" cuando la misma ha completado su capacitación y por lo tanto cuenta con resultados de Pre y Post	*Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo: 1. ha realizado Pre y post 2. Obtiene calificación > 80pts en post-test 3. Obtiene calificación de habilidades > 80%*				
2.1.2.	**Número de prestadores de servicios de salud que completaron exitosamente el programa de capacitación basado en competencias en temas de mejora del desempeño, temas relacionados a VIH con la incorporación de género, estigma y discriminación como ejes transversales (M=médicos, E=enfermeras, O=otros)**					
	Total	**331**	**181**	**48**	**21**	**581**
	Masculino	63	50	6	6	125
	Femenino	268	131	42	15	456
	Médicos	**85**	**30**	**7**	**0**	**122**
	Masculino	38	22	2	0	62
	Femenino	47	8	5	0	60
	Enfermeras	**173**	**58**	**18**	**5**	**254**
	Masculino	9	3	0	0	12
	Femenino	164	55	18	5	242
	Otros	**73**	**93**	**23**	**16**	**205**
	Masculino	16	25	4	6	51
	Femenino	57	68	19	10	154
2.1.3.	% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias	78%	89%	96%	81%	83%

Fuente: SM&E

En el cuadro E.2.3 se observa que la mayoría de capacitaciones en asesoría y prueba voluntaria presentaron logros altos, cercanos al 80%, a excepción de las dos últimas, que presentan un logro aproximado al 50%.

Cuadro E.2.3. Detalle de capacitaciones en Servicio en asesoría y prueba voluntaria por servicio de salud, profesión y sexo

Tema de capacitación:	Asesoría y prueba voluntaria VIH											
Institución (es) participante (s)	Región de salud de Changuinola	Región de salud de Changuinola	Región de salud de Changuinola	Hospital Santo Tomás Sistema de salud penitenciaria Sistema metropolitano de salud Hospital San Miguel Arcángel	Región de salud de Chiriquí	Hospital general Cecilio A. Castillero	Caja de seguro social	Hospital del niño	Ministerio de salud Región de salud Oeste Hospital Regional Nicolás A. Solano.	Ministerio de salud Región de salud Oeste Hospital Regional Nicolás A. Solano.	Hospital Luis Fábrega y funcionarios de salud	**TOTAL**
Periodo capacitación:	07/07/2011	12/07/2011	26/07/2011	18/07/2011	06/07/2011 08/07/2011	24/08/2011 25/08/2011 26/08/2011	26/07/2011 27/07/2011	14/07/2011 15/07/2'11	11/08/2011 12/08/2011	16/08/2011 17/08/2011	15/08/2011l 18/08/2011	
Asistentes	33	22	33	67	137	93	42	34	27	31	64	583
Participantes	24	18	26	45	118	59	32	25	13	16	46	422
Participantes certificados en competencias	**20**	**15**	**24**	**39**	**90**	**48**	**26**	**23**	**12**	**9**	**25**	**331**

Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo:
1. ha realizado Pre y post
2. Obtiene calificación > 80pts en post-test
3. Obtiene calificación de habilidades > 80%

	Número de prestadores de servicios de salud que completaron exitosamente el programa de capacitación basado en competencias en temas de mejora del desempeño, temas relacionados a VIH con la incorporación de género, estigma y discriminación como ejes transversales (M=médicos, E=enfermeras, O=otros)												
2.1.2.	**Total**	**20**	**15**	**24**	**39**	**90**	**48**	**26**	**23**	**12**	**9**	**25**	**331**
	Masculino	4	6	9	10	15	5	3	5	2	2	2	63
	Femenino	16	9	15	29	75	43	23	18	10	7	23	268
	Médicos	**4**	**6**	**10**	**19**	**15**	**7**	**5**	**7**	**3**	**3**	**6**	**85**
	Masculino	2	4	6	6	9	3	2	3	1	1	1	38
	Femenino	2	2	4	13	6	4	3	4	2	2	5	47
	Enfermeras	**12**	**9**	**9**	**12**	**51**	**25**	**19**	**13**	**7**	**3**	**13**	**173**
	Masculino	1	2	1	1	3	0	1	0	0	0	0	9
	Femenino	11	7	8	11	48	25	18	13	7	3	13	164
	Otros	**4**	**0**	**5**	**8**	**24**	**16**	**2**	**3**	**2**	**3**	**6**	**73**
	Masculino	1	0	2	3	3	2	0	2	1	1	1	16
	Femenino	3	0	3	5	21	14	2	1	1	2	5	57
2.1.3.	% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias	83%	83%	92%	87%	76%	81%	81%	92%	92%	56%	54%	78%

Fuente: SM&E

Con relación a los temas de estigma y discriminación se dotó a los participantes con herramientas que les permitirán desarrollar empatía y un mejor servicio a los usuarios, con énfasis en las personas que viven con VIH.

Cuadro E.2.4. Detalle de capacitaciones en Servicio en estigma y discriminación por servicio de salud, profesión y sexo

Tema de capacitación:	Estigma y discriminación para Personal de Salud		
Institución (es) participante (s)	**MINSA, CSS, Regiones de Chiriquí y Bocas del Toro**	**Regional de Salud de Herrera, Los Santos, Veraguas, Penonomé**	**TOTAL**
Periodo capacitación:	30/08/2011 31/08/2011	05/09/2011 06/09/2011	
Asistentes	29	25	54
Participantes	27	23	50
Participantes certificados en competencias	**26**	**22**	**48**

Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo:
1. ha realizado Pre y post
2. Obtiene calificación > 80pts en post-test
3. Obtiene calificación de habilidades > 80%

2.1.2.	**Número de prestadores de servicios de salud que completaron exitosamente el programa de capacitación basado en competencias en temas de mejora del desempeño, temas relacionados a VIH con la incorporación de género, estigma y discriminación como ejes transversales (M=médicos, E=enfermeras, O=otros)**			
	Total	**26**	**22**	**48**
	Masculino	2	4	6
	Femenino	24	18	42
	Médicos	**3**	**4**	**7**
	Masculino	0	2	2
	Femenino	3	2	5
	Enfermeras	**10**	**8**	**18**
	Masculino	0	0	0
	Femenino	10	8	18
	Otros	**13**	**10**	**23**
	Masculino	2	2	4
	Femenino	11	8	19
2.1.3.	% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias	96%	96%	96%

Fuente: SM&E

Cuadro E.2.5. Detalle de capacitaciones en Servicio en bioseguridad por servicio de salud, profesión y sexo

Tema de capacitación:		Bioseguridad			
Institución (es) participante (s)		**CTARV Bocas del Toro / Changuinola**	**Hospital Jose Domingo Obaldía, Chiriquí**	**Hospital Dr. Luis Fábrega Veraguas**	**TOTAL**
Periodo capacitación:		25/08/2011 26/08/2011 30/08/2011	30/08/2011 31/08/2011	25/08/2011 26/08/2011	
Asistentes		76	50	95	221
Participantes		66	47	91	204
Participantes certificados en competencias		**59**	**44**	**78**	**181**
Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo: 1. ha realizado Pre y post 2. Obtiene calificación > 80pts en post-test 3. Obtiene calificación de habilidades > 80%					
2.1.2.	**Número de prestadores de servicios de salud que completaron exitosamente el programa de capacitación basado en competencias en temas de mejora del desempeño, temas relacionados a VIH con la incorporación de género, estigma y discriminación como ejes transversales (M=médicos, E=enfermeras, O=otros)**				
		59	**44**	**78**	**181**
	Masculino	15	17	18	50
	Femenino	44	27	60	131
	Médicos	**12**	**18**	**0**	**30**
	Masculino	8	14	0	22
	Femenino	4	4	0	8
	Enfermeras	**19**	**18**	**21**	**58**
	Masculino	0	2	1	3
	Femenino	19	16	20	55
	Otros	**28**	**8**	**57**	**93**
	Masculino	7	1	17	25
	Femenino	21	7	40	68
2.1.3.	% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias	89%	94%	86%	89%

Fuente: SM&E

El diplomado, con una duración de cuatro meses responde a la importancia que los derechos humanos tienen en la prevención y control de la epidemia del VIH y las poblaciones vulnerabilizadas por dicha epidemia, además de explorar los diferentes instrumentos para que las personas capacitadas los apliquen en la promoción y defensa de los derechos humanos en las personas con VIH y las poblaciones vulnerables.

En el cuadro E.2.6 se observan resultados de algunas líneas de trabajo orientadas al fortalecimiento institucional: a) taller presencial de transferencia de la metodología de APD, b) Diplomado de Atención Integral en VIH y Derechos Humanos. En el Taller de Transferencia de APD se alcanzó un 100% de participantes certificados en competencias, no así en el Diplomado de Atención Integral en VIH con modalidad virtual y utilizando la plataforma Elluminate, donde el 44% de los participantes activos se certificó en competencias. Según información recibida de los Representantes de País, hubo problemas de ancho de banda de internet que condujeron a periodos de interrupción intermitentes en algunas sesiones del Diplomado. Este aspecto debe tomarse en consideración para posteriores intervenciones de carácter similar.

Cuadro E.2.6. Capacitación en servicio en fortalecimiento institucional a través del Diplomado en VIH. Por profesión y sexo

Tema de capacitación:		**Fortalecimiento institucional**		
Sub-tema de capacitación:		**Transferencia APD**	**Diplomado en VIH**	**Total**
Institución (es) participante (s)		**Nacional**	**Red Colón**	
Periodo capacitación:		01/03/2011 02/03/2011	03/06/2011 09/09/2011	
Asistentes		10	27	37
Participantes		10	16	26
Participantes certificados en competencias		**10**	**11**	**21**
Se considera que una persona es "participante" cuando la misma ha completado su capacitación y por lo tanto cuenta con resultados de Pre y Post		*Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo: 1. ha realizado Pre y post 2. Obtiene calificación > 80pts en post-test 3. Obtiene calificación de habilidades > 80%*		
2.1.2.	**Número de prestadores de servicios de salud que completaron exitosamente el programa de capacitación basado en competencias en temas de mejora del desempeño, temas relacionados a VIH con la incorporación de género, estigma y discriminación como ejes transversales (M=médicos, E=enfermeras, O=otros)**			
	Total	**10**	**11**	**21**
	Masculino	2	4	6
	Femenino	8	7	15
	Médicos	**0**	**0**	**0**
	Masculino	0	0	0
	Femenino	0	0	0
	Enfermeras	**5**	**0**	**5**
	Masculino	0	0	0
	Femenino	5	0	5
	Otros	**5**	**11**	**16**
	Masculino	2	4	6
	Femenino	3	7	10
2.1.3.	**% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias**	**100%**	**69%**	**81%**

Fuente: SM&E

Debido a que todos los participantes del diplomado de VIH son parte de la Red de Región Norte, estos contribuyen a la meta del indicador 2.1.2 en la categoría de otros, distribuidos de la siguiente forma por el tipo de actor al que representa en la comunidad:

En el cuadro E.2.7 se observa la desagregación de los participantes certificados en el Diplomado de VIH y DH por sexo y por ámbito de trabajo.

Cuadro E.2.7. Capacitación en servicio por medio del Diplomado en VIH
Distribución por grupo y sexo

Total de capacitados en Diplomado VIH y certificados en competencias (Otros)	**7**
Masculino	3
Femenino	4
OG --Organización gubernamental	**4**
Masculino	2
Femenino	2
ONG ---Organización no gubernamental	**2**
Masculino	0
Femenino	2
SC ---Sociedad civil	**1**
Masculino	1
Femenino	0
% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias	44%

Fuente: Informe final CONEVIH

Durante los trimestres I y II del presente año, se capacitó en bioseguridad y mejora del desempeño con un alcance de 68 participantes, sin embargo estos resultados no se tomarán en cuenta como logros en las metas de capacitados en competencias, ya que durante el primer trimestre aun no se estaba aplicando el chequeo de las habilidades adquiridas en la práctica.

Es importante mencionar, que en este período aun no se habían incorporado todos los criterios de capacitación de APD, por lo que las capacitaciones realizadas no cumplen con todos los requerimientos solicitados posteriormente para certificar en competencias.

PROXIMOS PASOS

1. Taller estandarización metodológica con capacitadores y capacitación en APD a docentes hospitalarios de hospitales que no fueron cubiertos.
2. Capacitación y seguimiento en los temas priorizados a proveedores de salud que no alcanzaron la certificación en competencias.
3. Planificación con autoridades de nivel central y capacitadores para programación anual de capacitaciones.

3. CAPACITACIÓN PRE-SERVICIO

Un programa de capacitación pre-servicio con una estrategia de pruebas voluntarias con consejería (TVC) enfocada en aumentar el acceso al diagnóstico temprano. Se apoyará la actualización e incorporación de módulos y materiales apropiados relacionados con la atención integral y tratamiento de VIH y sida en los programas de capacitación pre-servicio de médicos y otros prestadores de servicios sociales y de salud. Se deben cubrir al menos los temas de terapia antirretroviral, coinfección TB/VIH, bioseguridad, mejora del desempeño, estigma y discriminación.

➢ ACTUALIZACIÓN DE CURRICULA EN INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Panamá logró finalizar la actualización de la currícula, mediante la consultoría curricular desarrollada de marzo a agosto del presente año, siendo la consultora la Licda. Carmen Bishop, actualmente, vicedecana de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá.

Los productos de la consultoría curricular fueron: a) diagnóstico, b) propuesta curricular en estigma y discriminación, prueba voluntaria, consejería y bioseguridad, y c) guía del facilitador y guía del participante, como materiales de capacitación. Además se incluye una carta de compromiso con la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá para implementar los contenidos curriculares. Los materiales educativos fueron validados con docentes y estudiantes de la Facultad de Enfermería, y se desarrollaron talleres con el contenido curricular para estudiantes con apoyo de los docentes capacitados.

Como parte de la inclusión de la currícula actualizada en las facultades de Enfermería y Educación de la Universidad de Panamá, se capacitó a catedráticos en la metodología APD, cumpliendo con los criterios de calidad para su certificación, en las modalidades de curso virtual y presencial. Se capacitó a un total de siete docentes en dicha metodología.

Cuadro E.3.1. Actualización de currícula en instituciones de educación superior seleccionadas
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre		Logro a la fecha		Desempeño anual	Desempeño al trimestre
3.1.1.	# de propuestas técnicas de actualización de currícula que incluyen temas relacionados al VIH	**1**	1		1		**100%**	100%
3.1.2.	#de docentes universitarios que completaron exitosamente el programa de capacitación de Aprendizaje para el Desempeño	**6**	6		7		**117%** *(7 de 6)*	117% *(7 de 6)*
3.1.3	# de instituciones de educación superior que implementan la curricula actualizada en temas de VIH en su programa de enseñanza-aprendizaje	**1**	1		1		100%	100%

Fuente: SM&E

➢ PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PRE-SERVICIO EN CONSEJERÍA Y PRUEBA VOLUNTARIA

Con apoyo del personal capacitado en APD del Programa de VIH y el acompañamiento de USAID| Proyecto Capacity Centroamérica, se implementaron los talleres de prueba y consejería voluntaria para estudiantes y catedráticos, que posteriormente participaron en el Día de la Prueba celebrado en Panamá en coordinación con el Programa Nacional de VIH del Ministerio de Salud de Panamá.

Cuadro E.3.2. Programa de capacitación pre-servicio en consejería y prueba voluntaria implementado
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre		Logro a la fecha		Desempeño anual	Desempeño al trimestre
3.2.1.	# de personas en pre-servicio que completaron exitosamente la currícula de capacitación en consejería y prueba voluntaria	121	121		185		**152%** (185 de 121)	152% (185 de 121)
3.2.1.1	# de catedráticos capacitados como capacitadores en consejería y prueba voluntaria	21	21		58		**276%** (58 de 21)	276% (58 de 21)
3.2.1.2	# de estudiantes (pares) capacitados en consejería y prueba voluntaria	100	100		127		**127%** (127 de 100)	127% (127 de 100)

Fuente: SM&E

Como se detalla en el cuadro E.3.2 el número total de capacitados en pre servicio en el tema de consejería y prueba es de 185, superando así la meta propuesta para el año II. A petición de las autoridades universitarias se incluyeron los temas de estigma, discriminación y bioseguridad en los temas a impartir, además del tema planificado en consejería y prueba.

Cuadro E.3.3. Catedráticos capacitados
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

Tema de capacitación:		Estigma y Discriminación	Bioseguridad	Consejería y prueba	**Total**
Institución (es) participante (s)		Universidad de Panamá Facultad de Enfermería			
Periodo capacitación:		3/8/11 - 4/8/11	5/8/11-8/8/11	2/8/11-3/8/11	
Asistentes		20	20	20	60
Participantes		20	20	20	60
Participantes certificados en competencias		**18**	**20**	**20**	**58**
Se considera que una persona es "participante" cuando la misma ha completado su capacitación y por lo tanto cuenta con resultados de Pre y Post		*Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo: 1. ha realizado Pre y post 2. Obtiene calificación > 80pts en post-test 3. Obtiene calificación de habilidades > 80%*			
3.2.1.	**Número de personas en pre-servicio que completaron exitosamente la curricula de capacitación en consejería y prueba voluntaria**	**18**	**20**	**20**	**58**
3.2.1.1	**# de catedráticos capacitados como capacitadores en consejería y prueba voluntaria**	18	20	20	58
	Masculino	**3**	**3**	**3**	**9**
	Femenino	**15**	**17**	**17**	**49**
3.2.1.2	**# de estudiantes (pares) capacitados en consejería y prueba voluntaria**	0	0	0	0
	Masculino	**0**	**0**	**0**	**0**
	Femenino	**0**	**0**	**0**	**0**

Fuente: SM&E

Un grupo de 127 estudiantes fueron certificados en competencias en la universidad de Panamá, facultad de enfermería. Este grupo de estudiantes fueron los responsables de brindar consejería pre y post prueba durante el día de la Prueba en Panamá. Todos los capacitados participaron activamente en el Día de la Prueba para VIH.

Cuadro E.3.4. Estudiantes (pares) capacitados en consejería y prueba voluntaria
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

Institución (es) participante (s)		Universidad de Panamá Facultad de Enfermería			
Periodo capacitación:		3/8/11 - 4/8/11	5/8/11-8/8/11	2/8/11-3/8/11	Total
Asistentes		56	24	97	177
Participantes		43	22	85	150
Participantes certificados en competencias		**40**	**16**	**71**	**127**
Se considera que una persona es "participante" cuando la misma ha completado su capacitación y por lo tanto cuenta con resultados de Pre y Post		*Se considera que una persona ha sido capacitada en competencias cuándo:* *1. ha realizado Pre y post* *2. Obtiene calificación > 80pts en post-test* *3. Obtiene calificación de habilidades > 80%*			
3.2.1.	**Número de personas en pre-servicio que completaron exitosamente la currícula de capacitación en consejería y prueba voluntaria**	**40**	**16**	**71**	**127**
3.2.1.1	**# de catedráticos capacitados como capacitadores en consejería y prueba voluntaria**	0	0	0	0
	Masculino	**0**	**0**	**0**	**0**
	Femenino	**0**	**0**	**0**	**0**
3.2.1.2	**# de estudiantes (pares) capacitados en consejería y prueba voluntaria**	40	16	71	127
	Masculino	**5**	**4**	**12**	**21**
	Femenino	**35**	**12**	**59**	**106**

Fuente: SM&E

➢ DÍA DE LA PRUEBA

La meta propuesta para el año II era de dos universidades que proveen tamizaje- Facultad de enfermeria y facultad de educacion, en su maestria en salud publica, y 200 personas que recibieron tamizaje voluntario de VIH con consejeria pre y post prueba de acuerdo con las normas nacionales e internacionales. La meta se superó llegando a un total de 661 personas, alcanzando un total de 331%. El detalle se encuentra en el cuadro E.3.5.

Este indicador está fuertemente condicionado a la disponibilidad de reactivos e insumos provistos por los Ministerios de Salud, por lo que los resultados alcanzados pueden cambiar sustancialmente año con año. Para el Proyecto Capacity es dificil estimar la afluencia de personas que participarán en cada evento.

Cuadro E.3.5. Actualización de currícula en instituciones de educación superior seleccionadas
Logros con respecto a metas anuales y trimestrales

#	INDICADOR	Meta anual	Meta al trimestre		Logro a la fecha		Desempeño anual	Desempeño al trimestre
3.3.1.	# de universidades que proveen tamizaje voluntario de VIH con consejería pre y post-prueba de acuerdo con las normas nacionales e internacionales	**2**	2		2		**100%**	100%
3.3.2.	# de personas que recibieron tamizaje voluntario de VIH con consejería pre y post-prueba de acuerdo con las normas nacionales e internacionales en las universidades	**200**	200		661		**331%**	331%

Fuente: SM&E

La actividad del Día de la Prueba se realizó en cuatro localidades, tal como se presenta en el cuadro E.3.6. El total de personas tamizadas es de 661, sin que se registrara ningún positivo ni indeterminado.

Cuadro E.3.6. Resultados del Día d la Prueba

Universidad	Unidad académica / Facultad / Escuela	Número de personas que recibieron tamizaje voluntario (marque con una X)		Resultados de prueba de tamizaje					
				Positivos		Negativos		Indeterminados	
		Masculino	Femenino	M	F	M	F	M	F
Universidad de Panamá Octavio Méndez Pereira (Clínica Universitaria)	Facultad de Enfermería/ Educación	46	86	0	0	46	86	0	0
Universidad de Panamá Centro Regional Universitario de San Miguelito.	Facultad de Enfermería/ Educación	18	116	0	0	18	116	0	0
Universidad de Panamá Campus Armodio Arias	Facultad de Enfermería/ Educación	76	102	0	0	76	102	0	0
Centro regional universitario de Colón	---	65	152	0	0	65	152	0	0
Totales	661	205	456	0	0	205	456	0	0

Fuente: SM&E

ANEXO II: PLAN DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO –PMP–

LOGROS DEL PROYECTO AL AF2011

➢ INTRODUCCIÓN

En el documento adjunto (*Anexo PMP INFORME año2 13oct2011 PGJM.xlsx*) se observa el desempeño que ha tenido el Proyecto durante los dos años de trabajo desarrollado; el cual se presenta en forma desglosada por año y acumulada para los dos años. Debido a que el primer año fue de una ejecución relativamente limitada, es preferible observar los logros acumulados a la fecha, que en este caso corresponden a los dos años, sobre todo a vista de que el Proyecto posee metas acumuladas a los cinco años, y por lo tanto es importante conocer cómo se encuentra el mismo con respecto a lo logrado hasta el momento.

LOGROS EN RESULTADO 1:

Mejorar el desempeño del recurso humano que provee atención y tratamiento a las personas que viven con VIH y sida; así como integrar el tratamiento y la atención integral del VIH y sida con servicios de apoyo de base comunitaria, asegurando que los servicios clínicos, la atención en el hogar y los grupos de auto apoyo se complementen mutuamente y promuevan las oportunidades de prevención como parte de la atención integral y la prestación de servicios.

MEJORAR EL DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS DE SALUD ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO DE VIH (18 ÁREAS TÉCNICAS)

Puede observarse que la meta de Servicios de Salud a ser medidos en su desempeño fue superada, ya que para el año II se tiene una meta de 54 servicios, sin embargo se logró un total de 57 servicios. Puede notarse que esto se debió a pesar de que en Costa Rica no se logró la meta como resultado de un servicio que no manifestó interés en continuar con el apoyo del Proyecto. A la fecha, de esos 57 servicios, 37 cuentan ya con una segunda medición del desempeño.

Las segundas mediciones de desempeño han permitido conocer cómo los servicios han ido mejorando, y en este caso se puede observar que la expectativa de que por lo menos un 70% de los servicios mejoraran su calificación en su segunda medición fue superada, ya que se obtuvo un 88%. Lo anterior se logró a través del cierre de brechas que tuvieron los servicios; sin

embargo el indicador que mide este cierre de brechas mostró un bajo cumplimiento, lo cual se debió a una debilidad en el sistema de monitoreo para medir este cierre, y no en el cumplimiento del cierre de las mismas; ya que, de no haberse cumplido, no se hubiera tenido el buen logro ya manifestado con respecto a la mejora en desempeño. Esta debilidad de medición será superada en el próximo año fiscal.

MEJORA DEL DESEMPEÑO EN LA ATENCIÓN INTEGRAL Y CONTINUA EN VIH A NIVEL COMUNITARIO (5 COMPONENTES)

La iniciativa de trabajo con Redes para implementar la atención integral y continua a nivel comunitario dio inicio en el segundo año del Proyecto, habiéndose logrado el contacto/establecimiento y participación de una Red en cada uno de los países donde se desarrolla el Proyecto, por lo tanto se cuenta con las cinco Redes que se tenían establecidas como meta. Sin embargo, debido a que el establecimiento de estas Redes duró más tiempo del previsto, no fue posible hacer las mediciones de desempeño a las mismas. Por lo tanto, estas mediciones que están pendientes son una brecha para el Proyecto, mismas que serán superadas para el próximo año fiscal. Esto a su vez significa una reprogramación en estas actividades, sino además una modificación en metas con respecto a las mediciones de seguimiento que se les podrán realizar a las Redes durante el tiempo restante del Proyecto.

LOGROS EN RESULTADO 2:

Proveer capacitación en servicio al personal médico y otros proveedores de servicios de salud de los sectores público, privado y organizaciones no gubernamentales (ONGs).

CAPACITACIÓN EN SERVICIO IMPLEMENTADA

Durante el primer año del Proyecto se llevaron a cabo una serie de capacitaciones a prestadores de servicios de salud (1,154 personas capacitadas); pero, debido a que en ese entonces el objetivo principal de estas capacitaciones fue el cierre de brechas con respecto al desempeño encontrado en los servicios, las mismas no se manejaron bajo los estándares que permiten calificar a una persona participante en una capacitación como capacitado: contar con evaluaciones pre y post test, que la calificación del post test sea igual o superior un 80%, y contar con una evaluación de las habilidades adquiridas (evaluación de competencias), misma que también debe de contar con una calificación mínima del 80%. Por lo tanto, las

capacitaciones del primer año del Proyecto al no contar con los estándares, no fueron contadas como tales para el logro de metas con el nuevo PMP.

La documentación y verificación de estos estándares para calificar a una persona como capacitada ha requerido un nivel alto de esfuerzo y coordinación entre el personal de los países y de la Unidad de Monitoreo y Evaluación, sin embargo, este segundo año del Proyecto y primero en lograr la medición de capacitaciones bajo los estándares ha quedado de experiencia y aprendizaje para contar con la información necesaria a futuro en forma más eficiente.

La meta de capacitadores capacitados para este segundo año es de 94, el Proyecto logró un total de 89, por lo que se tiene un logro del 95% y una brecha de 5 personas para el futuro. Con la participación de estos capacitadores se tiene la capacitación de los prestadores de servicios de salud, para la cual se cuenta con una meta de 1,655 capacitados, y el logro del Proyecto fue de 1,471, para un 89% de desempeño al respecto, y quedando una brecha de 184 personas para el año entrante. De estos 1,471 capacitados, 302 fueron médicos, 537 enfermeras, y 632 fue otro tipo de personal.

LOGROS EN RESULTADO 3:

Un programa de capacitación pre-servicio con una estrategia de pruebas voluntarias con consejería (TVC) enfocada en aumentar el acceso al diagnóstico temprano.

ACTUALIZACIÓN DE CURRICULA EN INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR SELECCIONADAS

Se logró la meta de contar con cinco propuestas técnicas de actualización de curricula en las cuales se incluyen temas relacionados al VIH, y de estos cinco, cuatro se están implementado.

El total de docentes universitarios que completaron exitosamente el programa de capacitación de Aprendizaje para el Desempeño fue de 28, de un total de 30 que se tenían como meta, por lo tanto queda una brecha de dos docentes para el próximo año.

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PRE-SERVICIO EN CONSEJERÍA Y PRUEBA VOLUNTARIA IMPLEMENTADO

El total de personas capacitadas en pre-servicio que completaron exitosamente la curricula de capacitación en consejería y prueba voluntaria es de 433, de un total de 531 que se tenía como meta. Por lo tanto se tuvo un desempeño del 82%, y queda como brecha para el siguiente año

la cantidad de 98 personas. Es importante resaltar que de estas 433 personas capacitadas 126 fueron catedráticos y 307 estudiantes.

DÍA DE LA PRUEBA EN PRE-SERVICIO

En total se contó con 10 universidades que dieron tamizaje voluntario de VIH con consejería pre y post prueba, lo cual superó en una al total de 9 que se tenían como meta. El total de personas que recibieron el tamizaje voluntario a través de esta iniciativa fue 6,556. La meta que se tenía era de 3,004, por lo que la meta fue duplicada, lo cual se debió al trabajo y esfuerzo de todas este personal voluntario en las universidades.

LOGROS EN RESULTADO 4:

Desarrollo de sistema de la información y uso apropiado de tecnología para la implementación de módulos de capacitación a distancia, conferencias relacionadas con temas de atención integral y tratamiento del VIH, y diseminación de información actualizada.

Esta iniciativa, como un refuerzo al proceso educativo, se esperaba que tuviera un 70% de respuesta de parte de quienes participaban en la misma, sin embargo la respuesta fue mayor (88%).

Con la información de este primer ejercicio realizado con m-learning se esperaba conocer la efectividad que esta iniciativa podría tener sobre la sostenibilidad del conocimiento, sin embargo al haberse desarrollado en forma paralela con el diplomado solamente ha permitido conocer el grado de respuesta que se puede tener de parte de los participantes, quedando pendiente la evaluación con respecto al efecto que m-learning puede tener sobre la sostenibilidad del conocimiento.

LOGROS EN RESULTADO 5:

Sistematización e institucionalización de los estándares de desempeño para el monitoreo de los servicios de atención integral en los hospitales y clínicas participantes para asegurar la apropiada toma de decisiones, así como la continuidad del programa de mejora del desempeño.

Uno de los grandes retos del Proyecto es lograr la institucionalización de la mejora del desempeño, para ello, y como un primer paso hacia dicha institucionalización, se ha trabajado

para lograr que autoridades gubernamentales y no gubernamentales conozcan los resultados de las mediciones que se han hecho a los servicios, sin embargo en este año solamente se logró una presentación, en Costa Rica, de las cinco que se tenían como meta.

Plan de Monitoreo del Desempeño (PMP)
Año fiscal II (2010-2011)
PROYECTO CAPACITY CENTROAMÉRICA

#	INDICADOR	META ANUAL			LOGROS			% de cumplimiento a la fecha	Brecha
		Año Fiscal I (Oct 2009-Sep2010)	Año Fiscal II (Oct 2010-Sep2011)	Acumulado AF II	Año Fiscal I (Oct 2009-Sep2010)	Año Fiscal II (Oct 2010-Sep2011)	Acumulado AF I y AF II		
Resultado esperado 1:									
Mejorar el desempeño del recurso humano que provee atención y tratamiento a las personas que viven con VIH y sida; así como integrar el tratamiento y la atención integral del VIH y sida con servicios de apoyo de base comunitaria, asegurando que los servicios clínicos, la atención en el hogar y los grupos de autoapoyo se complementen mutuamente y promuevan las oportunidades de prevención como parte de la atención integral y la prestación de servicios.									
1.1.	**Mejorar el Desempeño de los Servicios de Salud atención integral y tratamiento de VIH (18 áreas técnicas)**								
1.1.1.	**% de Servicios de Salud en los cuales se ha completado la medición del desempeño dentro del período reportado**	**100%**	**100%**	**100%**	**112%**	**106%**	**106%**	106%	0
Número de Servicios de Salud en los cuales se ha completado la medición del desempeño dentro del período reportado **1M = 1a. medición** **2M = 2a. medición** **3M = 3a. medición** **4M = 4a. medición**		**33**	**54**	**54**	37	57	57	106%	0
Belize		4	5	5	5	7	7	140%	0
Costa Rica		6	11	11	5	10	10	91%	1
El Salvador		6	11	11	7	12	12	109%	0
Guatemala		10	14	14	12	14	14	100%	0
Panamá		7	13	13	8	14	14	108%	0
1.1.1.1.	**% de Servicios de Salud en los cuales se ha completado la <u>primera medición</u> del desempeño en todos los servicios que ingresaron al proyecto dentro del período reportado**	**100%**	**100%**	**100%**	**112%**	**95%**	**106%**	106%	0
Número Servicios de Salud en los cuales se ha completado la <u>primera medición</u> del desempeño en todos los servicios que ingresaron al proyecto dentro del período reportado **1M = 1a. Medición**		**33**	**21**	**54**	37	20	57	106%	0 0
Belize		4	1	**5**	5	2	**7**	140%	0
Costa Rica		6	5	**11**	5	5	**10**	91%	1
El Salvador		6	5	**11**	7	5	**12**	109%	0
Guatemala		10	4	**14**	12	2	**14**	100%	0
Panamá		7	6	**13**	8	6	**14**	108%	0
1.1.1.2.	**% de Servicios de Salud en los cuales se ha completado la medición de seguimiento del desempeño en todos los servicios dentro del período reportado**	**NA**	**100%**	**100%**	**NA**	**112%**	**112%**	112%	0
Número de Servicios de Salud en los cuales se ha completado la medición de seguimiento del desempeño en todos los servicios dentro del período reportado **2M = 2a. medición** **3M = 3a. medición** **4M = 4a. medición**		**NA**	**33**	**33**	NA	**37**	**37**	112%	0
Belize		NA	4	4	NA	5	5	125%	0
Costa Rica		NA	6	6	NA	5	5	83%	1
El Salvador		NA	6	6	NA	7	7	117%	0
Guatemala		NA	10	10	NA	12	12	120%	0
Panamá		NA	7	7	NA	8	8	114%	0
1.1.2.	**% de Servicios de Salud que cuentan con el plan de intervenciones para mejora del desempeño según los resultados de última medición**	**100%**	**100%**	**100%**	**112%**	**106%**	**106%**	106%	0
Número Servicios de Salud que cuentan con el plan de intervenciones para mejora del desempeño según los resultados de última medición **1M = 1a. medición** **2M = 2a. medición** **3M = 3a. medición** **4M = 4a. medición**		33	54	54	37	57	57	106%	0
Belize		4	5	5	5	**7**	**7**	140%	0
Costa Rica		6	11	11	5	**10**	**10**	91%	1
El Salvador		6	11	11	7	**12**	**12**	109%	0
Guatemala		10	14	14	12	**14**	**14**	100%	0
Panamá		7	13	13	8	**14**	**14**	108%	0

#	INDICADOR	META ANUAL			LOGROS			% de cumplimiento a la fecha	Brecha
		Año Fiscal I (Oct 2009-Sep2010)	Año Fiscal II (Oct 2010-Sep2011)	Acumulado AF II	Año Fiscal I (Oct 2009-Sep2010)	Año Fiscal II (Oct 2010-Sep2011)	Acumulado AF I y AF II		
1.1.3.	**% de los Servicios de Salud que lograron un buen cumplimiento del plan de intervenciones para reducción de brechas del desempeño**	**NA**	**40%**	**40%**	**NA**	**8%**	**8%**	20%	32%
1.1.4	**% de Servicios de Salud que han mejorado su calificación global con respecto a su última medición del desempeño.**	NA	**50%**	**50%**	NA	**56%**	**56%**	112%	0%
1.1.5.	**% de Servicios de Salud con Desempeño Esperado**	NA	**70%**	**70%**	NA	**88%**	**88%**	126%	0%
1.2.	**Mejora del desempeño en la Atención Integral y Continua en VIH a nivel comunitario (5 componentes)**								
1.2.1.	**# de redes que han sido conformadas para implementar la estrategia de la Atención Integral y Continua**	**NA**	**5**	**5**	**NA**	**5**	**5**	100%	0
1.2.2.	**# de redes ya conformadas que han sido apoyadas para implementar la estrategia de la Atención Integral y Continua**	**NA**	**5**	**5**	**NA**	**5**	**5**	100%	0
1.2.3.	**Número de Redes en las cuales se ha completado la medición del desempeño dentro del período reportado** **1M = 1a. medición** **2M = 2a. medición** **3M = 3a. Medición**	NA	**5**	**5**	NA	0	**0**	0%	5
Belize		NA	1	1	NA	0	0	0%	1
Costa Rica		NA	1	1	NA	0	0	0%	1
El Salvador		NA	1	1	NA	0	0	0%	1
Guatemala		NA	1	1	NA	0	0	0%	1
Panamá		NA	1	1	NA	0	0	0%	1
1.2.3.1.	**Número Redes en las cuales se ha completado la primera medición del desempeño dentro del período reportado** **1M = 1a. Medición**	**NA**	**5**	**5**	**NA**	**0**	**0**	0%	5
Belize		NA	1	**1**	NA	0	0	0%	1
Costa Rica		NA	1	**1**	NA	0	0	0%	1
El Salvador		NA	1	**1**	NA	0	0	0%	1
Guatemala		NA	1	**1**	NA	0	0	0%	1
Panamá		NA	1	**1**	NA	0	0	0%	1
1.2.3.2.	**Número de Redes en las cuales se ha completado la medición de seguimiento del desempeño dentro del período reportado** **2M = 2a. medición** **3M = 3a. Medición**	**NA**	**NA**	**5**	**NA**	**0**	**0**	0%	5
Belize		NA	NA	1	NA	0	0	0%	1
Costa Rica		NA	NA	1	NA	0	0	0%	1
El Salvador		NA	NA	1	NA	0	0	0%	1
Guatemala		NA	NA	1	NA	0	0	0%	1
Panamá		NA	NA	1	NA	0	0	0%	1
1.2.4.	**Número Redes que cuentan con el plan de intervenciones para mejora del desempeño según los resultados de última medición** **1M = 1a. medición** **2M = 2a. medición** **3M = 3a. Medición**	**NA**	**5**	**5**	NA	0	**0**	0%	5
Belize		NA	1	1	NA	0	0	0%	1
Costa Rica		NA	1	1	NA	0	0	0%	1
El Salvador		NA	1	1	NA	0	0	0%	1
Guatemala		NA	1	1	NA	0	0	0%	1
Panamá		NA	1	1	NA	0	0	0%	1
1.2.5.	**% de Redes que lograron un buen cumplimiento del plan de intervenciones para reducción de brechas del desempeño**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	NA	NA
1.2.6.	**% de Redes que han mejorado su calificación global con respecto a su última medición del desempeño.**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	NA	NA
1.2.7.	**% de Redes con Desempeño Esperado**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	NA	NA
1.2.8.	**% de Redes en las cuales aplican un sistema de referencia y respuesta para PVVs**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	NA	NA

#	INDICADOR	META ANUAL			LOGROS			% de cumplimiento a la fecha	Brecha
		Año Fiscal I (Oct 2009-Sep2010)	Año Fiscal II (Oct 2010-Sep2011)	Acumulado AF II	Año Fiscal I (Oct 2009-Sep2010)	Año Fiscal II (Oct 2010-Sep2011)	Acumulado AF I y AF II		
Resultado esperado 2:									
Proveer capacitación en servicio al personal médico y otros proveedores de servicios de salud de los sectores público, privado y organizaciones no gubernamentales (ONGs). Por ejemplo: diplomados y otros cursos de corta duración en temas específicos relacionados con la atención integral y tratamiento del VIH y sida. Apoyar la actualización, desarrollo y reproducción de materiales, y/o becas para la participación en cursos impartidos por instituciones privadas. Se deben cubrir al menos los temas de: terapia antirretroviral, coinfección TB/VIH, bioseguridad, mejora del desempeño, estigma y discriminación.									
2.1.	**Capacitación en servicio implementada**								
2.1.1.	**Número prestadores de servicios de salud capacitados como capacitadores en aprendizaje para el desempeño**	**NA**	**94**	**94**	**NA**	**89**	**89**	95%	5
Belize		NA	20	20	NA	15	15	75%	5
Costa Rica		NA	11	11	NA	11	11	100%	0
El Salvador		NA	16	16	NA	17	17	106%	0
Guatemala		NA	35	35	NA	34	34	97%	1
Panamá		NA	12	12	NA	12	12	100%	0
2.1.2.	**Número de prestadores de servicios de salud que completaron exitosamente** el programa de capacitación basado en competencias en temas de mejora del desempeño, temas relacionados a VIH con la incorporación de género, estigma y discriminación como ejes transversales (M=médicos, E=enfermeras, O=otros)	**NA**	**1655**	**1655**	**NA**	**1471**	**1471**	89%	184
TOTALES	**Masculino**	NA	811	811	NA	409	409	50%	402
(para la región)	**Femenino**	NA	844	844	NA	1062	1062	126%	0
	Médicos	NA	**35**	**35**	NA	**302**	**302**	863%	0
	Masculino	NA	17	17	NA	161	161	947%	0
	Femenino	NA	18	18	NA	141	141	783%	0
	Enfermeras	NA	**893**	**893**	NA	**537**	**537**	60%	356
	Masculino	NA	438	438	NA	26	26	6%	412
	Femenino	NA	455	455	NA	511	511	112%	0
	Otros	NA	**727**	**727**	NA	**632**	**632**	87%	95
	Masculino	NA	356	356	NA	222	222	62%	134
	Femenino	NA	371	371	NA	410	410	111%	0
Belize	**TOTAL BELIZE**	NA	**112**	**112**	NA	**134**	**134**	120%	0
	Masculino	NA	55	55	NA	33	33	60%	22
	Femenino	NA	57	57	NA	101	101	177%	0
	Médicos	NA	**3**	**3**	NA	**8**	**8**	267%	0
	Masculino	NA	1	1	NA	3	3	300%	0
	Femenino	NA	2	2	NA	5	5	250%	0
	Enfermeras	NA	**54**	**54**	NA	**58**	**58**	107%	0
	Masculino	NA	26	26	NA	2	2	8%	24
	Femenino	NA	28	28	NA	56	56	200%	0
	Otros	NA	**55**	**55**	NA	**68**	**68**	124%	0
	Masculino	NA	27	27	NA	28	28	104%	0
	Femenino	NA	28	28	NA	40	40	143%	0
Costa Rica	**TOTAL COSTA RICA**	NA	**301**	**301**	NA	**127**	**127**	42%	174
	Masculino	NA	147	147	NA	56	56	38%	91
	Femenino	NA	154	154	NA	71	71	46%	83
	Médicos	NA	**7**	**7**	NA	**16**	**16**	229%	0
	Masculino	NA	3	3	NA	7	7	233%	0
	Femenino	NA	4	4	NA	9	9	225%	0
	Enfermeras	NA	**162**	**162**	NA	**25**	**25**	15%	137
	Masculino	NA	79	79	NA	5	5	6%	74
	Femenino	NA	83	83	NA	20	20	24%	63
	Otros	NA	**132**	**132**	NA	**86**	**86**	65%	46
	Masculino	NA	65	65	NA	44	44	68%	21
	Femenino	NA	67	67	NA	42	42	63%	25
El Salvador	**TOTAL EL SALVADOR**	NA	**300**	**300**	NA	**217**	**217**	72%	83
	Masculino	NA	147	147	NA	67	67	46%	80
	Femenino	NA	153	153	NA	150	150	98%	3
	Médicos	NA	**7**	**7**	NA	**102**	**102**	1457%	0
	Masculino	NA	3	3	NA	49	49	1633%	0
	Femenino	NA	4	4	NA	53	53	1325%	0
	Enfermeras	NA	**161**	**161**	NA	**74**	**74**	46%	87
	Masculino	NA	79	79	NA	1	1	1%	78

#	INDICADOR	META ANUAL			LOGROS			% de cumplimiento a la fecha	Brecha
		Año Fiscal I (Oct 2009-Sep2010)	Año Fiscal II (Oct 2010-Sep2011)	Acumulado AF II	Año Fiscal I (Oct 2009-Sep2010)	Año Fiscal II (Oct 2010-Sep2011)	Acumulado AF I y AF II		
	Femenino	NA	82	82	NA	73	73	89%	9
	Otros	NA	**132**	**132**	NA	**41**	**41**	31%	91
	Masculino	NA	65	65	NA	17	17	26%	48
	Femenino	NA	67	67	NA	24	24	36%	43
Guatemala	**TOTAL GUATEMALA**	NA	**516**	**516**	NA	**412**	**412**	80%	104
	Masculino	NA	253	253	NA	128	128	51%	125
	Femenino	NA	263	263	NA	284	284	108%	0
	Médicos	NA	**9**	**9**	NA	**54**	**54**	600%	0
	Masculino	NA	4	4	NA	40	40	1000%	0
	Femenino	NA	5	5	NA	14	14	280%	0
	Enfermeras	NA	**284**	**284**	NA	**126**	**126**	44%	158
	Masculino	NA	139	139	NA	6	6	4%	133
	Femenino	NA	145	145	NA	120	120	83%	25
	Otros	NA	**223**	**223**	NA	**232**	**232**	104%	0
	Masculino	NA	109	109	NA	82	82	75%	27
	Femenino	NA	114	114	NA	150	150	132%	0
Panamá	**TOTAL PANAMA**	NA	**426**	**426**	NA	**581**	**581**	136%	0
	Masculino	NA	209	209	NA	125	125	60%	84
	Femenino	NA	217	217	NA	456	456	210%	0
	Médicos	NA	**9**	**9**	NA	**122**	**122**	1356%	0
	Masculino	NA	4	4	NA	62	62	1550%	0
	Femenino	NA	5	5	NA	60	60	1200%	0
	Enfermeras	NA	**232**	**232**	NA	**254**	**254**	109%	0
	Masculino	NA	114	114	NA	12	12	11%	102
	Femenino	NA	118	118	NA	242	242	205%	0
	Otros	NA	**185**	**185**	NA	**205**	**205**	111%	0
	Masculino	NA	91	91	NA	51	51	56%	40
	Femenino	NA	94	94	NA	154	154	164%	0
2.1.3.	**% de capacitados que adquieren el mínimo de competencias**	**NA**	**70%**	**70%**	**NA**	**77%**	**77%**	110%	7%
Resultado esperado 3:									
Un programa de capacitación pre-servicio con una estrategia de pruebas voluntarias con consejería (TVC) enfocada en aumentar el acceso al diagnóstico temprano. Se apoyará la actualización e incorporación de módulos y materiales apropiados relacionados con la atención integral y tratamiento de VIH y sida en los programas de capacitación pre-servicio de médicos y otros prestadores de servicios sociales y de salud. Se deben cubrir al menos los temas de: terapia antirretroviral, coinfección TB/VIH, bioseguridad, mejora del desempeño, estigma y discriminación									
3.1	**Actualización de curricula en instituciones de educación superior seleccionadas**								
3.1.1.	# de propuestas técnicas de actualización de curricula que incluyen temas relacionados al VIH	**NA**	**5**	**5**	**NA**	**5**	**5**	100%	0
3.1.2.	Número de docentes universitarios que completaron exitosamente el programa de capacitación de Aprendizaje para el Desempeño	**NA**	**30**	**30**	**NA**	**28**	**28**	93%	2
3.1.3.	# de instituciones de educación superior que implementan las curricula actualizadas en temas de VIH en su programa de enseñanza-aprendizaje	**NA**	**5**	**5**	**NA**	**4**	**4**	80%	1
3.2	**Programa de capacitación pre-servicio en consejería y prueba voluntaria implementado**								
3.2.1.	**Número de personas en pre-servicio que completaron exitosamente la curricula de capacitación en consejería y prueba voluntaria**	**NA**	**531**	**531**	**NA**	**433**	**433**	82%	98
3.2.1.1	**# de catedráticos capacitados como capacitadores en consejería y prueba voluntaria**	**NA**	**91**	**91**	**NA**	**126**	**126**	138%	0
	Masculino	NA	45	45	NA	45	45	100%	0
	Femenino	NA	46	46	NA	46	46	100%	0
	Belize	**NA**	**7**	**7**	**NA**	**14**	**14**	200%	0
	Masculino	NA	4	4	NA	7	7	175%	0
	Femenino	NA	3	3	NA	7	7	233%	0
	Costa Rica	**NA**	**21**	**21**	**NA**	**0**	**0**	0%	21
	Masculino	NA	11	11	NA	0	0	0%	11
	Femenino	NA	10	10	NA	0	0	0%	10
	El Salvador	**NA**	**21**	**21**	**NA**	**34**	**34**	162%	0
	Masculino	NA	11	11	NA	1	1	9%	10
	Femenino	NA	10	10	NA	33	33	330%	0
	Guatemala	**NA**	**21**	**21**	**NA**	**20**	**20**	95%	1

#	INDICADOR	META ANUAL			LOGROS			% de cumplimiento a la fecha	Brecha
		Año Fiscal I (Oct 2009-Sep2010)	Año Fiscal II (Oct 2010-Sep2011)	Acumulado AF II	Año Fiscal I (Oct 2009-Sep2010)	Año Fiscal II (Oct 2010-Sep2011)	Acumulado AF I y AF II		
	Masculino	NA	11	11	NA	3	3	27%	8
	Femenino	NA	10	10	NA	17	17	170%	0
	Panamá	**NA**	**21**	**21**	**NA**	**58**	**58**	276%	0
	Masculino	NA	11	11	NA	9	9	82%	2
	Femenino	NA	10	10	NA	49	49	490%	0
3.2.1.2	**# de estudiantes (pares) capacitados en consejería y prueba voluntaria**	**NA**	**440**	**440**	**NA**	**307**	**307**	70%	133
	Masculino	NA	216	216	NA	53	53	25%	163
	Femenino	NA	224	224	NA	254	254	113%	0
	Belize	**NA**	**40**	**40**	**NA**	**25**	**25**	63%	15
	Masculino	NA	20	20	NA	3	3	15%	17
	Femenino	NA	20	20	NA	22	22	110%	0
	Costa Rica	**NA**	**100**	**100**	**NA**	**21**	**21**	21%	79
	Masculino	NA	49	49	NA	7	7	14%	42
	Femenino	NA	51	51	NA	14	14	27%	37
	El Salvador	**NA**	**100**	**100**	**NA**	**124**	**124**	124%	0
	Masculino	NA	49	49	NA	22	22	45%	27
	Femenino	NA	51	51	NA	102	102	200%	0
	Guatemala	**NA**	**100**	**100**	**NA**	**10**	**10**	10%	90
	Masculino	NA	49	49	NA	0	0	0%	49
	Femenino	NA	51	51	NA	10	10	20%	41
	Panamá	**NA**	**100**	**100**	**NA**	**127**	**127**	127%	0
	Masculino	NA	49	49	NA	21	21	43%	28
	Femenino	NA	51	51	NA	106	106	208%	0
3.3.	**Día de la Prueba en pre-servicio**								
3.3.1.	**# de universidades que proveen tamizaje voluntario de VIH con consejería pre y post-prueba de acuerdo con las normas nacionales e internacionales**	**5**	**9**	**9**	**NA**	**10**	**10**	111%	0
Belize		1	1	1	NA	1	1	100%	0
Costa Rica		1	2	2	NA	1	1	50%	1
El Salvador		1	2	2	NA	2	2	100%	0
Guatemala		1	2	2	NA	2	2	100%	0
Panamá		1	2	2	NA	4	4	200%	0
3.3.2.	**# de personas que recibieron tamizaje voluntario de VIH con consejería pre y post-prueba de acuerdo con las normas nacionales e internacionales en las universidades**	**1,704**	**1,300**	**3,004**	**3,717**	**2,839**	**6,556**	218%	0
Belize		166	200	200	209	100	309	155%	0
Costa Rica		341	300	300	384	335	719	240%	0
El Salvador		341	300	300	348	1099	1,447	482%	0
Guatemala		515	300	300	2572	644	3,216	1072%	0
Panamá		341	200	200	204	661	865	433%	0
Resultado esperado 4:									
Desarrollo de sistema de la información y uso apropiado de tecnología para la implementación de módulos de capacitación a distancia, conferencias relacionadas con temas de atención integral y tratamiento del VIH, y diseminación de información actualizada. Al final del proyecto, cada país tendrá la base para la implementación de un sistema de información y capacitación.									
4.1.	**Implementar la estrategia de aprendizaje móvil (M-learning) integrada y utilizada al procesos de actualización y reforzamiento de conocimientos en temas de VIH/SIDA**								
4.1.1.	**% de personas que participan en el proceso de actualización y reforzamiento de conocimientos de temas de VIH por medio de la estrategia de m-learning**	**NA**	**50%**	**50%**	**NA**	**59%**	**59%**	118%	9%
4.1.1.1.	**% de personas registrados en estrategia de m-learning que confirman recepción de mensajes**	**NA**	**75%**	**75%**	**NA**	**88%**	**88%**	117%	13%
4.1.2.	**% de proveedores de salud registrados en la estrategia de m-learning que mantienen un mínimo de conocimiento deseado al final de la intervención**	**NA**	**65%**	**65%**	**NA**	**100%**	**100%**	154%	35%
4.2.	**Establecimiento de Sistema de Información de capacitación en servicio para los Ministerios de Salud y/o Caja del Seguro Social**								
4.2.1	**# de sistemas de información de recurso humano capacitado desarrollados o contextualizados**	**NA**	**3**	**3**	**NA**	**0**	**0**	0%	3

#	INDICADOR	META ANUAL			LOGROS			% de cumplimiento a la fecha	Brecha
		Año Fiscal I (Oct 2009-Sep2010)	Año Fiscal II (Oct 2010-Sep2011)	Acumulado AF II	Año Fiscal I (Oct 2009-Sep2010)	Año Fiscal II (Oct 2010-Sep2011)	Acumulado AF I y AF II		
4.2.2.	**# de sistemas de información de recurso humano capacitado funcionando**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	NA	NA
4.2.3.	**# países con al menos dos personas a nivel central utilizando el sistema de información de recurso humano capacitado**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	NA	NA
Resultado esperado 5:									
Sistematización e institucionalización de los estándares de desempeño para el monitoreo de los servicios de atención integral en los hospitales y clínicas participantes para asegurar la apropiada toma de decisiones, así como la continuidad del programa de mejora del desempeño.									
5.1.	**Sistematización de la estrategia de Mejora del Desempeño**								
5.1.1.	**# de Servicios de Salud que han sistematizado la estrategia de mejora del desempeño**	**NA**	**5**	**5**	**NA**	**0**	**0**	0%	5
5.1.1.1.	# de encuentros nacionales para intercambio de experiencias de campeones en Mejora del Desempeño con autoridades gubernamentales y no gubernamentales	**NA**	**5**	**5**	**NA**	**0**	**0**	0%	5
5.1.1.2.	# de Servicios de Salud con visitas de intercambio de experiencias	**NA**	**14**	**14**	**NA**	**0**	**0**	0%	14
5.1.1.3.	# de países que han contextualizado el manual de la estrategia de Mejora del Desempeño	**NA**	**5**	**5**	**NA**	**0**	**0**	0%	5
5.1.1.4.	# de países que han validado el manual de la estrategia de Mejora del Desempeño	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	NA	NA
5.1.1.5.	# de países que han socializado el manual de la estrategia de Mejora del Desempeño	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	NA	NA
5.1.1.6.	# de Servicios de Salud utilizando el manual de la estrategia de Mejora del Desempeño	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	NA	NA
5.1.2.	# de Servicios de Salud que han institucionalizado la estrategia de Mejora del Desempeño	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	NA	NA
5.1.2.1.	# actividades de socialización de resultados con autoridades gubernamentales y no gubernamentales, como primer paso a la institucionalización de la Mejora del Desempeño	**NA**	**5**	**5**	**NA**	**1**	**1**	20%	4
5.2.	**Sistema de certificación y reconocimiento de Servicios de Salud, establecido**								
5.2.1.	**# de Servicios de Salud que han sido reconocidos y/o certificados por el Ministerio de Salud**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	NA	NA
Belize		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Costa Rica		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
El Salvador		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Guatemala		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Panamá		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
5.2.1.1.	# de países que llevan a cabo procesos de reconocimiento y/o certificación de Servicios de Salud anualmente	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	NA	NA
5.3.	**Uso de información sobre la medición de estándares de Desempeño, para la toma de decisiones relacionadas con la respuesta de los servicios de salud ante la epidemia de VIH**								
5.3.1.	**# de Servicios de Salud con capacidad de implementar la estrategia de Mejora del Desempeño sin acompañamiento del proyecto**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	NA	NA
Belize		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Costa Rica		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
El Salvador		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Guatemala		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Panamá		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
5.3.2.	**# de Servicios de Salud que utilizan la base de datos de Mejora del Desempeño para su planificación**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**	NA	NA

ANEXO III: HISTORIAS DE EXITO

“El apoyo es constante. Vienen, nos miden el desempeño y así hemos progresado”.

Así se expresa el Dr. Roberto Calvo, Director del Hospital Regional de Escuintla, al referirse al apoyo que brinda USAID | Proyecto Capacity Centroamérica de Intrahealth International a través de la implementación de la metodología de Mejora del desempeño para la calidad

A la fecha, el proyecto apoya 14 hospitales de Guatemala, dentro de los cuales destaca el Hospital Regional de Escuintla, dirigido por el Dr. Roberto Calvo desde el año 2008. El Dr. Calvo reconoce que la Mejora del Desempeño, se ha convertido en una herramienta útil para la gestión y formación de alianzas.

“El hospital era caótico, pero comenzamos a hacer trabajo en equipo… -continúa el Dr. Calvo- “*con la medición del desempeño, identificamos brechas y posteriormente nos encargamos de darle seguimiento a los problemas encontrados para que en la próxima medición no se encuentren esos problemas otra vez”*

La mejora del desempeño es una de las metodologías innovadoras de IntraHealth que empodera a trabajadores de salud e instituciones para analizar problemas de desempeño, identificar brechas y establecer sistemas de apoyo que contribuyan a alcanzar la mejora del desempeño. En palabras del Dr. Miguel Angel Marroquín, Representante de Proyecto en Guatemala “*La Mejora del Desempeño lo que pretende es fomentar el trabajo en equipo dentro del hospital.”*

Al preguntarle al Dr. Calvo qué impacto ha tenido el Proyecto Capacity para el Hospital de Escuintla, menciona: *“El apoyo de Capacity es fundamental no sólo en este hospital sino en todos”. “Con el simple hecho de habernos convertido en un hospital de referencia y ser considerados a nivel nacional como uno de los mejores hospitales, es un gran logro”. “Parte de ser Director de un Hospital implica hacer gestión y dar seguimiento a los procesos que beneficien al Hospital*” –añade.

A la fecha, alrededor de 400 personas incluyendo enfermeras y parte del cuerpo médico del Hospital de Escuintla han sido capacitados en diferentes temas relacionados a la Mejora del Desempeño impartido por el Proyecto Capacity. Esta gestión se ve reflejada en la implementación de normas y procedimientos así como en las alianzas con la iniciativa privada y ONGs para la construcción y mejoramiento de infraestructura.

Así también se ha gestionado la compra de equipo e insumos que conllevan a la mejora de la atención al paciente. “*Al mejorar la atención del paciente evitamos enfermedades infecciosas o infecciones post-operatorias que a la larga es un gasto para el hospital. Todo eso lo vamos minimizando gracias al apoyo que hemos recibido de Capacity”-puntualiza el Dr. Calvo*.

Entre las gestiones más importantes que se han realizado en el Hospital de Escuintla, se puede mencionar la contratación de personal y mejoramiento de infraestructura. Por ejemplo el Centro Oftalmológico que fue construido con el apoyo de los alcaldes locales y las nuevas instalaciones de consulta externa, que fueron construidas con el apoyo del sector privado.

Recientemente llegó a la costa sur guatemalteca, el buque hospital de la Marina de los Estados Unidos, Comfort, con el objetivo de atender casos de emergencia y realizar cirugías a personas de escasos recursos. El Dr. Calvo aprovechó la oportunidad de gestionar apoyo médico y técnico para el Hospital Nacional de Escuintla: *"Ellos vinieron a revisar las incubadoras e hicieron el diagnóstico… también repararon algunos equipos que ya no funcionaban". "Se refirieron algunos casos complicados y hablé en las comunidades con los alcaldes de Masagua, La Gomera, La Democracia y Puerto de San José para que la gente asistiera con ellos"* - refiriéndose al personal médico y de enfermería del buque Comfort, que recibió durante su estadía en el país entre 500 a 600 pacientes diarios.

Al preguntarle al Dr. Calvo qué esperan del Proyecto Capacity a futuro, respondió: *"Que no nos abandonen, vale la pena tener asistencia técnica de una organización con una metodología que identifique las cosas buenas y malas que se puedan mejorar, agradecemos la crítica constructiva que siempre nos han brindado"*.

Los beneficios de la mejora del desempeño para la calidad se extienden a la población que asiste a los servicios de salud donde ya se observan los resultados de implementación de la estrategia que ha mejorado notablemente el área de gestión.

Siguiendo los 12 pasos de la metodología LFP para el diseño curricular en la Escuela de Enfermería de Guatemala.

"Esta nueva forma para diseñar el currículo es totalmente diferente de lo que yo aprendí. Por eso tuve que desaprender muchas cosas para encontrar la lógica detrás de la Mejora del Desempeño"menciona la Dra. Geraldine Grajeda, Profesora de la Universidad Rafael Landívar de Guatemala.

Al principio la Dra. Grajeda tuvo algunas dificultades para comprender la metodología Learning for Performance-LFP- (Aprendizaje para el Desempeño) pero luego de completar la capacitación a distancia sobre la metodología LFP impartido por USAID| Proyecto Capacity Centroamérica de IntraHealth Internacional, la doctora Grajeda adoptó completamente este proceso de diseño sistemático-instruccional para desarrollar intervenciones de aprendizaje adecuadas y exitosas a cualquier escala.

Como profesora de la Universidad Rafael Landívar, la doctora Grajeda posee amplia experiencia en el diseño curricular. Además de su formación en medicina clínica, sociología y educación cuenta con experiencia en el Programa de evaluación y desarrollo de materiales de aprendizaje. Este año fue contratada como Consultora del proyecto USAID |Capacity Centroamérica, para revisar el currículo en VIH de la Escuela Nacional de Enfermería de Guatemala, para lo cual utilizó la metodología LFP. En ese sentido, la Dra. Grajeda participó en un curso a distancia de seis semanas para conocer y aprender sobre la metodología.

Lo que a la doctora Grajeda le llamó la atención de esta metodología para diseñar el currículo, fue el énfasis para detectar, desde un principio, el problema o brecha del desempeño hasta completar las doce etapas del proceso; lo cual da como resultado, programas de capacitación enfocados, de manera eficiente y eficaz, a una situación particular. Al preguntarle sobre la utilidad de la capacitación en la metodología LFP, la doctora Grajeda respondió: *"Para mí la capacitación fue muy útil, cada uno de los pasos fueron de utilidad porque (en conjunto) es una manera completamente diferente para elaborar el currículo. Específicamente, fue muy útil por la forma en que se enfoca para identificar brechas en el conocimiento o desempeño"*.

Desarrollo del Currículo

Luego de finalizar la capacitación a distancia, la Dra. Grajeda fue contratada para desarrollar el currículo en VIH para incorporarlo en el programa regular de capacitación a enfermeras de la Escuela Nacional de Enfermería de Guatemala. *"Para los programas de enseñanza tradicional que abarcan muchos temas; es como apuntar (un objetivo) con una escopeta. De acuerdo al Dr. (Luis) Achaerandio, un teórico en la educación, es importante ir detrás de pocos problemas pero llegar al fondo; y esto se logra a través de la metodología LFP"*- mencionó la Dra. Grajeda.

Dentro de su revisión, le prestó mayor atención a algunas brechas de desempeño previamente identificadas, incluyendo las medidas de bioseguridad, consejería y pruebas voluntarias, orientación a maternidad y atención médica sin estigma y discriminación. Su propuesta de revisar el plan de estudios generó varios cursos técnicos y prácticos para los programas de enfermería y auxiliares de enfermería.

Junto con el Director de la Escuela y los coordinadores, la Dra. Grajeda revisó todas las brechas curriculares (paso 1) así como los contenidos que necesitaban ser reforzados y los temas que hacían falta dentro de los cursos de capacitación. Junto con los profesores de la Facultad, lograron definir las brechas del desempeño que debían atenderse con prioridad, las cuales en este caso particular están relacionadas a la bioseguridad y las metas de aprendizaje con sus objetivos (paso 6).

En el paso 2 la Dra. Grajeda investigó para comprender de una mejor manera, el funcionamiento de la Escuela y sus métodos de enseñanza. Conversó con los profesores de la Universidad y el personal, entrevistó a los estudiantes para conocer su opinión y nivel de aceptación de las diferentes estrategias de aprendizaje, las condiciones de aprendizaje de los estudiantes y el entorno físico y social de la Escuela.

Seguidamente, la Dra. Grajeda seleccionó las metodologías adecuadas de aprendizaje así como la mejor manera de evaluar el currículo y los estilos de aprendizaje más apropiados para alcanzar cada una de las metas definidas (paso 7 y 8). Además, buscó la literatura correcta y diseñó actividades, tareas y pruebas para optimizar el aprendizaje de los estudiantes (paso 3 y 9). Un reto para la Dra. Grajeda fue localizar ciertos documentos que hacían falta o literatura que no estaba disponible en la biblioteca de la universidad, por ejemplo leyes y reglamentos.

Cada uno de los pasos que la Dra. Grajeda realizó durante su trabajo fue discutido, consultado y acordado con el Director de la Escuela y Coordinadores, para garantizar que el currículo se ajustara a las necesidades de la Escuela y fuera aceptado y adoptado por quienes imparten los cursos. El currículo y todos los materiales didácticos han sido aprobados por la Universidad; el Director ha firmado una carta de compromiso y el currículo será adoptado e implementado para ciclo escolar 2012. Los pasos 11 y 12 – implementación, monitoreo y seguimiento a la intervención de aprendizaje- también iniciarán el próximo año escolar. A medida que el proceso continúa, el apoyo al seguimiento será esencial para la retención de los conocimientos y la sostenibilidad de la metodología LFP.

Varios son los casos en los que la metodología ha sido considerada para implementarse en la currícula de las Universidades beneficiando de esta manera a la población estudiantil. La Dra. Carmen de Bishop quien se encuentra al frente de la Vice-decanatura de la Escuela de Enfermería en Panamá y recientemente concluyó su consultoría con el Proyecto Capacity para la revisión del currículo menciona luego de haber recibido la capacitación LFP: *"Agradezco la oportunidad y los apoyos ofrecidos fue una experiencia y un aprendizaje que fortaleció más el mundo del VIH/SIDA"... "fue una experiencia excelente el trabajar y compartir con ustedes, me encantó la metodología y la seguiré utilizando. Estamos a la orden en el vicedecanato, y me asegurare de que se implemente el currículo"*

BELIZE

El Proyecto Capacity de USAID en colaboración con el Ministerio de Salud y la Facultad de Enfermería, Aliados de la salud y el trabajo social, realizó un taller de provisión de pruebas y consejería, este 8 y 9 de septiembre en el Hotel Best Western Biltmore Plaza de la ciudad de Belice. Los participantes fueron los estudiantes de la Facultad de Enfermería, Aliados de la Salud y Trabajo Social de la Universidad de Belice. Los dos días de capacitación fueron dirigidos por las enfermeras Verónica Ortega y Bernardine Grinage del Ministerio de Salud y la Sra. Lydia Harris-Thurton de Aliados de la Salud y Trabajo Social de la Universidad de Belice. El Dr. Marvin Manzanero, Director del Programa Nacional del Sida, dio las palabras de bienvenida y un resumen sobre la situación del VIH en el país.

El taller incluyó capacitación sobre cómo conversar con los pacientes acerca de los beneficios de las pruebas de VIH y cómo brindar consejería para la prevención, transmisión, tratamiento y atención del VIH. Además, los estudiantes practicaron cómo realizar la prueba rápida del VIH. Los objetivos de la capacitación fueron implementados por los facilitadores, lo cual dio como resultado un impacto positivo en los estudiantes, según lo expresaron las practicantes de enfermería Gersha Lennan y Nichole Cadle quienes mencionaron que ahora se sienten más seguras para acercarse a los pacientes e iniciar una conversación para ofrecerles la prueba de VIH y consejería. A través de los métodos de consejería básica aprendidos en este taller, están seguras que como proveedoras de atención en salud podrán mejorar la confianza con los pacientes ofreciéndoles empatía y apoyo. También consideraron que el proceso para iniciar con la consejería y pruebas de VIH está siendo implementado como parte de la atención en salud para que no se concentre solamente en los centros de consejería voluntaria (VCT en inglés).

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA | PROYECTO CAPACITY CENTROAMÉRICA

IntraHealth INTERNATIONAL Because Health Workers Save Lives.

Infección Nosocomial, Diagnóstico Situacional, Guatemala, C.A.

Septiembre

2011

Revisión documental y entrevistas de campo en diez hospitales de la red pública del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Índice

1. *Introducción* *Pag 3*
2. *Objetivos* *Pag 5*
3. *Marco de referencia* *Pag 6*
4. *Metodología* *Pag 12*
5. *Análisis y discusión de resultados* *Pag 15*
6. *Conclusiones* *Pag 48*
7. *Recomendaciones* *Pag 50*
8. *Anexo* *Pag 51*
9. *Bibliografía* *Pag 62*

Introducción

El rol que las instituciones hospitalarias desarrollan en la mayoría de países es importante, el incremento poblacional y la complejidad de las entidades mórbidas incrementan considerablemente su demanda. Los procesos de transición demográfica y epidemiológica generan condiciones propicias para el cambio de las principales causas de enfermar y morir, así como nuevos retos en la capacidad de respuesta institucional a enfermedades que, por su complejidad y cronicidad, demandan una atención permanente.

*Las infecciones nosocomiales, **"aquellas que no estaban presentes ni en proceso de incubación y que se presentan en el paciente a partir de las 48 a 72 horas de hospitalización"** se convierten en un verdadero reto a la calidad de atención, las mismas tienen su génesis en tres componentes esenciales*

- ***Agente**; microorganismos con alto grado de patogenicidad y virulencia*
- ***Huésped**; con condiciones intrínsecas o extrínsecas que vulneran su capacidad de defensa inmunitaria*
- ***Ambiente**; que genera condiciones favorables o desfavorables para la transmisión de infecciones.*

En toda institución hospitalaria las infecciones nosocomiales están presentes independientemente de los recursos y la tecnología disponible, es un evento que no puede ser erradicado pero sí controlado mediante estándares internacionales recomendados, los cuales varían, dependiendo de la complejidad y capacidad de respuesta instalada en los hospitales. Estos estándares son mayores para servicios que tratan a pacientes con altos niveles de riesgo ya sea por sus enfermedades de base, como por los múltiples procedimientos invasivos, diagnósticos y de tratamiento; como salas de intensivo neonatal, pediátrico y de adultos.

*La **prevención y control** de las infecciones nosocomiales se convierten, por lo tanto, en objetivos prioritarios relacionados directamente con la calidad de*

atención de las instituciones, considerados hoy en día como requisitos indispensables para alcanzar cualquier certificación de calidad en la atención prestada. En este sentido, los sistemas de vigilancia epidemiológica hospitalaria deben ser la fortaleza en un sistema de información para contribuir a tomar las mejores decisiones, tanto en el ámbito administrativo gerencial, como en el clínico y de atención directa a los pacientes. No es posible pretender modificar una situación si no disponemos de datos que puedan ser transformados en información para apoyar la toma de decisiones.

*Las preguntas claves surgen acerca de cómo están estructurados y organizados los diez hospitales seleccionados de la red pública de Guatemala, ¿**Existe un verdadero sistema de vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales**? ¿**Cuáles son sus objetivos y acciones precisas**? **¿Cómo están articulados de manera horizontal y vertical con el sistema de salud en sus diferentes niveles? ¿Qué productos genera este sistema que permitan agilizar la toma de decisiones más racional para la prevención y el control de las mismas?** y por último ¿**Cuál es la prevalencia de estas infecciones comparada con estándares internacionales**?*

La toma de decisiones acertadas es un elemento indispensable para garantizar una atención de óptima calidad en los sistemas de salud. Los sistemas de Vigilancia Epidemiológica y de Información Gerencial fueron establecidos como herramientas para garantizar, a los niveles centrales y locales, la mejor toma de decisiones tanto desde el punto de la oportunidad, de la veracidad y magnitud de los eventos a los cuales vigilan.

La complejidad de la red de servicios del Ministerio de Salud de Guatemala y la dificultad de obtener recursos, tanto humanos como de equipamiento, para satisfacer la creciente demanda generan dificultades en el funcionamiento de los sistemas de vigilancia para obtener un flujo de información tanto horizontal como vertical, de la situación de la infección nosocomial en las instituciones de salud.

No existe evaluación reciente del funcionamiento de estos sistemas de vigilancia en la red hospitalaria del país, cuál es su nivel de organización, cuál es su sensibilidad para captar el número y características de las infecciones nosocomiales, como funciona la captura del dato, quién la genera, hacía qué niveles de decisión se

reporta, cuál es la respuesta que de estos informes se obtiene. En resumen, la pregunta principal es: ***¿Cómo se está gerenciando el proceso de vigilancia epidemiológica para la prevención y el control de las infecciones nosocomiales en los diez hospitales seleccionados de la red de servicios del tercer nivel en Guatemala?***

Objetivo General

Caracterizar la situación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la prevención y control de las infecciones nosocomiales en diez hospitales de la red pública del Ministerio de Salud y Asistencia Social en Guatemala.

Objetivos Específicos

1. *Caracterización epidemiológica (tiempo, lugar y persona) de la situación de las infecciones nosocomiales en cada hospital.*
2. *Hacer una revisión de los principales indicadores de producción hospitalaria (índice ocupacional, índice de rotación y promedio días estancia) por departamento y servicio en cada hospital.*
3. *Describir la organización y principales funciones de los diferentes comités y unidades existentes que contribuyen a la prevención y control de las infecciones nosocomiales.*

4. *Identificar la capacidad instalada y de resolución, tanto de recurso humano como de cartera de servicios en cada hospital.*

5. *Identificar la existencia y aplicación de los principales componentes del Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la prevención y control de las infecciones nosocomiales.*

Marco de Referencia

*Las infecciones nosocomiales, un evento no deseado pero presente en los procesos de intervención médica que se define como "**aquellas que no se encontraban presente o en periodo de incubación al momento del ingreso del paciente al hospital"** [1] se han convertido en un enorme reto en la medida en que su expresión se hace más latente en las instituciones de salud en dos extremos: el avance tecnológico, que proporciona al médico métodos de diagnóstico cada vez más invasivos y de intervención terapéutica, asimismo, la insuficiencia de recursos o tecnología imposibilita la aplicación de medidas estándar de bio-seguridad que previenen las mismas.*

Las infecciones nosocomiales, situación ligada no solo a la provisión de insumos y tecnología, sino también a la disponibilidad y actitud proactiva del personal de salud, quienes en la medida de la aplicación o no aplicación de normas elementales de bio-seguridad, influirán en más o menos casos esperados.

Existen medidas ampliamente documentadas que pueden tener un impacto alto en la prevención y el control de las infecciones nosocomiales:

1. *Lavado de manos, tanto clínico (agua y jabón con antiséptico) como en seco (preparaciones a base de alcohol en gel o liquidas)*
2. *Un buen sistema de vigilancia epidemiológica*
3. *Un buen manejo de los desechos sólidos hospitalarios*
4. *Implementación de protocolos de procedimientos en los pacientes (colocación de tubos o catéteres, administración de medicamentos, ventilación asistida)*

[1] Validación de un programa de vigilancia de infecciones nosocomiales, Salud pública de Mexico/vol41, suplemento 1 de 1999

5. *Aspectos eminentemente biológicos, tanto del huésped como de los microorganismos -patrones de patogenicidad, virulencia y sensibilidad así como resistencia antibiótica.*

En general, se puede mencionar que casi el 70% del control que pueda tenerse sobre este evento está concentrado en los ítems 1 al 3 y el 30% restante del 4 al 5. En resumen, se puede mencionar que la génesis de este problema es ***multifactorial*** *la unicausalidad ya no existe en medicina, por lo que el abordaje del problema igualmente debe ser* ***multifactorial.***

Las infecciones nosocomiales son una causa muy importante de morbi-mortalidad y generan un costo elevado en el proceso de atención hospitalaria[2]. La organización y funcionamiento de un programa de control de infecciones permite conocer la frecuencia del problema, es decir, cuál es su magnitud, qué tipo de infecciones se presentan, quiénes son los más vulnerables y afectados, qué relación tiene con los procesos de intervención.

La implementación de un buen programa de vigilancia y control de infecciones nosocomiales representa una reducción importante en su prevalencia e incidencia, de hasta de un 32%.[3]

Existen diferentes modelos y sugerencias de los expertos para implementar la vigilancia y control de las infecciones, estos modelos van desde una vigilancia universal, es decir a todos los pacientes hospitalizados, situación que resulta más compleja y de costos altos. Se puede realizar una buena vigilancia sobre todo en hospitales con poco presupuesto y recurso humano exclusivo para tal fin, esto es, por medio de levantar mensualmente en los servicios priorizados prevalencias de punto, así como mantener una revisión sistemática de fuentes alternas o indirectas que permitan la detección de casos sospechosos, éstas incluyen; la revisión de los cultivos de microbiología, las indicaciones de antibióticos, las curvas de temperatura y el

---

[2] *Haley RW, White JW, Culver DH, Hughes JM. The financial incentive for hospitals to prevent nosocomial infection under the prospective payment system: An empirical determination from nationally representative sample. JAMA 1987;257:1611-1614.*

[3] *Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG, Munn VP* et al. *The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. Am J Epidemiol 1985;121:182-205.*

examen y seguimiento de pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de infecciones. Este sistema ha demostrado una sensibilidad de hasta el 82% pero se recomienda su validación inicial y periódica contra un estándar.[4]

Los conocimientos modernos han puesto de manifiesto la multiplicidad y complejidad de los factores involucrados en el determinismo de las enfermedades infecciosas: por una parte la infección y su difusión; y por otra, las posibles consecuencias, es decir, la producción o no del caso o de los casos. Esto ha llevado agrupar y reunir en un sistema lógico, completo, articulado y exacto, los distintos elementos que permiten conocer los factores que condicionan y determinan el fenómeno y su dinámica, se llama "Sistema de Vigilancia Epidemiológica". Se estructura para mantener bajo observación todos los factores o causas incidentes, desde el triple punto de vista del o de los agentes etiológicos, del huésped susceptible y del ambiente, hasta sus interrelaciones y sus cambios que puedan sufrir. Los datos que se obtengan contribuirán a la información necesaria para que, sobre bases precisas y sólidas, puedan establecerse guías de acción y hacerse recomendaciones adecuadas para adoptar medidas de control eficientes y ajustadas a la situación.

La vigilancia epidemiológica se define como ***"el escrutinio permanente y la observación activa de la distribución y propagación de las infecciones y factores relacionados, con suficiente exactitud en calidad y cantidad para ser pertinentes para un control eficaz"*** *OMS. 1968.*

De las definiciones anteriores, puede identificarse los siguientes grupos de actividades necesarias para la vigilancia:

- *Recolección sistemática de datos pertinentes*
- *Consolidación, evaluación e interpretación de los datos*
- *Recomendaciones de las medidas adecuadas que hay que tomar*
- *Pronta distribución de la información y de las recomendaciones a los órganos competentes, en especial a los que deben decidir y actuar.*

---

[4] *Broderick A, Mori M, Nettleman M, Streed SA, Wenzel RP. Nosocomial infections: Validation of surveillance and computer modeling to identify patients at risk. Am J Epidemiol 1990;131:734-742.*

En Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por medio del Centro Nacional de Epidemiologia, desarrolla acciones de vigilancia epidemiológica para las enfermedades de notificación obligatoria definidas para el país, dentro de éstas se encuentra la infección nosocomial (CIE-10 Y95.x). Ha dispuesto, para ello, varios instrumentos de notificación como lo son el SIGSA 18 de vigilancia, un instrumento de recolección y notificación semanal, el SIGSA 8 hospitalario, de recolección y notificación mensual. El flujo de reporte debe ser a las direcciones de áreas de salud y éstas son las responsables de direccionar el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA). Los casos de brotes deben ser reportados inmediatamente por vía telefónica, fax o correo electrónico al epidemiólogo (a) responsable de la dirección de área de salud correspondiente y al Centro Nacional de Epidemiología.

Para este evento existen instrumentos oficiales de notificación los cuales se pueden enunciar así:

- ✓ *Fichas epidemiológicas de enfermedades de notificación obligatoria*
- ✓ *Ficha específica para casos sospechosos de infección nosocomial*
- ✓ *Sigsa 8 hospitalario*
- ✓ *Sigsa 18 de vigilancia.*

Los niveles de reporte también deben ser de tipo horizontal, es decir, a nivel local; deben estar enterados los principales tomadores de decisión relacionados con el tema en el hospital, desde médicos clínicos tratantes como especialistas, infectólogos, epidemiólogos, directores o subdirectores, así como gerentes o administradores.

El desarrollo histórico de la vigilancia de las infecciones nosocomiales en el mundo ha sido partir desde la conformación de comités de nosocomiales, generalmente multidisciplinarios, luego comités de vigilancia epidemiológica coordinados por enfermeras o médicos capacitados en epidemiología, y recientemente la creación de unidades o departamentos de epidemiología, con la coordinación de un epidemiólogo (a) y enfermeras de vigilancia con capacitación y experiencia a nivel hospitalario.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuenta con el ***"Protocolo de Vigilancia Epidemiológica 2007****", una guía práctica conceptual de los diferentes procesos de vigilancia en el país y en ese mismo año se definió el "****Protocolo de Vigilancia Epidemiológica en Hospitales".*** *Actualmente se cuenta con la Red Nacional de Epidemiología que debe responder a ser una red articulada y descentralizada de las unidades funcionales de epidemiología en el Nivel Central, áreas de salud, distritos municipales y servicios de salud de todos los niveles, cuyo desarrollo y extensión se ajusta según las necesidades del Sistema Nacional de Salud.*

Su propósito es contribuir a mejorar el nivel de salud y bienestar de la población, mediante la investigación y vigilancia en salud pública, el análisis de la situación de salud de las diferentes dimensiones que la condicionan, la prevención y atención de emergencias y desastres, la evaluación de las políticas y acciones realizadas y el desarrollo del recurso humano.

El ámbito de competencia de la red, alcanza a las instituciones e integrantes del sector salud, organizaciones comunitarias, asimismo otras organizaciones o instituciones de interés fuera del sector, que se enlazarán en la medida en que sus actividades influyan significativamente en la salud de la población.

Dentro de las funciones para los hospitales que se establecen en esta red nacional están las siguientes:[5]

Para el cumplimento de sus funciones, las direcciones de los hospitales conformarán unidades de epidemiología, con dependencia administrativa de la Dirección del Hospital y técnica del Centro Nacional de Epidemiología o Área de salud de su jurisdicción.

Para tal efecto, corresponde a la Dirección proveer un ambiente dotado de recursos físicos, tecnológicos y humanos, cuyo coordinador será un profesional con formación técnica en epidemiología. Contará además con un equipo humano básico conformado por: profesionales de la salud, estadígrafo y apoyo administrativo.

---

[5] Lineamientos para el funcionamiento de la Red Nacional de Epidemioloiga, Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, 2007

El equipo básico será ampliado con otros profesionales de la salud en el hospital, quienes funcionalmente se integrarán para responder a los requerimientos institucionales y de la salud pública de su área de influencia.

Son funciones específicas de la Unidad:

1. *Desarrollar los procesos de vigilancia, análisis de información e investigación de interés institucional para orientar la toma de decisiones gerenciales propias del hospital*
2. *Participar en los procesos de formación y capacitación del recurso humano en epidemiología según las necesidades institucionales*
3. *Desarrollar las acciones de vigilancia en salud pública según los lineamientos establecidos por el Nivel Nacional y el área de salud*
4. *Participar en los comités de epidemiología del área de salud y coordinar los del hospital;*
5. *Liderar los procesos relacionados con la investigación en salud pública en la institución, según los lineamientos establecidos por el Nivel Nacional y el área de salud.*
6. *Realizar el análisis de la situación de salud de la población atendida por el hospital y participar en el análisis y actualización del diagnóstico de la situación de salud de su área de influencia, según los requerimientos establecidos por el área de salud.*
7. *Adoptar y ejecutar los aspectos técnicos y operativos relacionados la prevención y respuesta de las urgencias, emergencias y desastres que se generen en su área de influencia según los lineamientos establecidos por el Nivel Nacional y el área de salud*
8. *Participar de manera proactiva a la convocatoria intra e intersectorial, en el desarrollo de las acciones relacionadas con la vigilancia e investigación en salud pública, análisis de la situación de salud y demás de su competencia*

9. *Definir y promover en la institución los procesos relacionados con la complementación y referencia a las instituciones de menor nivel de complejidad para las acciones relacionadas con la vigilancia en salud pública, atención de brotes, emergencias y desastres*

10. *Promover la integración de la Red Nacional de Laboratorios en lo relacionado con la gestión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica e investigación en salud pública*

11. *Liderar la implementación en el hospital del Sistema de Información Gerencial en Salud, establecido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para la recolección, procesamiento, transferencia, actualización, validación, organización, disposición y administración de datos de la red.*

El cumplimiento de estas funciones será la guía para la evaluación del desempeño de la unidad y de cada uno de sus integrantes, que seguirá los lineamientos establecidos por el MSPAS y el hospital para estos fines.

Metodología

El presente estudio se realizó directamente en campo, para este propósito se aplicaron siete instrumentos de medición (ver anexos) que por medio de entrevista a "actores claves" y/o fuentes de información oficial registraron los datos pertinentes a cada tema los cuales fueron organizados así:

1. *Situación histórica de las infecciones nosocomiales en cada hospital, así como principales datos de producción hospitalaria durante los últimos cinco años. (Instrumento No. 1)*
2. *Prevalencia de punto de las infecciones nosocomiales y principales causas de hospitalización por servicios visitados. (Instrumento No. 2)*
3. *Caracterización de las principales infecciones nosocomiales encontradas en el levantamiento de la prevalencia de punto. (Instrumento No. 3)*
4. *Caracterización de la organización, estructura y funcionamiento para la prevención y control de las infecciones nosocomiales. (Instrumento No. 4)*
5. *Control de la disponibilidad de infraestructura e insumos para facilitar el lavado de manos. (Instrumento No. 5)*
6. *Verificación objetiva del cumplimiento de norma de bio-seguridad sobre lavado de manos por personal de salud. (Instrumento No. 6)*
7. *Evaluación objetiva de la calidad de lavado de manos según norma de OMS/OPS. (Instrumento No. 7)*

El desarrollo del presente estudio se realizó en diez hospitales pertenecientes a la red del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en Guatemala siendo los siguientes:

- *Hospital Regional de Cuilapa*
- *Hospital Regional de Escuintla*

- *Hospital de Coatepeque*
- *Hospital Regional de Quetzaltenango*
- *Hospital Nacional de Huehuetenango*
- *Hospital Regional de Zacapa*
- *Hospital Regional de Cobán*
- *Hospital Nacional de Antigua Guatemala*
- *Hospital De la Amistad de Japón, Izabal*
- *Hospital de San Benito Peten*

La actividad de campo incluyó la búsqueda de datos concernientes a los temas anteriormente mencionados, los cuales se obtendrán de fuentes objetivamente verificables, tales como informes escritos por los comités o unidades de epidemiología, memoria de labores, notificaciones oficiales o salas situacionales existentes. Éstas serán las fuentes primarias, las cuales pueden estar ubicadas en las sedes de los comités de nosocomiales, unidades de epidemiología, registros médicos o las propias direcciones de los hospitales

Se realizó una prevalencia de punto de las infecciones nosocomiales en los siguientes servicios:

- ✓ *Intensivo de Adultos*
- ✓ *Intensivo de Pediatría*
- ✓ *Sala de Neonatología*
- ✓ *Sala de Cirugía*
- ✓ *Sala de Traumatología*
- ✓ *Sala de Medicina*
- ✓ *Sala de Cirugía*

La prevalencia de punto se realizó el día de visita a los hospitales, directamente en los servicios indicados, en donde se hizo un recuento de cuántas camas dispone el servicio, cuántos pacientes están ocupando camas. Se revisaron las papeletas de los mismos para llenar la boleta de información epidemiológica (Instrumento No. 4), al detectarse un caso sospechosos de infección nosocomial de manera directa y en consenso con el médico o enfermera a cargo, se procedió a llenar boleta de caracterización de caso, de caracterización de caso infección nosocomial.

Para el llenado del Instrumento No. 4 que identifica la organización, estructura y función de las acciones en cuanto a la situación de infección nosocomial se concretó entrevista dirigida con los siguientes actores claves:

- ✓ *Director del hospital*
- ✓ *Sub-director médico*
- ✓ *Coordinador de comité de infección nosocomial (o algún otro miembro en su defecto)*
- ✓ *Coordinador de comité de desechos sólidos (o algún responsable en su defecto)*
- ✓ *Coordinador de comité de farmacoterapia (o algún responsable en su defecto)*
- ✓ *Responsable de microbiología del laboratorio del hospital*
- ✓ *Jefa de enfermería del hospital y/o jefas de enfermería de los servicios seleccionados para prevalencia de punto.*

Análisis y discusión de resultados

El análisis y la presentación de resultados se hacen en base a los objetivos del estudio, los cuales se constituyen en los compromisos de la investigación, el orden de presentación obedece a la posición de los mismos.

Caracterización Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales

Tabla No. 1

Principales Indicadores de Producción Hospitalaria
Casos de Infección Nosocomial
Hospital Nacional de Cuilapa

Años	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
Unidad de Producción	Total	Media	Total	Media	Total	Media	Total	Media	Total	Media	Total	Media
No. IIH	33	3	0	0	49	4	89	7	136	11	171	21
Egresos	11191	933	13593	1133	15035	1253	14648	1221	14590	1216	7525	941
DCO	42919	3577	56058	4672	64173	5348	67376	5615	66522	5544	33895	4237
IO	76	67	84	85	95	89	92	91	89	88	63	63
Camas	174	174	174	174	185	185	200	200	220	208	220	220
DE promedio	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	5

Fuente: Registros Medicos, Unidad de Epidemiologia

Como puede observarse, durante los últimos cinco años los casos detectados y notificados de infección nosocomial van en incremento constante partiendo del año 2006 con 33 casos, hasta el año 2010 con 136 casos. Lo anterior representa un incremento de más del 300% durante los últimos 5 años. La media de casos por años, que siendo una medida resumen en estadística, nos permite conocer el promedio de infecciones adquiridas por año comportándose igualmente de manera ascendente pues parte de 3 casos en el 2006 a 11 casos en el 2010 y 21 casos en el año 2011 hasta el mes de agosto. Durante el año 2007 no se realizó vigilancia pues la epidemióloga fue contratada a partir del mes de marzo del año 2008.

A nivel mundial, la incidencia global de las IIH varía enormemente de una institución a otra (de 3% a más de 25%), dependiendo del tipo de clínica u hospital (universitario, especializado o de menor complejidad), del número de camas y de especialidades, y del tipo de pacientes atendidos. La tasa de mortalidad puede

aumentar entre 1% y 4% cuando se adquiere una IH.[6] *Basado en esta premisa, podemos calcular el número de casos esperados para el Hospital de Cuilapa al obtener la prevalencia de casos teórica; por ejemplo para el año 2010 (egresos 14,590) tomando como estándar el valor mínimo del 3% esperaríamos un total de* ***437*** *casos, representando este valor un promedio de* ***36*** *casos mensuales. El valor encontrado en el año 2010 fue de 136 casos (1%) con una media de 11 casos mensuales lo cual puede representar un subregistro de casos de un 69%. El dato de subregistro puede cuantificarse de forma más exacta si se realiza este ejercicio en base a la tasa de prevalencia real por servicios, tomando como denominador, no el número de egresos de todo el hospital sino del servicio evaluado rutinariamente.*

Cuando observamos el promedio de egresos mensual por años comparados, vemos que en el año 2006 (n=933) y el año 2010 (n=1216) hay un incremento del 30% de egresos en promedio mensual, esto puede interpretarse como la respuesta a una mayor demanda de atención de casos hospitalizados y al incremento de camas disponibles que corresponde del año 2006 (n=174) al año 2010 (n=220) de un 24.6% respectivamente, es decir, existe una correlación directa entre el numero ascendente de egresos y la ampliación de camas disponibles. Lo anterior debe analizarse igualmente con el índice ocupacional que expresa el porcentaje de utilización de las camas, en este caso parte de un 76% en el año 2006 a un 89% en el año 2010, sin embargo han existido años en los cuales estos índices han sido mayores como el año 2008 en el cual se reporta un 92% de índice ocupacional. Llama la atención que el índice ocupacional durante el año 2011, enero a agosto, es uno de los más bajos históricamente (IO=63%), razón por la que debe realizarse un análisis por servicio priorizados, para identificar aquellos que podrían sugerir sub utilización o al contrario saturación del mismo, aumentando el riesgo de contraer una infección nosocomial, como por ejemplo, los servicios de neonatología o intensivos tanto de adultos como pediátricos.

Con relación a los días estancia promedio, llama la atención que los mismos se incrementan de cuatro en los años 2006 al 2009, a cinco a partir del año 2010; sugiriendo que existe algún factor que incide directamente sobre la prolongación de la estancia hospitalaria. Es bien sabido que las infecciones nosocomiales puede explicar en parte este fenómeno, pero se necesita hacer un estudio más específico, por ejemplo, de casos y controles para determinar si estas per se son las que han contribuido a incrementar los días estancias. Cuantificar este indicador por servicio o patologías específicas igualmente podría identificar la causa.

---

[6] http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/infecciones_nosocomiales.php

Tabla No.2

Prevalencia de Punto realizada en Hospital Nacional de Cuilapa

Servicio	Camas Disponibles	Camas Ocupadas	IO	Casos IIH	Prevalencia por Servicio	Prevalencia por hospital
Intensivo de Adultos	8	5	63	1	**20%**	
Cirugía de Hombres	27	12	44	2	**17%**	
Pediatría	40	37	93	7	**19%**	**8.39 %**
Cirugía Mujeres	32	19	59	2	**11%**	
Ginecología	50	38	76	0	**0%**	

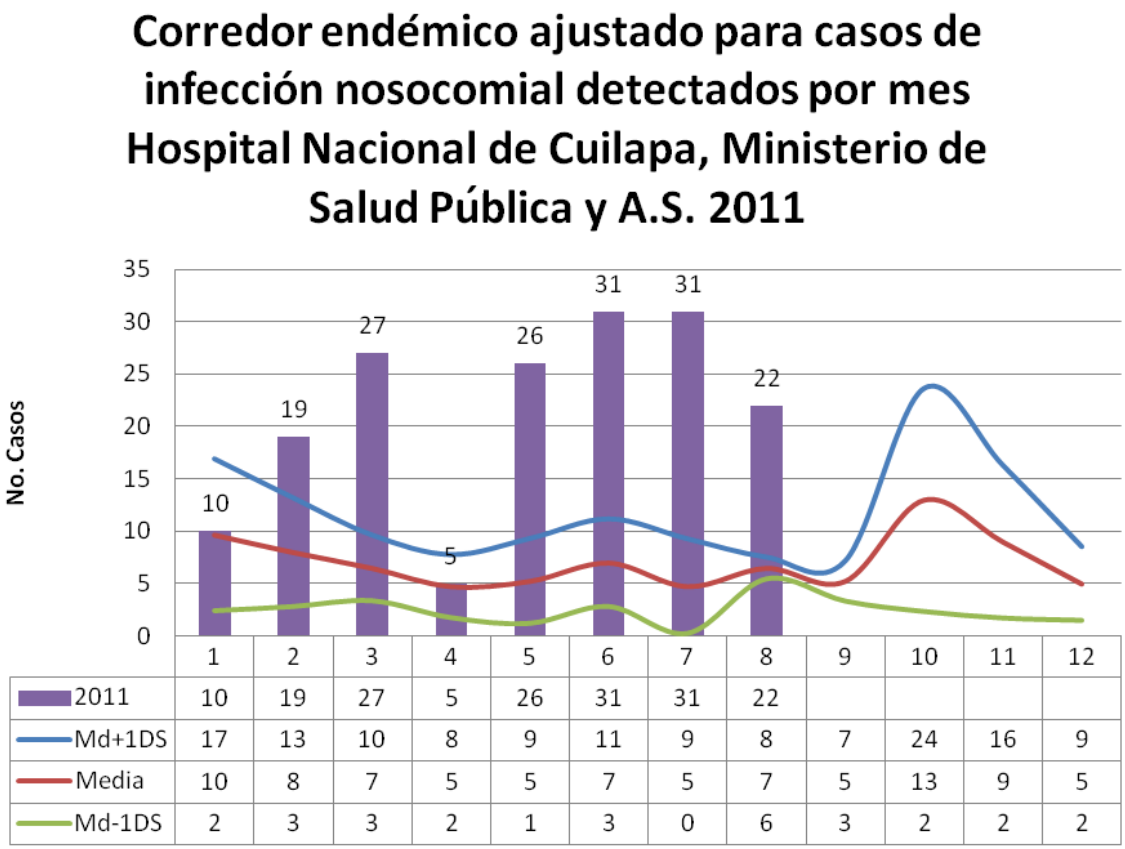
Fuente: Instrumento 2

Al realizar el levantamiento de la prevalencia de punto en el Hospital de Cuilapa, se obtuvo una prevalencia total de 8.39%, es decir, por cada 100 pacientes hospitalizados 8 presentaban una infección nosocomial registrada en el expediente, siendo 6 puntos porcentuales mayor que la reportada durante el año 2011 que fue de 2.2 % , lo anterior puede interpretarte como sub registro en la detección y la notificación, sirviendo como un punto de comparación entre lo notificado en un año de vigilancia y lo encontrado al momento de realizar el corte.

El intensivo de adultos es el que presentó la mayor prevalencia, un 20%, valor que concuerda con los estándares esperados para este tipo de servicios, pues aquí tenemos pacientes en estado más crítico con múltiples procedimientos invasivos, lo cual los hace más vulnerables a las infecciones nosocomiales.

La Pediatría representa un 19% siendo el segundo servicio con más porcentaje de infecciones, incluye los servicios de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Traumatología y Cirugía de Niños. Para medir con mejor detalle, deber hacerse una prevalencia de punto con servicios separados, lo cual permitirá focalizar en mejor forma el evento.

Gráfica No. 1



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2011	10	19	27	5	26	31	31	22				
Md+1DS	17	13	10	8	9	11	9	8	7	24	16	9
Media	10	8	7	5	5	7	5	7	5	13	9	5
Md-1DS	2	3	3	2	1	3	0	6	3	2	2	2

Fuente: Registros Médicos/Unidad de Epidemiologia

Como puede observarse en la gráfica No. 1, el comportamiento de la infección nosocomial presenta históricamente una estabilidad durante los meses de enero a septiembre. Al observar las curvas de niveles máximos, promedios y mínimos, en el periodo indicado, la fluctuación u ondulación de las líneas es mínima, casi rectas y perpendiculares; lo cual indica poca variabilidad en los datos por mes y una secuencia lineal durante el año con una prevalencia constante, lo que sugiere normalidad de la distribución de los casos durante el periodo. Esta imagen descrita cambia su patrón de una manera fuerte en los meses de octubre y noviembre, para luego disminuir el mes de diciembre, esto indica que durante esos meses hay algún fenómeno que promueve el aparecimiento en mayor cantidad de las infecciones nosocomiales y debería permitir realizar actividades de prevención y control incrementadas.

Tabla No. 3

Principales Indicadores de Producción Hospitalaria
Casos de Infección Nosocomial
Hospital Nacional de Cobán

Unidad de Producción	2006	2007	2008	2009	2010	2011
No. IIH	99	81	112	98	107	61
Egresos	16212	17525	19266	19513	19615	11178
DCO	55661	55142	58162	63641	69057	40114
IO	87.14%	86.33%	88.53	96.87	105.11	105.12%
Camas	175	175	180	180	180	180
DE promedio	3.33	3.09	3.23	3.30	3.33	3.37

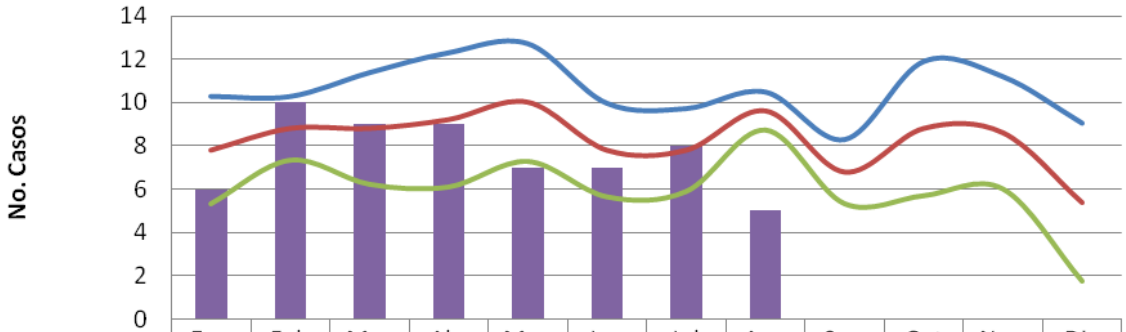
Fuente: Instrumento No. 1

Como puede observarse en el cuadro anterior, el número de infecciones nosocomiales en el Hospital de Cobán tiene muy poca variación durante los últimos cinco años, con una media por años de 93 casos anuales, esto podría sugerir que el sistema de vigilancia y captación de los casos no ha variado significativamente, pues no presenta alzas muy grandes o disminuciones importantes.

*La prevalencia general notificada para el año 2010 fue de **0.5** % y la prevalencia esperada según el estándar de 3% es de **588** casos, lo cual representa un subregistro del 81%. En septiembre se midió la prevalencia de punto obteniendo un resultado de 4%, la cual está un punto porcentual arriba de la esperada según el estándar y 3.5 puntos porcentuales arriba de la notificada.*

Gráfica No. 2

Corredor endémico ajustado para casos de infección nosocomial detectados por mes Hospital Nacional de Cobán A.V. Ministerio de Salud Pública y A.S. 2011



	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2011	6	10	9	9	7	7	8	5				
DS	10	10	11	12	13	10	10	10	8	12	11	9
Media	8	9	9	9	10	8	8	10	7	9	9	5
Md-1DS	5	7	6	6	7	6	6	9	5	6	6	2
Md-1DS	2	3	3	2	1	3	0	6	3	2	2	2

No. 2

Fuente: Registros Médicos/Unidad de Epidemiologia

De acuerdo a los límites inferiores, medios y superiores del corredor endémico para el Hospital de Cobán, puede interpretarse que su distribución y tendencia durante los cinco años históricos se mantiene constante, pues la fluctuación es ligera durante el año a excepciòn de tres picos que se registran en mayo, agosto y octubre, meses en que la fluctuación se acentúa. Deben revisarse estos meses localmente para identificar las causas de este patrón correlacionando, los meses con otros indicadores como índice ocupacional, tipo de servicio, tipo de infección y descartar la presencia de pequeños brotes.

Del comportamiento del año 2011, respecto al corredor, podemos mencionar que febrero es el mes que más casos reporta (n=10) ubicándose en zona

de alerta para luego disminuir en agosto (n=5). Es de esperarse que en octubre haya aumento de casos, según el comportamiento de años anteriores.

*La pregunta inicial en este Hospital es si la cantidad de casos reflejan la verdadera cuantificación de la situaciòn de infecciones nosocomiales o es la expresión de un subregistro por falta de notificación y/o vigilancia. Si calculamos los casos esperados en base al estándar de referencia del 3%, se esperarían durante el año 2011 de enero a Agosto, obtenemos un resultado de **335** casos esperados, que al contrastarlos con los 61 notificados representan un sub-registro del 82% .*

El índice ocupacional de Cobán durante este año ha sido de 105%, lo cual demuestra saturaciòn, indicando un riesgo más para desarrollar infecciones nosocomiales.

En el ejercicio de prevalencia de punto realizado en el Hospital de Cobán, se encontró una prevalencia general para el Hospital del 10% como se observa en el cuadro siguiente, reforzando la hipótesis de que lo que se notifica tienen un alto grado de subregistro.

Tabla No. 4

Prevalencia de Punto Realizada en Hospital Nacional de Cobán

Servicio	Camas Disponibles	Camas Ocupadas	IO	Casos IIH	Prevalencia por Servicio	Prevalencia por hospital
Intensivo de Pediatría	13	7	54	2	**29%**	**4%**
Neonatología	15	8	53	2	**25%**	
Obstetricia	20	12	60	3	**25%**	
Intensivo de Adultos	6	6	100	1	**17%**	
Cirugía Mujeres	36	17	47	1	**6%**	
Medicina de Mujeres	55	47	85	1	**2%**	
Medicina de Hombres	55	47	85	1	**2%**	
Traumatología de Mujeres	56	32	57	0	**0%**	
Cirugía de Hombres	50	34	68	0	**0%**	
Traumatología de Hombres	15	7	47	1	**14%**	

Fuente: Instrumento No. 2

El servicio con mayor prevalencia fue Intensivo de Pediatría con un 29% luego Neonatología y Obstetricia con un 25% respectivamente e Intensivo de adultos con un 17% para mencionar los mas altos.

Los servicios quirúgicos representan el 6% de las infecciones, las medicinas el 4%, la prevalencia total detectada por medio de la prevalencia de punto fue del 10%, al compararla con la prevalencia notificada, en base al número de casos de infección reportada de enero a agosto del año 2011, es de 0.65% lo cual evidencia el enorme subregistro que se tiene.

Lo anterior sugiere que debe incrementarse la búsqueda de casos, tanto en la detección y notificación, como en la búsqueda diaria en los servicios. Nuevamente vemos que cuando se carece de tiempo o personal para dedicarse diariamente a la vigilancia activa, la prevalencia de punto puede ser un buen instrumento de medición rápida, para conocer de manera semanal o mensual, cuál es el comportamiento más aproximado de las infecciones nosocomiales.

Tabla No. 5

Principales Indicadores de Producción
Casos de Infección Nosocomial
Hospital Nacional de Escuintla.

Unidad de Producción	2006	2007	2008	2009	2010	2011
No. IIH	12	79	76	81	165	152
Egresos	12305	14198	16014	17747	16215	11014
DCO	41313	47493	50867	51426	48624	34821
IO	65.05%	72.29%	77.42%	78.27%	74.01%	79.61%
Camas	174	180	180	180	180	180
DE promedio	*3.36*	*3.35*	*3.18*	*2.90*	*3.00*	*3.16*

La notificación reportada por el hospital de Escuintla evidencia un incremento del número de casos durante los últimos cinco años, partiendo de doce casos en el año 2006, hasta 165 en el año 2010. Esto indirectamente sugiere que el sistema de vigilancia y notificación ha mejorado, la media de casos durante los años expuestos en la tabla No. 5 se ubica en 94 casos. Durante el año 2011 se han

reportado 152 casos, lo que representa el 92% de los casos, sólo hasta el mes de agosto, aún faltan 4 meses para concluir el año, con un promedio esperado de 7 a 8 casos nuevos esperados. Podríamos proyectar que se superará el número de casos del 2011 respecto al 2010, este número podría ser de 184 casos al cerrar el año, lo que equivale un 12% más casos en el año 2011 que en el 2010.

La tasa de prevalencia reportada para el año 2010 fue de 1% (165 casos) dos puntos abajo del estándar del 3% (486 casos esperados) esto representa un 66% de subregistro. La prevalencia de punto encontrada fue de 7% ubicándose en cuatro puntos porcentuales arriba de lo esperado. Si la tendencia se mantiene constante, podemos deducir que la prevalencia real de infección nosocomial se encontrará siempre arriba de la notificada por el sistema tradicional de vigilancia.

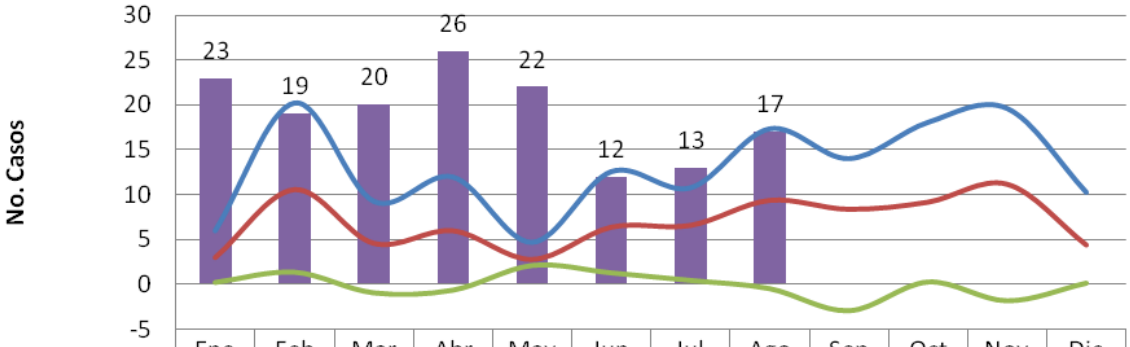
Con relación al número de egresos hospitalarios, se puede observar que éstos van en incremento durante los ultimos cinco años, partiendo de 12,305 en el año 2006 hasta 16,215 en el año 2010. Al correlacionar los egresos con el índice ocupacional puede observase que el mismo se incrementa desde 65.05% en el año 2006 hasta un 79.61% en el año 2011, acercándose al porcentaje de utilización de camas recomendado que es de un 80%.[7]

El promedio de días estancia se ubica en 3.16, lo cual debe analizarse por tipo de morbilidad, para establecer si el tiempo en que los pacientes por morbilidad específica están hospitalizado es el recomendado.

[7] http://prematuros.cl/cr/estadisticas/definicionesestadisticas.html

Gráfica No. 3

Corredor endémico ajustado para casos de infección nosocomial detectados por mes Hospital Nacional de Escuintla, Ministerio de Salud Pública y A.S.



	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2011	23	19	20	26	22	12	13	17				
Md+1DS	6	20	9	12	5	13	11	17	14	18	20	10
Media	3	11	5	6	3	6	7	9	8	9	11	4
Md-1DS	0	1	-1	-1	2	1	0	-1	-3	0	-2	0

Fuente: Registros Médicos/Unidad de Epidemiología

La distribución de casos de infección nosocomial en el Hospital de Escuintla presenta fluctuaciones durante todo el año, con un incremento en la pendiente de febrero, agosto y noviembre, donde el número de casos notificados presenta alta variabilidad durante los años y meses registrados, es decir, valores altos y bajos que incrementan su desviación estándar, como medida de variabilidad. Esto puede explicarse por inconsistencia en la captura y registro del dato o bien por pequeños brotes que se pudieran dar en ciertos servicios históricamente durante el año.

Al mapear los casos correspondientes al año 2011, podemos observar que en los meses de enero, marzo, abril y mayo la cantidad notificada superó el límite del corredor, entrando en área denominada epidémica para normalizar y entrar en área de alerta en el mes de junio, sin embargo la tendencia en julio y agosto es creciente. Deben revisarse localmente cuáles son los servicios que están contribuyendo al aumento de casos, caracterizar el tipo de infecciones y de esta

manera intervenir oportunamente para romper esta tendencia descrita. La presencia de valores negativos en el límite inferior se genera por la ausencia de valores superiores a cero, es decir, la consistencia de la información es pobre.

Tabla No. 6

Prevalencia de Punto Realizada en Hospital de Escuintla

Servicio	Camas Disponibles	Camas Ocupadas	IO	Casos IIH	Prevalencia por Servicio	Prevalencia por hospital
Intensivo de Adultos	10	5	50	1	**20%**	
Neonatología	16	12	75	2	**17%**	
Medicina de Hombres	19	18	95	2	**11%**	
Pediatría	30	17	57	1	**6%**	**7%**
Cirugía Mujeres	8	2	25	0	**0%**	
Ginecología	20	19	95	0	**0%**	
Medicina de Mujeres	16	12	75	0	**0%**	

Fuente: Instrumento No. 2

La prevalencia de punto encontrada con la aplicación del instrumento fue de 7%, con un valor mayor en el servicio de Intensivo de Adultos en el que la misma es de 20%, luego Neonatología con un 17%, Medicina de Hombres con un 11%, y Pediatría con un 6% de infecciones.

La prevalencia notificada por el Hospital de Escuintla para el periodo de enero a agosto del año 2011 fue de 1.3%, nuevamente evidenciando que hay un gran subregistro de casos por el método actual de captura de datos, que al comparar con el número de casos esperados según el estándar del 3% (n=330), arroja un subregistro del 54%.

Debe considerarse la posibilidad de utilizar prevalencia de punto semanal o mensual en servicios priorizados como un indicador de comparación y ajuste de los casos notificados vrs los casos detectados por este método.

Tabla No. 7

Principales Indicadores de Producción
Casos de Infección Nosocomial
Hospital de Antigua.

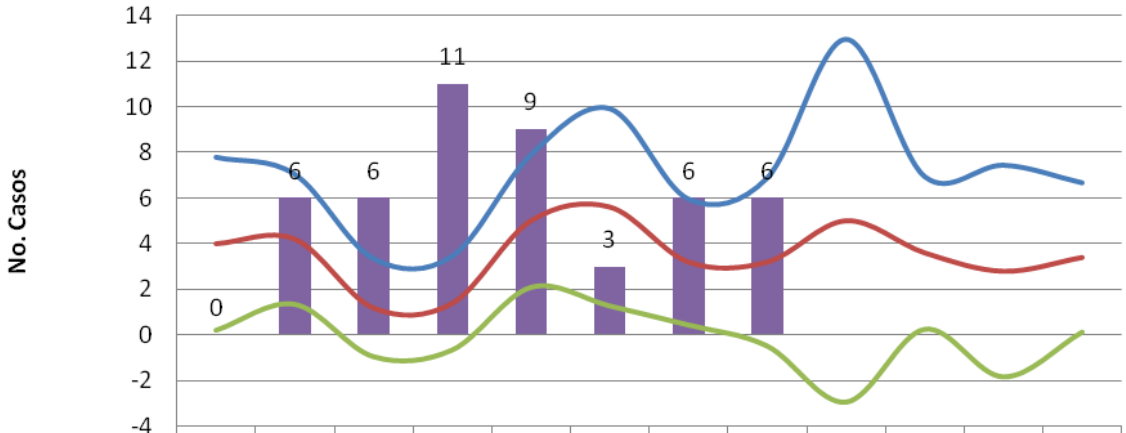
Unidad de Producción	2006	2007	2008	2009	2010	2011
No. IIH	57	26	54	46	30	47
Egresos	15808	16600	19027	20240	19051	12428
DCO	42504	44150	55070	55691	55400	33910
IO	65.79%	68.34	85.24	86.2	83.7	78.84
Camas	177	177	177	177	178	202
DE promedio	2.69	2.66	2.89	2.75	2.91	2.73

El número de casos reportado por el hospital de Antigua Guatemala se mantiene constante, alrededor de una media anual acumulada de 43 casos, lo cual representaría hipotéticamente una prevalencia de 0.25%, siendo muy baja de acuerdo al estándar esperado del 3% para este tipo de institución. La prevalencia de punto encontrada fue de 2%, dato que podría representar la prevalencia real en el punto de corte, la cual evidentemente es muy superior al 0.25% reportado. Al compararla con la prevalencia esperada del 3% (n=372), existe un subregistro en el año 2011 de un 87% potencial.

Al observar el número de egresos puede notarse un incremento constante de la demanda de atención, que aún no ha saturado el índice ocupacional, pues éste se mantiene entre el 65% mínimo y un máximo de 86% en el año 2009. Para el año 2011, el índice ocupacional es bajo, de un 79% aproximadamente. El promedio de días estancia se mantiene entre dos y tres días respectivamente.

Gráfica No 4

Corredor endémico para casos de infección nosocomial detectados por mes Hospital Nacional de Antigua Guatemala, Ministerio de Salud Pública y A.S.



	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2011	0	6	6	11	9	3	6	6				
Md+1DS	8	7	3	3	8	10	6	7	13	7	7	7
Media	4	4	1	1	5	6	3	3	5	4	3	3
Md-1DS	0	1	-1	-1	2	1	0	-1	-3	0	-2	0

Fuente: Registros Médicos/Unidad de Epidemiologia

El corredor endémico del Hospital de Antigua Guatemala refleja mayor fluctuación de los casos históricos durante los últimos cinco años, como podemos observar, la fluctuación de las líneas, tanto en sus límites superiores, medios y bajos, presentan mayor ondulación indicando más variabilidad y elevación en el número de casos en varios meses del año. Esto sugiere inconstancia en la detección de los casos o pequeños brotes, la poca cantidad de casos reportada y la ausencia de los mismos en varios meses de los años de base para la construcción del corredor, basado en desviaciones estándar, hace que en algunos meses en el límite inferior calculado (media – 1 desviación estándar) aparezcan números negativos.

El comportamiento de la infección nosocomial durante el año 2011 presenta picos ubicados el área de epidemia en abril y mayo para luego disminuir a

partir de junio. El número de casos se mantiene estable en julio y agosto y según la tendencia del corredor, se espera repunte de casos a partir deseptiembre y octubre.

Nuevamente hacemos un cálculo de la cantidad de casos esperados en base al estándar de referencia de un 3%, el cual indica que para este año, hasta el mes de agosto, se deberian esperar 372 casos y únicamente se han reportado 47, lo cual indica un subregistro del 87%.

Tabla No. 8

Prevalencia de Punto Realizada en Hospital Antigua Guatemala.

Servicio	Camas Disponibles	Camas Ocupadas	IO	Casos IIH	Prevalencia por Servicio	Prevalencia por hospital
Intensivo de Adultos	6	5	83	1	**20%**	
Medicina de Mujeres	15	17	113	0	**0%**	
Ginecología	53	56	106	0	**0%**	
Neonatología	41	16	39	0	**0%**	
Cirugía Mujeres	32	20	63	0	**0%**	**2%**
Traumatología de Hombres	32	27	84	0	**0%**	
Medicina de Hombres	15	12	80	0	**0%**	
Intensivo de Pediatría	4	6	150	2	**33%**	

Fuente: Instrumento No. 2

El servicio que presentó la mayor prevalencia fue Intensivo de Pediatría con un 33%, luego Intensivo de Adultos con un 20%. La prevalencia total para el hospital de Antigua Guatemala fue de un 2%, lo cual esta a un punto porcentual del estándar del 3%.

Debe aumentarse la vigilancia en los servicios priorizados para detectar y caracterizar todos los casos y de esta manera tener mayor impacto en las acciones, es recomendable, si no exsite suficiente recurso humano para implementar una vigilancia activa diaria, hacer cortes semanales o mensuales en base a prevalencia de punto, y de esta forma tener anticipación y mejor aproximación a la realidad de la situación de infección nosocomial.

Tabla No. 9

Principales Indicadores de Producción
Casos de Infección Nosocomial
Hospital de Quetzaltenango.

Unidad de Producción	2006	2007	2008	2009	2010	2011
No. IIH	0	76	35	75	139	99
Egresos	15667	17994	18771	38207	19325	13472
DCO	83679	86826	89945	91725	96666	67837
IO	70	73	74	76	80	80
Camas	325	329	329	329	329	344
DE promedio	5	5	5	5	5	5

Las infecciones nosocomiales van en incremento, según lo notificado por el Hospital de Quetzaltenando, partiendo de cero casos en el año 2006, hasta 139 en el año 2011; el promedio acumulado de casos anual es de 70, lo que representan una prevalencia promedio, calculada durante el periodo de estudio de 0.4%, la cual es baja si la comparamos con el 3% recomendado como estándar a nivel internacional. La prevalencia para el año 2010 fue de 0.7% y en el año 2011 es de 0.73% cercana al 1% lo cual evidencia que aún esta dospuntos porcentuales abajo del estándar recomendado. Si calculamos los casos esperados en base al estandar del 3% para el año 2011, deberíamos esperar 404 casos y sólo se detectaron y notificaron 99, lo cual representa un 75% de subregistro aproximadamente.

La demanda de atención se ha visto incrementada de 15,667 egresos en el año 2006 a 19,325 egresos en el año 2010, lo cual representa un incremento de la demanda de hospitalización de un 19%.

Los índices ocupacionales han sido inferiores al 80% recomendado, a excepción de los años 2010 y 2011, el promedio de días estancia es constante en cinco días promedio.

Para Quetzaltenango no fue posible construir corredor endémico pues no existen datos por mes para los últimos cinco años desglosados, sino únicamente acumulados por años.

Tabla No. 10

Principales Indicadores de Producción
Casos de Infección Nosocomial
Hospital De La Amistad Japón, Izabal.

Unidad de Producción	2006	2007	2008	2009	2010	2011
No. IIH	8	0	0	0	0	7
Egresos	9876	10969	10758	12497	14719	7293
DCO	34177	39047	35157	40298	44826	24480
IO	77	87.99	79.23	90.81	98.25	80.27
Camas	125	125	125	125	125	126
DE promedio	3.46	3.56	3.27	3.22	3.05	3.36

Como puede observarse, no ha existido vigilancia y notificación de las infecciones nosocomiales, únicamente reportan ocho casos en el año 2006 y siete casos en el 2011, esto representa una prevalencia notificada del 0.1%. Con una prevalencia esperada del 3%, el número de infecciones potenciales en el año 2011 deberían ser 218, lo cual sugiere un subregistro de más del 96%.

El número de egresos hospitalarios se incrementa partiendo del año 2006, con 9,876 hasta un número máximo en el año 2010 con 14,719, lo que representa un incremento de la atención del 42%.

El índice ocupacional de este hospital se ha incrementado superando el estándar recomendado del 80% a partir del año 2009, lo que puede traducirse como un factor de riesgo adicional para el desarrollo de infecciones nosocomiales. El promedio de días estancias se mantiene en el límite de 3.32 días.

No fue posible realizar corredor endémico por la falta de datos consistentes durante los últimos cinco años.

Tabla No.11

Principales Indicadores de Producción
Casos de Infección Nosocomial
Hospital de San Benito Petén

Unidad de Producción	2006	2007	2008	2009	2010	2011
No. IIH	s/d	s/d	s/d	s/d	0	7
Egresos	s/d	s/d	s/d	s/d	15219	7293
DCO	s/d	s/d	s/d	s/d	44416	27856
IO	s/d	s/d	s/d	s/d	99.8	91.34
Camas	s/d	s/d	s/d	s/d	126	126
DE promedio	s/d	s/d	s/d	s/d	3.66	3.73

Fuente: Instrumento No. 1

Como puede observarse en el Hospital de San Benito Petén no hay registros de vigilancia y notificación, así como datos para construir indicadores de producción hasta el 2010, año que reporta cero casos de infección nosocomial y siete en el año 2011. Según los egresos reportados para el año 2010, se esperaría un total de 465 casos y para el año 2011 lo que equivale a una tasa del 0.09%, sin embargo, a una tasa del 3% se esperarían 218 casos. Únicamente se reportan siete lo que equivale a un subregistro del 97%. El índice ocupacional supera el 80% recomendado, existe alta demanda de hospitalización en el área de influencia del hospital, el promedio de días estancia es de 3.7 días

La prevalencia de punto encontrada para el hospital fue de 2%, un punto menos que el estándar de 3%.

Se hace necesario reforzar la vigilancia y la notificación de casos así como el análisis y la caracterización de los mismos para contribuir de mejor manera a la prevención y control de infecciones nosocomiales, garantizando una mejor calidad de atención.

Tabla No. 12

Principales Indicadores de Producción
Casos de Infección Nosocomial
Hospital de Coatepeque

Unidad de Producción	2006	2007	2008	2009	2010	2011
No. IIH	32	57	50	0	0	0
Egresos	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
DCO	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
IO	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Camas	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
DE promedio	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d

Fuente: Instrumento No. 1

En el Hospital de Coatepeque no existen registros de producción durante los últimos tres años. La prevalencia de infección nosocomial encontrada fue de 3% lo cual concuerda con el estándar internacional mínimo de referencia.

Al revisar el porcentaje de lavado de manos antes de cualquier procedimiento, se registró un 64% del personal evaluado que no se lava las manos y el 100% no lo realiza después de cualquier procedimiento. El comité se reunió por última vez hace seis meses, la situación anterior y el no contar con un buen sistema de vigilancia de infección nosocomial, hace presumir que la situación real puede ser mayor del 3% de infecciones encontrado.

Tabla No. 13

Principales Indicadores de Producción
Casos de Infección Nosocomial
Hospital de Huehuetenango

Unidad de Producción	2006	2007	2008	2009	2010	2011
No. IIH	s/d	s/d	s/d	s/d	52	s/d
Egresos	s/d	s/d	s/d	s/d	19211	s/d
DCO	s/d	s/d	s/d	s/d	62214	s/d
IO	s/d	s/d	s/d	s/d	97.4	s/d
Camas	s/d	s/d	s/d	s/d	175	s/d
DE promedio	s/d	s/d	s/d	s/d	3.23	s/d

Fuente: Instrumento No. 1

No existen récord históricos en el hospital de Huehuetenango, únicamente se muestran los resultados encontrados en el año 2010 en el cual se informa un total de 52 casos, lo que da un prevalencia de 0.27%. Siendo la prevalencia esperada, al estándar del 3%, 576 casos, se genera un subregistro del 91%. La prevalencia de punto encontrada fue del 2% muy cercana al 3% esperado.

Tabla No. 14

Principales Indicadores de Producción
Casos de Infección Nosocomial
Hospital de Zacapa

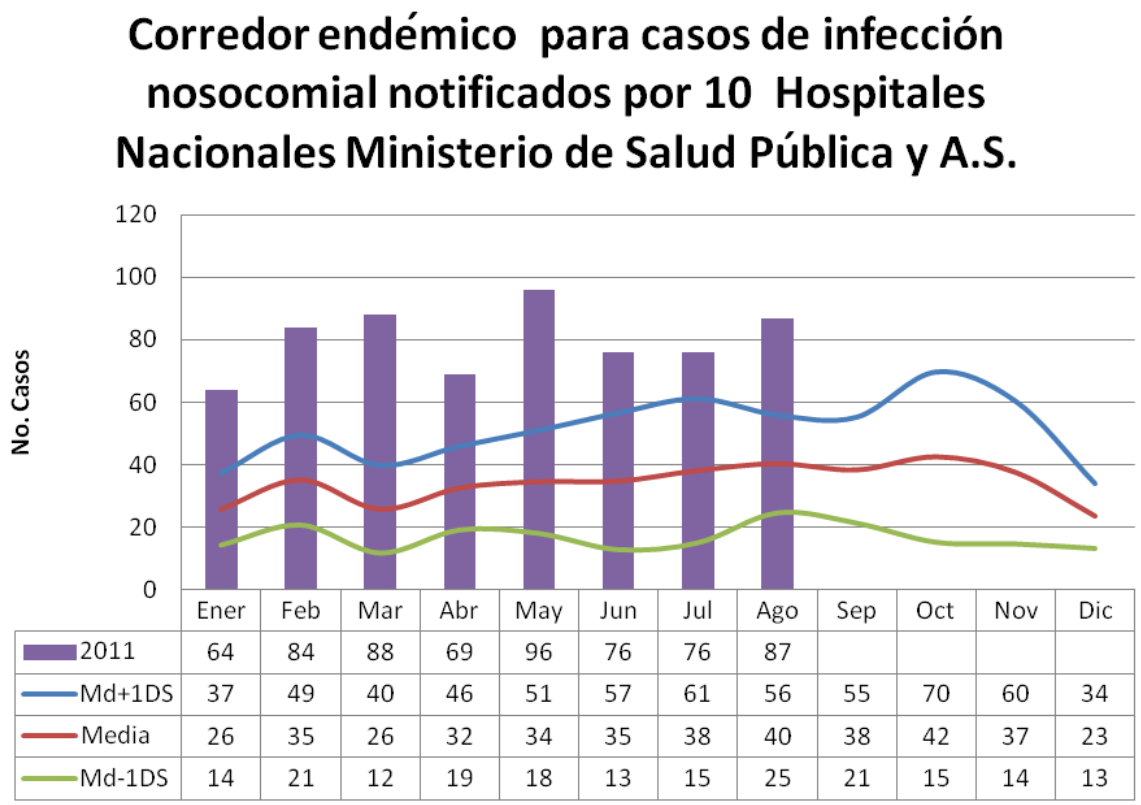
Unidad de Producción	2006	2007	2008	2009	2010	2011
No. IIH	s/d	s/d	s/d	s/d	90	s/d
Egresos	s/d	s/d	s/d	s/d	14720	s/d
DCO	s/d	s/d	s/d	s/d	51353	s/d
IO	s/d	s/d	s/d	s/d	100.5	s/d
Camas	s/d	s/d	s/d	s/d	140	s/d
DE promedio	s/d	s/d	s/d	s/d	3.49	s/d

Fuente: Instrumento No. 1

La prevalencia notificada de Zacapa para el año 2010 es de 0.61 %, la prevalencia de punto encontrada fue de 6% y la prevalencia esperada al 3% da un total de 441 casos, lo cual equivale a un subregistro con el sistema actual de vigilancia y notificación de 80%.

Si correlacionamos que el porcentaje de lavado de manos para Zacapa fue del 26%, uno de los más bajos, que el comité no se reúne desde hace tres meses y que no cuentan con manuales o protocolos de limpieza, desinfección y esterilización actualizados, se deduce que la situación real, en el tema de prevención y control de infecciones, se podría agravar.

Gráfica No. 5



	Ener	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2011	64	84	88	69	96	76	76	87				
Md+1DS	37	49	40	46	51	57	61	56	55	70	60	34
Media	26	35	26	32	34	35	38	40	38	42	37	23
Md-1DS	14	21	12	19	18	13	15	25	21	15	14	13

Fuente: Registros médicos, Epidemiologia.

Al observar la gráfica del corredor endémico, construida con los datos aportados por los hospitales que cuentan con estos récord por mes y por año, podemos tener una aproximación de la situación y comportamiento de las infecciones nosocomiales, en la red hospitalaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Aún con limitaciones o preguntas de investigación que podrían surgir en relación a los datos recabados, -representatividad, cabalidad y veracidad- éstos muestran ya un comportamiento y una tendencia que permite, para

futuras investigaciones, acercarnos cada vez más al valor real del fenómeno estudiado.

Los límites superiores, valores medios y valores mínimos del corredor muestran una ligera tendencia ascendente durante el año, partiendo del mes de enero hasta el mes de noviembre, con alzas de las curvas en febrero, julio y octubre. Debe analizarse a nivel local y central, las razones para estas alzas, esto pude lograrse al caracterizar las infecciones en tiempo, lugar y persona, es decir, en cuáles hospitales sucede el mismo fenómeno, en qué servicios, cuáles son sus índices ocupacionales, su perfil de morbilidad y mortalidad, la disponibilidad de insumos y recurso humano, la política de uso de antibióticos y la sensibilidad y especificidad del sistema de vigilancia.

Al mapear el año 2011 se puede observar que el comportamiento de las infecciones durante el año es igual que los años anteriores, es decir, ascendente, en la medida que avanza el año aumentan los casos de infección nosocomial. En todos los meses de enero a agosto se ha rebasado los límites superiores, entrando en área de epidemia del corredor, se espera un repunte en octubre y noviembre por lo que ya estos hospitales deben estar intensificando sus acciones de vigilancia prevención y control.

Durante el mes de diciembre la baja de casos podría explicarse por la disminución de la producción o la subnotificación por periodo de vacaciones de la mayoría del personal de salud.

Gráfica No. 6

Fuente: Instrumento No. 1

*El aumento de los casos absolutos es observable, hay una constante de crecimiento con un coeficiente de determinación de 0.81 (r^2 = 0.8052) lo cual puede interpretarse como que la variable tiempo años determina en un 80% el crecimiento los cuales según la "**y**" pueden ser de 88 casos más cada año en la medida que avanza el tiempo.*

Lo anterior demuestra que la tendencia es a tener más casos en la medida que avanza el tiempo, lo cual puede obedecer a dos hipótesis que deberán comprobarse; ***se hace ahora más vigilancia que hace cinco años? es decir, se captan casos ahora con mayor sensibilidad que años atrás, o bien, la vigilancia no ha cambiado significativamente pero el número de casos se ha incrementado y por eso el número de casos es ascendente.***

Tabla No. 15

Principales Infecciones Nosocomiales Caracterizadas En Prevalencia de Punto por Hospital

Dx IIH	Amistad Japón	Antigua	Cobán	Cuilapa	Escuintla	Huehuetenango	Quetzaltenango	San Benito Petén	Zacapa	Coatepeque	TOTAL	%
Neumonía Nosocomial	0	2	1	1	4	1	2	0	1	0	**12**	**36.36%**
ISQ	2	0	0	0	1	1	3	3	0	1	**11**	**33.33%**
Sepsis nosocomial	0	0	1	1	0	0	3	0	0	0	**5**	**15.15%**
Infección Muñón	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	**1**	**3.03%**
Infección Nosocomial MIID	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	**1**	**3.03%**
ITU Nosocomial	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	**1**	**3.03%**
Úlcera en MI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	**1**	**3.03%**
Úlcera por decúbito sobre infectada	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	**1**	**3.03%**
TOTAL	**2**	**2**	**2**	**2**	**7**	**2**	**9**	**3**	**2**	**2**	**33**	**100.00%**

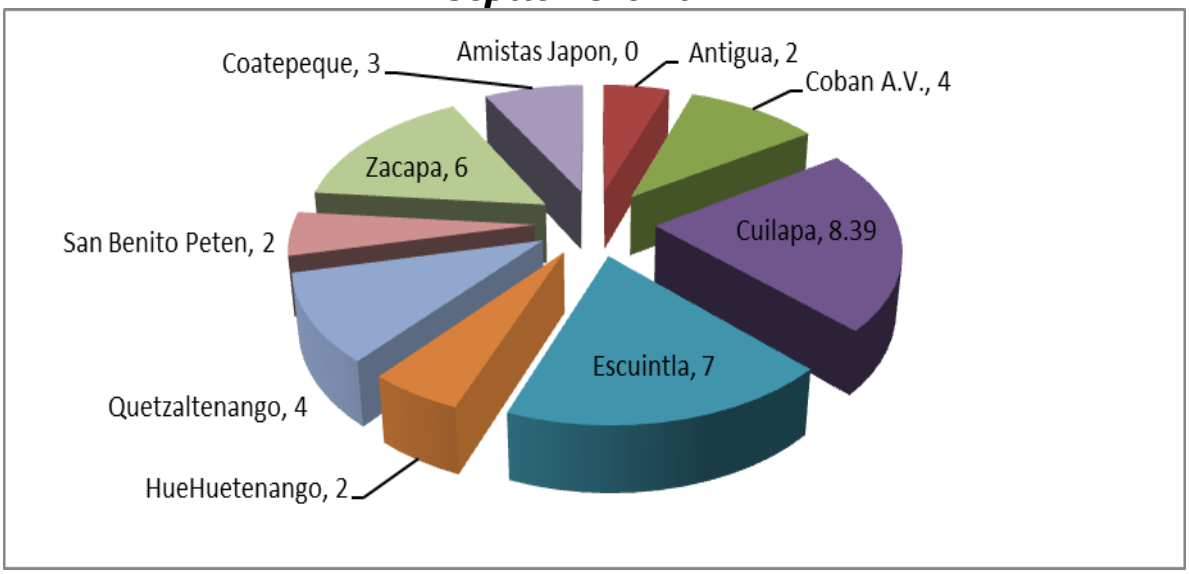
Fuente: Instrumento No. 2

Como puede observarse, las neumonías nosocomiales ocupan el primer lugar con un 36.36% (n=12), ocho casos pertenecen al grupo pediátrico y cuatro son adultos, la mediana de edad para los casos de neumonía fue de 1 año, el valor mínimo registrado fue de 4 días y el máximo de 78 años, 54% de los casos son de sexo masculino. El 45% de los casos pertenecen a servicios de intensivo pediátrico, el 9.1% a Neonatología. El 36.4% pertenecen a intensivo de adultos.

Con relación a la infección de sitio quirúrgico ISQ, el 45.5% están localizados en los servicios de cirugía de hombres, 27.3% en traumatología de hombres, el 27.3% en obstetricia.

Gráfica No. 7

Prevalencia de Punto Encontrada en Diez Hospitales del MSPAS, Septiembre 2011



Fuente: Instrumento No.2

*Según la prevalencia de punto, el hospital que presenta el mayor porcentaje de infecciones es Cuilapa con un **8.39%,** luego Escuintla un **7%,** Zacapa con el **6%,** Cobán y Quetzaltenango con **4%** por mencionar los más altos. La prevalencia de punto es un instrumento útil, de medición rápida, que nos permite conocer en un momento determinado, cuál es la situación de infecciones por servicio y los tipos de infección. Puede servir para monitorear servicios prioritarios, cuando existe escasez de personal o equipo capacitado para realizar vigilancia activa y nos permite servir como una alerta temprana de alguna situación imprevista creciente.*

La prevalencia de punto total para los diez hospitales fue del 4%, un punto porcentual más alta que la mínima esperada, según los estándares internacionales del 3% para este tipo de hospitales.

Estructura, organización y funciones del Comité de Infección Nosocomial

Tabla No. 16

Personas entrevistadas para levantamiento de encuesta sobre Estructura, organización y funcionamiento de comités de infección nosocomial												
Persona entrevistada	**Hospital amistad Japón**	**Hospital de Antigua**	**Hospital de Cobán A.V.**	**Hospital de Cuilapa**	**Hospital de Escuintla**	**Hospital de Huehueten**	**Hospital de Quetzaltena**	**Hospital de san Benito Peten**	**Hospital de Zacapa**	**Hospital de Coatepeque**	**TOTAL**	**%**
Coordinador CIH	*1*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*1*	*10.00*
Enfermera Jefa de Servicio	*0*	*1*	*0*	*0*	*1*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*2*	*20.00*
Epidemiólogo	*0*	*0*	*0*	*1*	*0*	*0*	*1*	*1*	*0*	*1*	*4*	*40.00*
Otro	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*1*	*0*	*1*	*10.00*
Sub director médico	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*1*	*0*	*0*	*0*	*0*	*1*	*10.00 %*

Fuente: Instrumento No.4

En los hospitales de Cuilapa, Quetzaltenango, San Benito Petén y Coatepeque que representan el 40%, existe un médico, capacitado en epidemiologia, gerenciando el proceso de vigilancia, prevención y control de infecciones; esto puede representar una fortaleza, ya que en su mayoría los epidemiólogos están capacitados para detectar e interpretar el comportamiento de los principales eventos epidemiológicos, así como disponer de tiempo completo para esta labor. Uno de los principales obstáculos que manifestaron los representantes de los comités, es su rol principal, la atención clínica en diferentes especialidades. Sus contratos son en la mayoría de cuatro horas, por lo que el tiempo que pueden dedicar a la vigilancia, el control, el análisis y la gerencia del proceso en el tema nosocomial es limitada.

El resto de hospitales cuentan con un médico coordinador, en el caso del Hospital De La Amistad de Japón en Izabal 10%, el propio subdirector médico en el hospital de Huehuetenango 10% y en Zacapa, otro un 10%.

Con respecto a la pregunta No. 3 del cuestionario 4, si existe un comité de infección nosocomial, el 100% de Hospitales aseguraron tener uno conformado. La siguiente pregunta, si existe un libro de actas como constancia de la organización y el registro de sus actividades atendidas, el 100% manifestó que sí, sin embargo, al verificar objetivamente la existencia de éste, solo el 90% pudieron demostrarlo físicamente a excepción del Hospital de San Benito Petén.

La tendencia actual, dentro de las acciones del Ministerio de Salud Pública, ha sido la de formar espacios para la incorporación de más personal capacitado en epidemiología, para materializar la implementación de verdaderos sistema de vigilancia y control de los eventos epidemiológico priorizados, incluyendo prevención y control de las infecciones nosocomiales. Tradicionalmente, la vigilancia de infección nosocomial se ha caracterizado por atender únicamente brotes, por lo que las acciones de los comités se convierten en contingenciales y no obedecen a verdaderos sistemas de vigilancia, en donde los componentes de la misma, como la captura del dato, el análisis, la interpretación y la toma de decisión, no están presentes de manera continua.

La responsabilidad del comité de infecciones consiste en revisar y aprobar un programa anual de actividades de vigilancia y prevención. Para que exista una programación objetiva y efectiva se necesita de un equipo multidisciplinario, la revisión de datos de la vigilancia epidemiológica y la identificación de áreas de intervención, investigación en colaboración con el personal médico, de enfermería y otros.[8]

[8] OMS 2003, 9

Tabla No. 17

Mes Registrado de la Última Reunión del Comité de Infección Nosocomial										
Mes	**De La Amistad Japón**	**Antigua**	**Cobán**	**Cuilapa**	**Escuintla**	**Huehuetenango**	**Quetzaltenango**	**San Benito Petén**	**Zacapa**	**Coatepeque**
Enero						**2011**			**2011**	
Marzo						2011	2011			2011
Abril					2011					
Mayo	2011	2011						2010	2011	
Junio	2011	2011						2011		2011
Julio				2011						
Agosto			2011	2011	2011					
Septiembre			2011							

Fuente: Instrumento No.4

2011	Penúltima reunión
2011	Última reunión

Los hospitales de Huehuetenango y Quetzaltenango son los que registran el mayor tiempo sin reunirse, el último mes registrado fue marzo, hace seis meses, se infiere inactividad de sus funciones. En mayo se reunió por última vez el Hospital de Zacapa, en junio Hospital De La Amistad Japón, Hospital de Antigua, San Benito Petén y Coatepeque.

Los hospitales que evidencian reuniones más frecuentes y recientes son los de Cuilapa, Escuintla y Cobán, reuniéndose en los meses de julio, agosto y septiembre, respectivamente.

De acuerdo a las recomendaciones técnicas, es importante que el comité de prevención y control de infecciones se reúna en un lugar y a una hora determinada, con una frecuencia mensual y trimestral.[9]

[9] Wiblin 1998, 29-31

Tabla N. 18

Profesión de los Miembros del Comité de Prevención y Control de Infección Nosocomial que Conforman la Junta Directiva

Profesión	No.	%
Médicos	27	55.10%
Profesional de Enfermería	12	24.49%
QQBB y/o Farmacéuticos	6	12.24%
Epidemiólogo	2	4.08%
Infectólogo	1	2.04%
Ingeniero	1	2.04%
Total	**49**	**100.00%**

Fuente: Instrumento No. 4

El número de miembros del comité encontrado fue de un mínimo de 6 y un máximo de 18, con una media de 11 miembros, el 55.10% (n=27) son médicos generales y de diferentes especialidades, el 24.89% son profesionales de enfermería incluyendo técnicas y licenciadas en enfermería, el 12.24% (n=6) corresponden a químicos biólogos y/o farmacéuticos, el 4.8% (n=2) son epidemiólogos, y el 4.08% (n=2) restante son infectólogos e ingenieros.

Puede observarse que sí existen varias disciplinas que pueden fortalecer la capacidad de análisis y mejorar las intervenciones de prevención y control en los diferentes hospitales. Sin embargo, debe notarse la ausencia de personal de gerencia y administración del hospital, miembros importantes para la concientización de la importancia del aseguramiento en la provisión de los recursos, para la implementación de las acciones programadas de prevención y control de infecciones.

Tabla No. 19

Porcentaje de Hospitales que Elaboran Informes de Situación De Infección Nosocomial.

Informes	De la Amistad Japón	Antigua	Cobán	Cuilapa	Escuintla	Huehuetenango	Quetzaltenango	San Benito Petén	Zacapa	Coatepeque	TOTAL	%
Si		1	1	1	1		1		1		6	60.00%
No	1					1		1		1	4	40.00%
TOTAL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100.00%

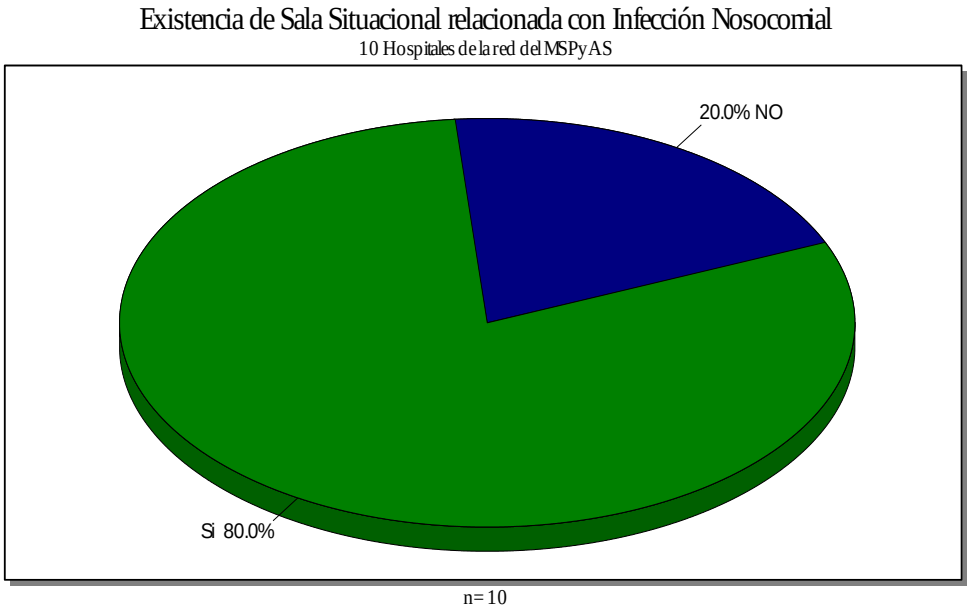
Fuente: Instrumento No. 4

1	Sí elabora informes
1	No elabora Informes

El 60% de Hospitales (n=6) manifestaron elaborar informes y el 40% (n=4) no lo realizan. Los hospitales que no realizan informes son De La Amistad Japón, Huehuetenango, San Benito Petén y Coatepeque, la justificación expuesta fue que los comités no están activos o que únicamente accionan cuando existen brotes. El hecho que los comités accionen únicamente cuando hay brotes, está sujeta a la calidad de la vigilancia y detección, si no existe vigilancia y no hay definiciones claras de casos, así como personal responsable de dar la alerta de brote, la calificación de brote será un aspecto subjetivo y de reacción tardía, frente a un evento potencialmente explosivo, que en determinado momento puede exceder la capacidad de respuesta institucional, aumentar la mortalidad. Otro inconveniente de no implementar una vigilancia rutinaria sistemática, es la imposibilidad de detectar oportunamente el brote, para intervenir inmediatamente y cortar el curso del mismo.

De los hospitales que sí elaboran informes, el 83% (n=5) lo realizan de manera mensual y el 17% (n=1) lo hace trimestralmente. Según la encuesta realizada, el 100% de los informes utilizan en la descripción de la situación informada, las variables de tiempo (cuándo está sucediendo el evento informado) persona (quiénes son los afectados, género, sexo, edad) y lugar (en qué servicios está sucediendo el evento).

Gráfica No. 8

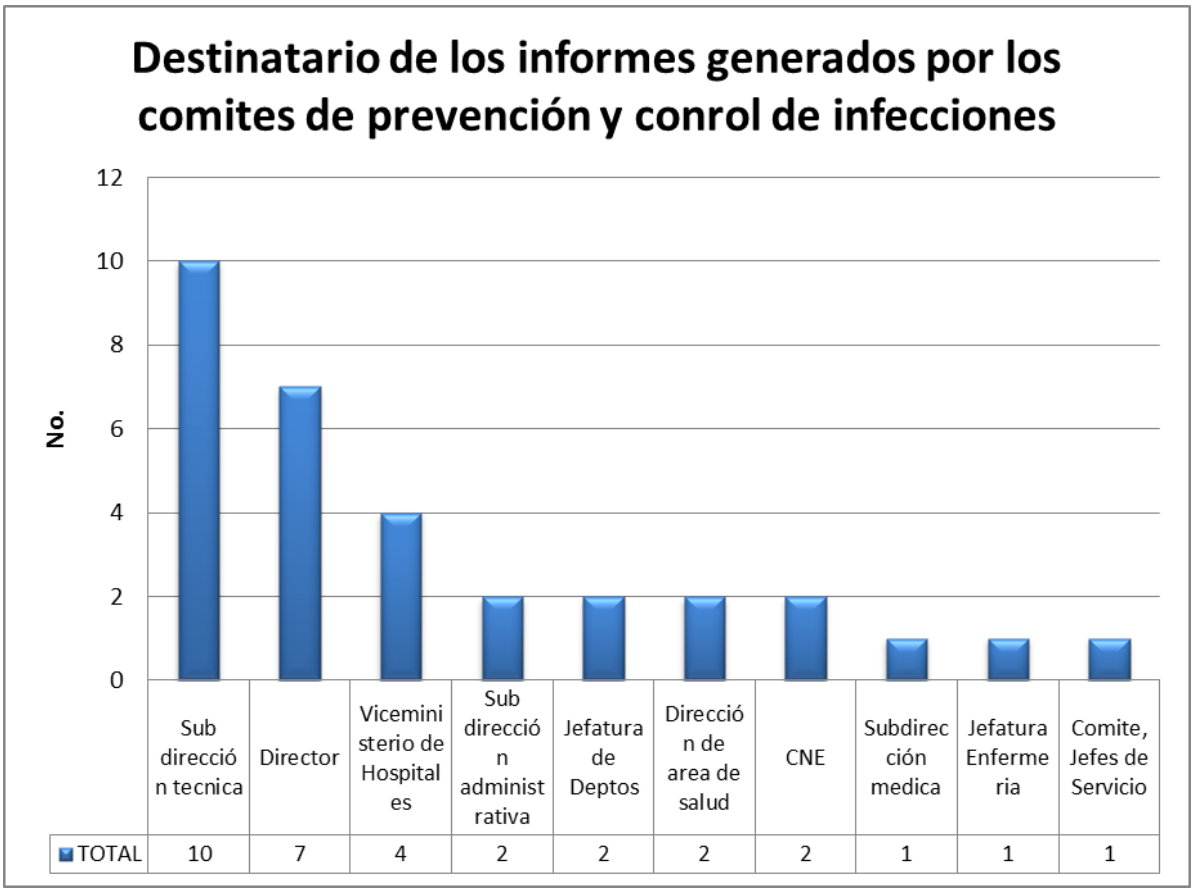


Fuente: Instrumento No. 4

La sala situacional es un instrumento importante para dar a conocer el estatus de los diferentes eventos de interés para los tomadores de decisión. En el caso de las infecciones nosocomiales, la sala situacional permite presentar permanentemente en un lugar estratégico del hospital, los principales indicadores de situación y tendencia de las mismas. En la revisión realizada sobre la existencia de sala situacional en los hospitales participantes del diagnóstico de situación, se encontró que la mayoría de hospitales, el 80% (n=8), tienen sala situacional que presenta la situación de infección nosocomial a excepción de los hospitales De La Amistad Japón y Huehuetenango.

Los hospitales que cuentan con sala situacional de infección nosocomial están en ventaja para empoderar, concientizar y negociar el apoyo a las necesidades y acciones programadas para la vigilancia y el control de las infecciones nosocomiales.

Gráfica No. 9



Los informes generados van dirigidos en un 100% (n=10) a la sub-dirección técnica, ente responsable administrativo y técnico del grupo de médicos de los hospitales, que por su autoridad sobre los mismos, puede ser un aliado importante en la difusión de la información, así como en la implementación de medidas locales, relacionadas con cumplimiento de normas y protocolos de bio-seguridad, política de uso de antibióticos, monitoreo y supervisión.

El 70% (n=7) de los informes van dirigidos al director, cuyo empoderamiento del proceso de vigilancia y control de las infecciones nosocomiales es igualmente importante, para negociar a otro nivel, recursos y políticas que contribuyan a la reducción de las infecciones y garanticen una mejor calidad de atención en su institución.

Hay un 40% (n=4) de hospitales que están trasladando información de la situación de infección nosocomial al vice-ministerio de hospitales, esto es deseable

ya que entre los aspectos mencionados en la encuesta, como necesidades locales, está la de mayor participación de autoridades superiores del Ministerio de Salud para el fortalecimiento de la capacitación, la elaboración de manuales y protocolos de limpieza, desinfección y esterilización.

En un porcentaje menor, el 20% de hospitales informan a la subdirección administrativa, jefatura de departamentos, dirección de área de salud y Centro Nacional de Epidemiología. Es importante mencionar que lo anterior evidencia que no existe un sistema de información funcional, que permita a los niveles superiores tener conocimiento de la situación de las infecciones nosocomiales de manera rutinaria y sistemática. En muchos casos, el conocimiento, tanto del área de salud como del Centro Nacional de Epidemiología, es por medio del aparecimiento de un brote de dimensiones regulares a graves, según reportes consultados del Centro Nacional de Epidemiología, fundamentados en el SIGSA 18, -reporte de movimiento de las enfermedades de notificación obligatoria- sólamente el 43% (n=20 de 43) reportan al mismo.

Durante el año 2007, el Sistema de Atención Integrado en Salud reportó un total de 1,342 infecciones nosocomiales correspondiente a 37 hospitales de la red, en el 2008 se reportaron 1,077 infecciones nosocomiales de únicamente 23 hospitales de la red, - sólo el Hospital General San Juan de Dios reporta el 67% (n=719) del total de éstos- el 35% de los casos (n=356) corresponde al resto de hospitales. Lo anterior evidencia la debilidad del sistema de notificación de este evento, el cual debe re-estructurarse y fortalecerse.

Tabla No. 20

Discrepancias del Sistema de Información de Casos de Infección Nosocomial

Hospital	CNE	Dato Local	% Discrepancia
Escuintla	330	165	50.00
Cuilapa	**53**	136	61.00
Antigua	55	30	54.00
Quetzaltenango	298	139	53.36
Cobán	214	107	50.00
Total	950	577	39.26

Cuando revisamos los casos reportados oficialmente por medio del SIGSA, -Sistema de Información Gerencial en Salud- encontramos discrepancias en los datos reportados, por ejemplo en el año 2010 entre el nivel local y los datos oficiales a nivel central, en el caso del Hospital de Cuilapa reporto 53 casos y los datos obtenidos en esta investigación en el formulario 1 presentan 136 casos, es decir una discrepancia del 61%. En resumen, en la línea de totales del cuadro anterior, podemos concluir que existe para el año 2010 una discrepancia con la muestra de estos hospitales de un 39.26%.

Tabla No. 21

Tipo de Respuesta a Solicitudes Generadas por los Comités De Infección Nosocomial

Respuesta	De la Amistad Japón	Antigua	Cobán	Cuilapa	Escuintla	Huehuetenango	Quetzaltenango	San Benito	Petén	Zacapa	Coatepeque	TOTAL	%
Ninguna	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	7	70.00%
Cumplimiento de recomendaciones	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	10.00%
Compra de insumos	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	10.00%
Estudio del sistema de agua	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	10.00%
TOTAL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100.00 %

Fuente: Instrumento No. 4

El 70% (n=7) de comités manifestaron no tener ninguna respuesta a las solicitudes presentadas a las diferentes autoridades, sólo el 10% (n=1) respondió que sí se cumplen las solicitudes presentadas. Otro 10% (n=1) refiere que le fueron comprados los insumos solicitados y un 10% restante que se realizó estudio del sistema de agua del hospital.

Lo anterior evidencia que la falta de respuestas positivas a las propuestas de los comités, está reforzando una actitud negativa y pesimista hacia avances y logros que se pudieran obtener en el tema. Es parte importante de la realimentación de un buen sistema, obtener respuesta a las solicitudes pues genera confianza y motivación gratificante a la labor cumplida. Uno de los principales obstáculos que los comités manifestaron en la entrevista, fue la parte actitudinal del personal de salud y de las autoridades locales para atender eficientemente las recomendaciones y cumplimiento de las normas y protocolos, por ello, la respuesta positiva y oportuna es producto de la buena gestión que las autoridades locales realicen.

Tabla No. 22

Distribución Porcentual de Comités que Cuentan con Manual de Organización y Funciones

Respuesta	De La Amistad Japón	Antigua	Cobán	Cuilapa	Escuintla	Huehuetenango	Quetzaltenango	San Benito Petén	Zacapa	Coatepeque	TOTAL	%
Si	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	6	60.00%
No	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	4	40.00%
TOTAL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100.00%

Fuente: Instrumento No. 4

El 60% de los comités cuenta con manual de organización y funciones, de los cuales sólo el 50% fue verificable in-situ. El 80% fueron elaborados en enero del año 2010 y el 20% restante en abril año 2010.

El manual de organización y funciones es una herramienta vital para garantizar la estructura, organización y funciones que deben tener un comité de prevención y control de infecciones, según recomendaciones técnicas, por ejemplo, la formulación de programas de capacitación para el control de infecciones que puedan ser incorporados a las curricula de formación de todos los trabajadores de salud, así como alentar la participación de todo el personal mediante la orientación, reuniones regulares y educación en servicio.[10]

El comité de control y prevención de infección nosocomial debe garantizar que todos los miembros del personal conozcan y apliquen las medidas para prevenir la transmisión de infecciones. El comité de control de infecciones debe incluir un grupo de personas que realice el trabajo cotidiano, idealmente, debe estar integrado por representantes de la planta gerencial, médicos, enfermeras y otros trabajadores de salud como microbiólogos clínicos, farmacéuticos, personal responsable de esterilización, mantenimiento, limpieza y capacitación.

[10] OMS/AFRO y col. 2001, 11-12

Si un comité de infección nosocomial no tiene elaborado, actualizado, socializado y disponible el manual de organización y funciones estará trabajando a ciegas o contingencialmente logrando un impacto nulo o mínimo. Debería ser una prioridad de apoyo, en el futuro inmediato, lograr que todos los comités organizados llenen este requisito en los hospitales de la red pública de Guatemala.

Tabla No. 23

Porcentaje de Hospitales que Cuentan con Comités de Desechos Sólidos Hospitalarios

Respuesta	De La Amistad Japón	Antigua	Cobán	Cuilapa	Escuintla	Huehuetenango	Quetzaltenango	San Benito Petén	Zacapa	Coatepeque	TOTAL	%
Comité DSH	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8	80.00%
Manual	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	90.00%
Verificable	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	10.00%

Fuente: Instrumento No. 4

Con relación al tema de manejo de desechos sólidos en los hospitales participantes en el estudio, se pudo cuantificar que el 80% de los mismos tienen un comité responsable de las acciones de un buen manejo de los desechos sólidos. Esto muy probablemente apoyado por el cumplimiento legal del Acuerdo Gubernativo No. 509-2001, el cual obliga al Ministerio de Salud Pública a implementar los mismos en todos los hospitales de la red, sin embargo, únicamente el 90% (n=9) aseveraron disponer de manual y sólo en el 10% (n=1) fue verificable el mismo.

Está bien documentado que un buen manejo de los desechos sólidos hospitalarios, puede contribuir en la reducción de las infecciones nosocomiales, en hasta un 10%.

Al verificar la disponibilidad de insumos adecuados para la buena clasificación de los desechos, se pudo constatar que el 90% de los hospitales disponen de bolsa negra, bolsa roja y contenedor para punzocortantes, a excepción de Escuintla, que no

reporta bolsa negra ni roja, únicamente contenedores para punzocortantes. Cobán reporta no tener contenedores para punzocortantes.

Tabla No. 24

Existencia de Manuales y/o Protocolos de Limpieza, Desinfección y Esterilización

Respuesta	De La Amistad	Japón	Antigua	Cobán	Cuilapa	Escuintla	Huehuetenango	Quetzaltenango	San Benito	Petén	Zacapa	Coatepeque	TOTAL	%
Manual Limpieza y Desinfección Ambientes	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	8	80.00 %
Manual Procesos de Desinfección y/o Esterilización	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	6	60.00 %
Manuales verificables	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	5	50.00 %

Fuente: Instrumento No. 4

La normatización de procesos de limpieza, desinfección y esterilización es un factor fundamental en la garantía de calidad de los procesos que contribuyen directamente a la reducción de las infecciones nosocomiales. El 80% (n=8) de los hospitales participantes en el estudio indicaron disponer de manuales para los procesos de limpieza y desinfección de ambientes hospitalarios, los hospitales de Cobán y Zacapa no cuentan con estos manuales o protocolos.

El 60% (n=6) de los hospitales sí cuentan con un manual para los procesos de desinfección y esterilización, sin embargo, sólo el 50% (n=5) los manuales o protocolos fue verificable, -Hospital de Antigua, Cuilapa, Huehuetenango y Coatepeque, lo descrito del cuadro anterior puede correlacionarse con procesos deficientes en los cuales las competencias y controles de calidad de los mismos es discutible.

Listado de principales problemas enunciados por los comités entrevistados

1. *La actitud de los trabajadores de salud y los jefes médicos ante la notificación y cumplimiento de los casos de infección nosocomial es negativa.*
2. *Existen precariedad de recursos importantes para llevar a cabo las intervenciones y el cumplimiento de los requerimientos mínimos de bio-seguridad.*
3. *Falta de áreas de aislamiento que reúnan los requisitos mínimos de bio-seguridad para casos con alto potencial de transmisión.*
4. *No contar con recurso humano mínimo dedicado exclusivamente a la vigilancia, monitoreo y supervisión.*
5. *Falta de Lavamanos e insumos para el lavado de manos.*
6. *Falta de epidemiólogo.*
7. *Desmotivación del comité*
8. *Poca participación de autoridades claves dentro del hospital.*
9. *Escaso liderazgo y poder de convocatoria del comité para implementar acciones y verificar el cumplimiento de normas.*
10. *Poca disponibilidad de tiempo de los miembros del comité, por tener que atender este tema como algo complementario a su función principal, dentro de la institución.*
11. *Escasez de presupuesto para el tema de nosocomiales.*
12. *Desconocimiento de cuáles son las funciones de un comité de vigilancia y control de infecciones nosocomiales.*

Aspectos relacionados con la aplicación de medidas de bio-seguridad

Tabla No. 25

Existencia de Estaciones de Lavado de Manos por Hospital y Departamento/Servicio encontrados.

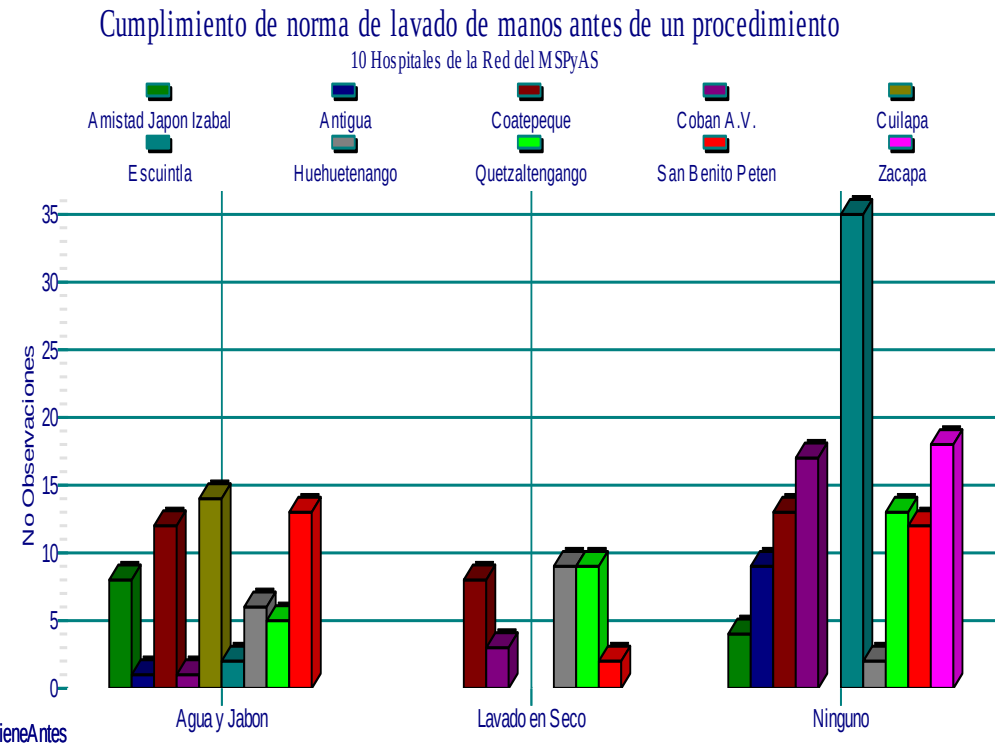
Establecimiento	Cirugía y Trauma de Hombres	Cirugía y Trauma de Mujeres	Emergencia	Ginecobstetricia	Intensivo Pediatría	Medicina	Medicina de Hombres	Medicina Mujeres	Pediatría	Traumatología	UCIA	TOTAL SI	%
Escuintla	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	**8**	**12.50%**
Zacapa	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	**8**	**12.50%**
Antigua	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	**8**	**12.50%**
Coatepeque	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	**7**	**10.94%**
Quetzaltenango	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	**7**	**10.94%**
Huehuetenango	1	0	0	1	0	1	0	0	1	2	0	**6**	**9.38%**
Cobán	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	**6**	**9.38%**
San Benito Petén	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	**6**	**9.38%**
Cuilapa	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	**5**	**7.81%**
De La Amistad Japón	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	**4**	**6.25%**

Fuente: Instrumento No. 5

El total de estaciones de lavado de manos documentadas fue de 65 distribuidas en los diez hospitales; la tabla anterior indica, en color verde, los hospitales y servicios que disponen de estaciones de lavado de manos útiles; en rojo, los servicios en donde no existe estación de lavado de manos, o bien, el hospital no cuenta en su cartera de servicios con la especialidad correspondiente. En los

hospitales en donde sí existe el servicio correspondiente y está indicado de color rojo, sugiere que hay un factor de riesgo para la transmisión de infecciones.

Gráfica No. 10



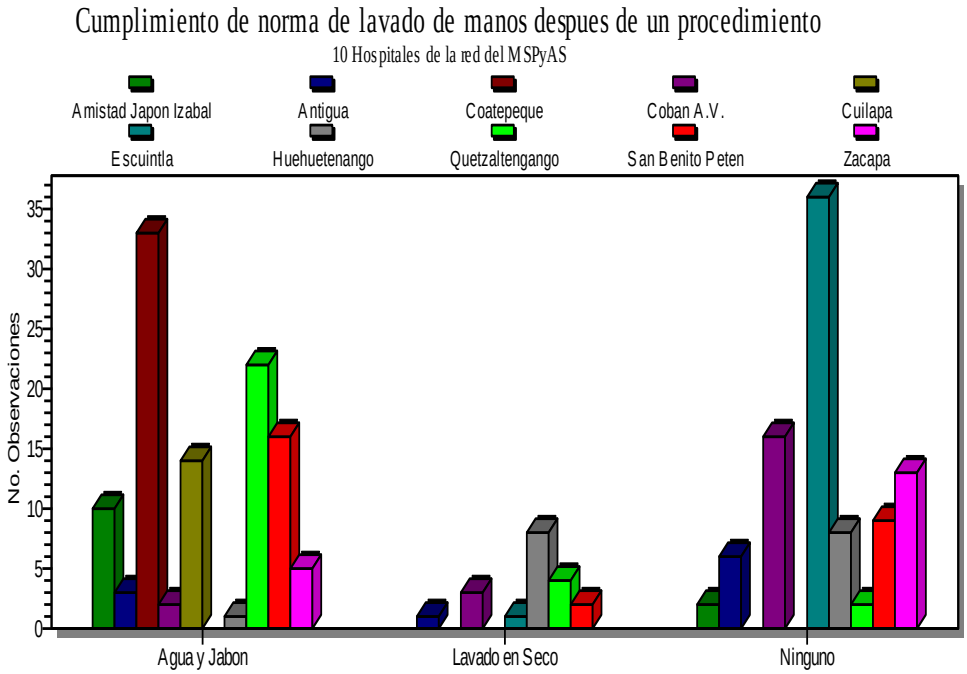
HigieneAntes	Agua y Jabon	Lavado en Seco	Ninguno
Amistad Japon Izabal	8	0	4
Antigua	1	0	9
Coatepeque	12	8	13
Coban A.V.	1	3	17
Cuilapa	14	0	0
Escuintla	2	0	35
Huehuetenango	6	9	2
Quetzaltengango	5	9	13
San Benito Peten	13	2	12
Zacapa	0	0	18

Fuente: Instrumento No. 6

El instrumento No. 6 evaluó, por observación directa, el comportamiento del personal de salud (médico y paramédico) al ingresar al servicio; su conducta de lavarse las manos antes de un procedimiento, fuera invasivo o no. En este ejercicio el hospital que presenta mayor porcentaje de lavado de manos fue Cuilapa, con un 100% de 14 observaciones realizadas a trabajadores de salud al momento de interactuar con los pacientes. Sigue, De La Amistad Japón, con un 66%, San Benito Petén con un 48.1%, Coatepeque con un 36.4% Huehuetenango con un 35.30%.

Los hospitales que presentan porcentajes sumamente elevados de incumplimiento de norma de lavado de manos antes de cualquier procedimiento: son Zacapa 100%, Antigua 90%, Cobán 81% por mencionar aquellos que superan el 50% de incumplimiento.

Grafica No.11



	Agua y Jabon	Lavado en Seco	Ninguno
Amistad Japon Izabal	10	0	2
Antigua	3	1	6
Coatepeque	33	0	0
Coban A.V.	2	3	16
Cuilapa	14	0	0
Escuintla	0	1	36
Huehuetenango	1	8	8
Quetzaltengango	22	4	2
San Benito Peten	16	2	9
Zacapa	5	0	13

El hospital de Escuintla es el que mayor porcentaje de trabajadores de salud presentó que no cumplieron esta norma en el proceso de observación, el porcentaje es de 97%, que corresponde a 36 trabajadores que después del procedimiento no cumplieron con lavarse las manos independientemente al uso de guantes.

Luego tenemos al Hospital de Zacapa con el 81% de trabajadores que incumplieron la norma, Cobán con un 76% por mencionar los más representativos. La tendencia ha sido que el porcentaje de lavado de manos antes de un

procedimiento y después disminuye, lo cual indica que es un área a reforzar en cuanto al conocimiento y práctica de los trabajadores de salud; ***debemos lavarnos las manos antes y después de cualquier procedimiento independientemente de si es invasivo o no o del uso de guantes.***

El porcentaje total de los diez hospitales para el lavado de manos después de un procedimiento fue de ***57.6%*** *vrs el porcentaje de lavado de manos antes de* ***43%.***

Tabla No.26

Higiene antes	No.	**%**	**% acumulado**	Grafica
Agua y jabón	62	28.7%	28.7%	
Lavado en seco	31	14.4%	43.1%	
Ninguno	123	56.9%	100.0%	
Total	216	100.0%	100.0%	

Fuente: Instrumento No. 6

La norma de OMS indica que antes y después de un procedimiento, independientemente que sea invasivo o no, deben lavarse las manos. En este caso de 216 observaciones realizadas en 10 hospitales de la red del Ministerio de Salud Pública, sólo el 28.7% (n=62) la realizaron con agua y jabón, con desinfectante un 14.4% (n=31) utilizaron lavado en seco y el 56.9% (n=123) incumplieron la norma, lo cual genera infecciones cruzadas y rompe las buenas prácticas de aquellos que si cumplieron la norma.

Tabla No.27

Higiene después	No.	**%**	**% acumulado**	Grafica
Agua y Jabón	106	48.8%	48.8%	
Lavado en Seco	19	8.8%	57.6%	
Ninguno	92	42.4%	100.0%	
Total	217	100.0%	100.0%	

Fuente: Instrumento No. 6

Puede observarse cómo el porcentaje de trabajadores que se lavan las manos después de un procedimiento con agua y jabón sube a 48.8%, lo que sugiere que el trabajador actúa más pensando en protegerse a sí mismo, ante la posibilidad de haberse contaminado con el procedimiento realizado. Para lavado en seco disminuye a 8.8% y el porcentaje de los que no se realizan lavado igualmente baja a 42.4%, constituyéndose en un grupo importante para la trasmisión de infecciones.

Tabla No. 28

Porcentaje de Cumplimiento de Todos los Parámetros Técnicos por Hospitales para Calificar como Buen Lavado de Manos con Agua y Jabón

Hospital	Si	NO	TOTAL	%
Coatepeque	20	13	33	60.61%
Quetzaltenango	9	15	24	37.50%
Cobán	1	2	3	33.33%
Antigua	3	7	10	30.00%
Cuilapa	5	12	17	29.41%
Escuintla	3	19	22	13.64%
De La Amistad Japón	0	8	8	0.00%
Huehuetenango	0	8	8	0.00%
San Benito Petén	0	23	23	0.00%
Zacapa	0	11	11	0.00%
TOTAL	41	118	159	25.79%

Fuente: Instrumento No. 7

Los parámetros evaluados, según criterios técnicos de OMS, para la buena práctica de lavado de manos son;

1. *Manos libres de joyas y otros accesorios*
2. *Mangas arriba del codo*
3. *Aplicación de jabón líquido con antiséptico*
4. *Frotarse las palmas, dorso, dedos, espacios interdigitales y muñecas*
5. *Enjuagarse con suficiente agua*
6. *Evitar contaminarse nuevamente al cerrar el chorro*
7. *Utilizar no menos de 30 segundos*

En general, podemos mencionar que de aquellos que se lavaron las manos con agua y jabón líquido con desinfectante 39% (n=168), en promedio sólo el 26% (n=41) de estos lo hicieron correctamente, es decir, su lavado fue efectivo para prevenir infecciones.

Conclusiones

1. *Las infecciones nosocomiales en los diez hospitales estudiados presenta comportamiento ascendente desde enero a diciembre de cada año revisado, existe incrementos mayores de casos en los meses de febrero, junio, julio octubre y noviembre, diciembre es el que menos casos representa históricamente.*

2. *Existe debilidad en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las infecciones nosocomiales, al encontrar discrepancias de los datos de cada hospital notificados a los niveles superiores, por medio del instrumento de notificación mensual del SIGSA 18 y los datos obtenidos a nivel local en los registros y fuentes oficiales consultadas.*

3. *Las tasas de prevalencia de infección nosocomial calculadas en base a los reportes oficiales (**1 %**) son menores al compararlas con la prevalencia de punto (**4%**). El cálculo del número de casos esperados, en función de la tasa estándar de referencia del **3%,** evidencia un sub-registro de casos.*

4. *El índice ocupacional total de los diez hospitales evidencia un promedio del **81.3%** aunque hay hospitales como Cobán, Huehuetenango y Zacapa que han superado el **100%** de índice ocupacional, en varios meses del año, indicando saturación de sus servicios e incremento del riesgo de contraer infecciones nosocomiales. (ver instrumento 1 en anexos)*

5. *El promedio de egresos mensuales en los diez hospitales estudiados es de **7,304** egresos y el promedio de días estancia de hospitalización es cinco días. La producción en función del número de egresos por años (2006-2010) se ha incrementado en un **47%**. (ver instrumento 1 en anexos)*

6. *La estructura y organización de los comités de infecciones nosocomiales presentan condiciones adecuadas en cuanto al número de integrantes y la multidisciplinaridad de sus miembros.*

7. *El nivel de participación de los comités de infección nosocomial en los hospitales estudiados es deficiente, pues no hay periodicidad mensual en sus reuniones en la mayoría de hospitales, la información que disponen para el análisis se limita a la atención de brotes nosocomiales, existen un **20%** de comités que no disponen de sala situacional.*

8. *Las competencias y capacidad instalada de los comités para realizar vigilancia activa y pasiva es débil, debido a la falta de recurso humano dedicado exclusivamente a esta actividad.*

9. *No existe cultura de información y conocimiento del sistema de notificación y vigilancia oficial de infección nosocomial, al no existir notificación oficial hacia los niveles superiores, (Viceministerio de hospitales y Centro Nacional de Epidemiologia) siendo éstos, actores clave en la generación de recursos y desarrollo de competencias para la prevención y control de las infecciones nosocomiales.*

10. *La organización y funciones de los comités de nosocomiales está limitada, al no contar con manuales actualizados, socializados que permitan orientar la planificación, el monitoreo, la evaluación y el control de las acciones que se realizan anualmente.*

11. *No se da cumplimiento a las normas de bio-seguridad, principalmente lavado de manos, antes de cualquier procedimiento en el **57%** del personal evaluado en los diez hospitales.*

12. *No se da cumplimiento a las normas de bio-seguridad, principalmente lavado de manos, después de cualquier procedimiento en el **42%** del personal evaluado en los diez hospitales.*

13. *Solo el **26%** de los trabajadores de salud que se lavan las manos antes o después de un procedimiento ejecutan la técnica correcta.*

Recomendaciones

1. *Fortalecer el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las infecciones nosocomiales por medio de talleres de capacitaciones a personal clave sobre el Sistema de Información Gerencial en Salud, su estructura y funcionamiento así como el conocimiento de los protocolos oficiales de vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales.*

2. *Desarrollar competencias en el personal médico y paramédico de los hospitales sobre conocimientos básicos de aplicación de la epidemiología con orientación en ambientes hospitalarios.*

3. *Implementar de manera rutinaria la medición de la situación de infección nosocomial, por medio de prevalencias de puntos en servicios claves una vez por mes, para aquellos hospitales con recursos limitados para una vigilancia activa.*

4. *Desarrollar talleres para la elaboración de protocolos de limpieza, desinfección y esterilización en hospitales con recursos limitados.*

5. *Incluir dentro de los miembros del comité a personal administrativo y de gerencia para dar seguimiento y apoyo a los insumos necesarios, para realizar las intervenciones de prevención y control.*

6. *Incrementar el involucramiento de los epidemiólogos de área en apoyo a los procesos de vigilancia y control de los comités de infección nosocomial en los hospitales de su jurisdicción.*

Anexos

Instrumento No. 1

INTRUMENTO DE RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS DE PRODUCCIÓN HOSPITALARIA:

*Nombre del Hospital:*_____

*Servicio:*_____*Año:*_____

*Fuente de la información:*_____

Servicio	Unidad de producción	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
	No. Infecciones Nosocomiales													
	Egresos													
	DCO													
	IO													
	Camas													
	DE Promedio													

Instrumento No. 2

Prevalencia de Punto

Fecha: ___/___/_____ Hospital:_____Servicio:_____
No. de camas:_____No. de camas ocupadas:_____
No. de casos de infección nosocomial:_____(Al revisar las papeletas tienen dentro de sus diagnósticos alguna infección nosocomial, o el médico tratante, jefe, residente o enfermera jefa del servicio lo identifica como caso de infección nosocomial al hacerle la pregunta: ***Tiene algún paciente con sospecha o confirmado de infección nosocomial en este servicio?***

Listado de diagnósticos de los pacientes por cama:

Cama 1:
Diagnóstico 1:_____
Diagnóstico 2:_____
Diagnóstico 3:_____
Diagnóstico 4:_____
Diagnóstico 5:_____

Cama 2:
Diagnóstico 1:_____
Diagnóstico 2:_____
Diagnóstico 3:_____
Diagnóstico 4:_____
Diagnóstico 5:_____

Instrumento No. 3

Ficha de Caracterización de la infección nosocomial

Hospital_____

***Departamento**: Medicina Cirugía Pediátrica*

Traumatología Ginecobstetricia Otro:_____

***Servicio**:_____*

Nombre del paciente:_____

Edad:_____Sexo: MF Historia clínica _____

***Impresión clínica de ingreso**:_____*

Fecha de ingreso:___/___/_____Fecha de Egreso___/___/_____

***Diagnóstico de infección nosocomial**:_____*

_____

PROCEDIMIENTOS: ***Cirugía*** *Si No Electiva Urgencia*

Nombre de la operación:_____

Fecha de la cirugía:___/___/_____

Tipo de cirugía: Limpia Limpia-contaminada Contaminada Sucia

Ventilación mecánica: *Si No Días antes de la neumonía:_____*

Catéter urinarios: *Si No Días de catéter urinario antes de la infección:___*

Catéter venoso central: *Si No Días de catéter venoso central antes de la infección:_____* ***Sitio catéter:*** *Yugular Femoral Umbilical*

Endometritis: *Si No Primigesta Multípara*

Horas de trabajo de parto: ____

Ruptura prematura de membranas: Si No No. tactos vaginales:____

Hubo LIU: Si No Cesáreas Óbito Edad gestacional._____semanas

Microorganismo aislado:_____

Sitio de aislamiento:_____

Sensible a1:_____

Sensible a2:_____

Sensible a3:_____

Resistente a1:_____

Resistente a2:_____

Resistente a3:_____

Fecha de notificación:____/___/_____Tipo de Egreso: Vivo Falleció En servicio

Instrumento No. 4

Ficha de Estructura, Organización y funcionamiento de para la prevención y control de infección nosocomial

(Dentro de la entrevista y la consulta con las autoridades respectivas solicite una copia de documentos que evidencien reportes, graficas, indicadores, organigramas tanto de todo la estructura y organización el hospital como de los comités existentes)

Fecha:___/___/_____ Responsable de la recolección:_____

Nombre del Hospital:_____

Persona Entrevistada:_____

Medico Jefe Servicio Enfermera Jefa de Servicio Coordinador (a) comité de infección nosocomial

Epidemiólogo (a) Director médico
Otro:_____

1. *Existe Persona responsable de la vigilancia y control de las infecciones nosocomiales en esta institución: Si No Si la respuesta es No describa las razones:_____*
   _____
   _____
   _____

2. *Cuál es el cargo y profesión de la personal responsable:*
   _____

3. *Existe un comité de nosocomiales en esta institución: Si No Si la respuesta es No explique porque:_____*
   _____
   _____

4. *Existe un libro de actas del comité de nosocomiales: Si No Si la respuesta es No explique porque:_____*

_____
_____

5. *Se encuentra el Libro de Actas disponible: Si No Si la respuesta es No explique porque:*_____
_____

6. *Fecha de la Ultima Acta del comité:___/___/_____*

7. *Fecha de la Penúltima Acta del comité:___/___/_____*

8. *Fecha de la Antepenúltima Acta del comité:___/___/_____*

9. *Número de miembros del comité:_____*

10. *Profesión de los miembros del comité:*

*Presidente o coordinador (a)*_____
*Vice-Presidente o Sub-Coordinador (a)*_____
*Secretaria (o)*_____
Vocal I: _____
*Vocal I:*_____
*Vocal III:*_____
*Otro:*_____

11. *Se elaboran informes de situación: Si No Si la respuesta es No explique porque:*_____
_____
_____

12. *Si se elaboran informes, cada cuánto tiempo se hacen:: Semanal Mensual Trimestral Semestral Anual*

13. *Tienen estos informes descripción o registran el dato de tiempo, lugar y persona. Si No*

14. *Existe sala situacional física: Si No*

15. *A quién van dirigido los reportes o informes del comité (puede marcar una o varias opciones de respuesta) Director Subdirección Médica Subdirección Técnica Subdirección Administrativa Jefatura de Enfermería Jefatura de Departamentos Dirección de Área de Salud Centro Nacional de Epidemiología*

Viceminsterio de Hospitales
Otro:_____

16. *Qué respuesta o realimentación obtiene de los informes enviados:*

_____
_____
_____
_____

17. *Existe un manual de organización y funciones del comité: Si No*

18. *Fue verificable el manual de organización y funciones: Si No*

19. *Fecha de elaboración o actualización del manual:___/___/_____*

20. *Existe un comité o unidad que desarrolla acciones de vigilancia y control de los desechos sólidos hospitalarios: Si No*

21. *Existe manual de manejo de desechos sólidos hospitalarios: Si No*

El manual de DSH fue verificableSi No

22. *Existen bolsas negras en los servicios observados del hospital: Si No*

23. *Existen bolsas rojas en los servicios observados del hospital: Si No*

24. *Existen contenedores de punzocortantes en los servicios observados: Si NO*

25. *Existen una manual o protocolo para los procesos de limpieza y desinfección: Si No*

26. *El manual o protocolo de limpieza y desinfección de ambientes es verificable: Si No*

27. *Existe manual o protocolo de los procesos de esterilización y desinfección principalmente en área verde: Si No*

28. *El manual o protocolo de procesos de esterilización y desinfección es verificable: Si NO*

29. *Cuáles considera Ud. que son los principales problemas que enfrenta el comité de prevención y control de infecciones nosocomiales para obtener mejores resultados:*

_____
_____
_____
_____

30. *Qué gestión han realizado para superar estos obstáculos:*

_____
_____
_____
_____

31. *Cuáles considera han sido los principales avances o logros de la gestión del comité de prevención y control de infecciones nosocomiales.*

_____
_____
_____
_____
_____

32. *Qué recomendaría usted al Ministerio de Salud para mejorar la prevención y control de infecciones nosocomiales en la red hospitalaria:*

_____
_____
_____
_____

Instrumento No. 5

INSTRUMENTO DE RECOPILACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE INSUMOS PARA FACILITAR CUMPLIMIENTO DE LAVADO DE MANOS:

Establecimiento: _____ *Departamento/servicio:* _____

Fecha: _____ *Hora:* _____

1. *¿Cuántas camas hay en el departamento/servicio?* _____

2. *¿Cuántos pacientes hay en el departamento/servicio?* _____

3. ¿Cuántos trabajadores de salud hay en el departamento/servicio actualmente?
   (favor incluir a las jefas de enfermería, médicos, ayudantes de enfermería, etc.)
   _____

4. *¿Cuántas estaciones de lavado de manos existen en el departamento/servicio?*
   - ○ No existe ninguna estación de lavado de manos (final de la encuesta)
   - ○ Sí existen Indique el número_____

5. *¿Existe antiséptico con alcohol?*
   - ○ *Si*
   - ○ *No*

6. *Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuántos frascos hay? (que no estén vacíos)*
   _____

7. ¿El antiséptico es de fácil acceso para todos los que trabajan en el departamento?
   - ○ No
   - ○ Sí

Instrumento No. 6

instrumento para verificaciÓn de lavado de manos en personal de salud:

Establecimiento: *Departamento/servicio:* *Fecha:*

Contactos con los pacientes	***Tipo de trabajador de salud***			***Tipo de contacto***		***Higiene de las manos antes***			***Higiene de las manos después***		
	Médico	*Enfermera*	*Otro*	*Invasivo*	*No invasivo*	*Lavado de manos*	*Fricción con alcohol*	*Ninguna*	*Lavado de manos*	*Fricción con alcohol*	*Ninguna*
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Total											

Instrumento No. 7

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAVADO DE MANOS

No	***Criterios***				***1***		***2***		***3***		***4***		***5***		***6***		***7***		***8***			
Observación	***Tipo de personal***				***Manos libres de joyas y otros accesorios***		***Mangas arriba del codo***		***Se aplica jabón líquido antiséptico***		***Frota palmas, dorso, dedos, espacios interdigitales y muñecas***		***Se enjuaga con suficiente agua corrida***		***Se seca con toalla desechable, individual o secador eléctrico***		***Evita contaminarse nuevamente al cerrar el chorro***		***Utiliza no menos de 30 segundos***		***Todos los aspectos cumplidos***	
	médico	*enfermera*	*auxiliar*	*otro*	*Si*	*no*	*Si*	*no*	*Si*	*no*	*Si*	*no*	*Si*	*no*	*Si*	*no*	*Si*	*no*	*Si*	*no*	*Si*	*no*
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
% de observaciones cumpliendo todos los aspectos																						

Bibliografía

1. *Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: A severity of disease classification system. Crit Care Med. 1985:13:818-29.*

2. *Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. JAMA 1993;270:2957-63.*

3. *Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM. CDC definitions for nosocomial infections. Am J Infect Control. 1988;16:128-40.*

4. *National Committee for Clinical and Laboratory Standards (NCCLS). Performance standards for antimicrobial susceptibility testing. NCCLS Document M100-56, 1995;15. NCCLS, Wayne. Pennsylvania.*

5. *Haley RW, White JW, Culver DH, Hughes JM. The financial incentive for hospitals to prevent nosocomial infection under the prospective payment system: An empirical determination from nationally representative sample. JAMA 1987;257:1611-1614.*

6. *Ponce de León-Rosales S, Romero-Oliveros MC, Sandoval-Gómez MN, Ruiz-Palacios G. Eficacia de un programa de control de infecciones nosocomiales: una posibilidad real para mejorar la calidad de la atención médica. Salud Publica Mex 1986;28:593-598.*

7. *Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emory TG, Munn VP* et al. *The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. Am J Epidemiol 1985;121:182-205.*

8. *Wenzel RP, Osterman CA, Hunting KJ, Gwaltney JM. Hospital acquired infections: I. Surveillance in a university hospital. Am J Epidemiol 1976;103: 251-260*

9. *Emori TG, Culver DH, Horan TC, Jarvis WR, White JW, Olson DR* et al. *National nosocomial infection surveillance system (NNIS): Description of surveillance methods. Am J Infect Control 1991;19:19-35.*

10. *Freeman J, McGowan JE Jr. Methodologic issues in Hospital Epidemiology. I Rates, case finding interpretation. Rev Infect Dis 1981;3:658-667.*

11. *Wey SB, Mori M, Pfaller MA, Woolson RF, Wenzel RP. Hospital-acquired candidemia: The attributable mortality and excess length of stay. Arch Intern Med 1988; 148:2642-2645.*

12. *Wenzel RP. The mortality of hospital-acquired bloodstream infections: Need for a new vital statistic. Int J Epidemiol 1988;17:225-227.*

13. *Rangel-Frausto MS, Avila-Figueroa C, Cashat-Cruz M, Macías A, Guerrero J, Baez-Martínez R* et al. *Infecciones nosocomiales en tres instituciones del sistema de salud mexicano. Enf Inf Microbiol 1995;15:318.*

14. *Fórmulas de rendimiento Hospitalario, Dr. J.R. García Serven , www.garciaserven@cantv.net*

15. *Valero LF, Sáenz MC. Etiología de la infección nosocomial en cirugía: comparación de 2 años (1988 y 1996).*

16. *Fridkin SK, Welbel SF, Weinstein RA. Magnitude and prevention of nosocomial infection in the intensive care unit. Infect Dis Clin North Am 1997;11(2):479-96.*

17. *Richards MJ, Edwards JR, Culver DH, Gaynes RP. The National Nosocomial Infection Surveillance System. Crit Care Med 1999;27:887-92.*

18. *National Center for Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention. Hospital Infectious Program. National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS) Report, data summary from October 1986-April 1996, issued May 1996. Am J Infect Control 1996;24:380-8.*

19. *Keita-Perse O, Edwards J, Culver DH, Gaynes RP. Comparing nosocomial infection rates among surgical intensive care units: the importance of separating cardiothoracic and general surgery intensive care-unit. Infect Control Hosp Epidemiol 1998;19:260-1.*

20. *Gaynes RP. Surveillance of nosocomial infections. En: Bennett JV, Brachman PS, eds. Hospital Infection. 4 ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998.*

21. *Beaglehole R, Bonita R, Kjellstrom T. Basic epidemiology. Geneva: World Health Organization, 1993.*

22. *Gardner JS, Jarvis WR, Grace Emori T, Horan TC, Hughes JM. CDC definitions for nosocomial infections, 1998. Am J Infect Control 1988;16(3):128-40.*

23. *Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for the prevention of surgical site infection, 1999. Infect Control Hosp Epidemiol 1999;20(4):247-80.*

24. *Gaynes RP, Solomon S. Improving hospital-acquired infection rates. J Qual Improvement 1996; 22(7):457-67.*

ANEXO V: CARTAS DE COMPROMISO CON UNIVERSIDADES

University of Belize

Education Empowers a Nation

Office of the Provost

Dr. Sandra Barahona
IntraHealth International Inc.
Proyecto Capacity Centroamerica
13 calle 8-44, zona 10 Edificio Edyma Oficina 106
Guatemala City
Guatemala

Dear Dr. Barahona:

After consultation with the Dean of the Faculty of Nursing, Allied Health and Social Work, UB's Focal Point Person for Capacity Project, and IntraHealth curriculum consultant, the University of Belize hereby commits to the following:

1. The course "HIV and other STI's" will be offered in the Fall Semester, 2011 as a pilot course.
2. Once the pilot stage is completed, the course will be revised to accommodate the findings of the M& E. Once these revisions are completed, the course will become part of the curricula of Nursing, Allied Health, and Social Work at the University of Belize.

The University of Belize would like to request that the official documents produced by the consultant and submitted directly to IntraHealth be made available to us in a timely manner. Since a recommendation has been made to monitor and evaluate the course during and at the end of the Fall Semester, I would like to inquire whether IntraHealth will provide funding for this M& E exercise.

On behalf of the Faculty of Nursing, Allied Health and Social Work, I thank IntraHealth for its support in this endeavor. I would also like to acknowledge the work of the IntraHealth Consultant and the Working Group of FNAHSW for their dedication and commitment to this very useful Project. The University of Belize certainly looks forward to continued collaboration with IntraHealth.

Respectfully,

Ismael Hoare, Ph.D.
Provost

University of Belize, Administration Building, Hummingbird Avenue, Belmopan City, Belize
Tel: +501-822-1000 Fax: +501-822-3930 Email: ihoare@ub.edu.bz

UNIVERSIDAD DR. JOSÉ
MATÍAS DELGADO
Facultad de Ciencias de la Salud
Dr. Luis Edmundo Vásquez
Escuela de Medicina

Dr. Oscar Parada
Representante de país El Salvador
Proyecto CAPACITY CENTROAMERICA
INTRAHEALTH INTERNATIONAL, USAID

Respetable Dr. Parada.

Por este medio le saludo cordialmente deseándole éxitos en sus labores.

Hemos estado en contacto con el Proyecto USAID CAPACITY CENTROAMERICA, al recibir la asistencia técnica relacionada a la revisión y adecuación de la Curricula de la Carrera de Doctorado en Medicina, y la elaboración y diseño de materiales educativos, los cuales se utilizarán para fortalecimiento de capacidades del personal de nuestra institución en los temas de Prueba de VIH, Consejería pre y pos prueba y Estigma y Discriminación; como lo son: la Guía para Participantes y la Guía para Facilitadores.

Agradecemos el gesto de cooperación para nuestra institución que sin duda mejorará el desarrollo de la práctica profesional de nuestro personal docente y de campo para la transferencia de conocimientos y habilidades a nuestros estudiantes. Así mismo, nos compromete a que nuestra institución considere implementar la curricula y los materiales en el curso regular de los estudiantes de Doctorado en Medicina.

Dicha acción también profundiza nuestro compromiso social como institución de continuar realizando acciones ante la epidemia de VIH-Sida en el país.

Atentamente

Me suscribo

Universidad Dr. José Matías Delgado
OMNIA CUM HONORE
UNIDAD DE POSGRADO
Facultad de Ciencias de la Salud Dr. Luis Edmundo Vasquez

Dr. Reynaldo Flores
Consejo Asesor del Decanato
Unidad de Postgrados

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE FORMACION
Escuela Nacional de Enfermeras

6a. Avenida 3-55, Zona 11 • Teléfonos: 2472-1392, 2472-2753, 2472-2754, 2440-8592 • E-mail: guatenfria@yahoo.com

Guatemala 7 de julio de 2011
Ref. 284-2011 RHA cden.

Doctora
Yadira Villaseñor
Directora Ejecutiva
Proyecto Capacity Centroamericana
Con sede en Guatemala.

Dra. Villaseñor:

De manera atenta me permito informarle que esta Dirección con su equipo de Subdirección y Coordinaciones acepta el diagnóstico institucional, así como también la propuesta de acciones y las guías para el estudiante y el docente, todos estos instrumentos desarrollados por la Dra. Amalia Geraldine Grajeda Bradna, Consultora del Proyecto que usted dirige.

Y después de conocer los resultados esta Escuela se compromete a:

- *Hacer la incorporación de los contenidos sugeridos en los manuales de técnicas que se desarrollan con el estudiante en cada uno de los niveles de formación, así como en las guías programáticas de los cursos teóricos. Esto a partir de agosto 2011 cuando se planifica para el ciclo 2012 y se estará ejecutando con los estudiantes en el ciclo 2012.*
- *Desarrollar talleres de capacitación para los profesores durante agosto 2011 y noviembre 2011.*

Es importante resaltar que en esta evaluación se resaltan los hallazgos sobre las necesidades que la Escuela tiene en relación a que el número de profesores no es suficiente, así como tampoco las áreas físicas, mismas que también carecen de condiciones para desarrollar laboratorios de enseñanza aprendizaje congruentes con las necesidades actuales. Por esta razón la Escuela no puede comprometerse a cumplir con todos los parámetros que su proyecto establece, porque no tenemos las condiciones apropiadas para ello. Así como tampoco tenemos los insumos necesarios para desarrollar esas prácticas tan necesarias, ni en la Escuela ni en los servicios donde desarrollamos las prácticas cotidianas.

Agradezco al Proyecto la oportunidad que dieron a esta Escuela de ser evaluada en este punto en particular, pues indiscutiblemente que nos permite hacer reformas curriculares pertinentes que buscan el mejoramiento de la enseñanza para que los enfermeros futuros estén cada vez mejor preparados. Particularmente reconocemos la alta capacidad de la Dra. Grajeda, quien desarrolló este proceso con toda pertinencia y propiedad. Propiciando la participación de los profesores para este trabajo.

Aprovecho la oportunidad para suscribirme deferentemente.

Licda. MSc. Rutilio Herrera Acajabón
Directora Escuela Nacional de Enfermeras y
Jefe Departamento de Educación de Enfermería

DEPARTAMENTO DE EDUCACION DE ENFERMERIA
GUATEMALA, C. A.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS
DIRECCION
GUATEMALA, C. A.

c.c. Dra. Amalia Geraldine Grajeda Bradna, Consultora IntraHealth Project # 3252-100
c.c. Correlativo

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
Facultad de Enfermería
Decanato

Panamá, 08 de Septiembre de 2011
N°503-11-n

Ref. Carta Compromiso

Doctora
Yadira Villaseñor
Directora Ejecutiva
Proyecto USAID/Capacity Centroamérica

Estimada Dra. Villaseñor:

Por este medio le informamos que hemos revisado la propuesta curricular para impartir el tema de VIH en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá, asimismo se han desarrollado tres talleres de validación con docentes y estudiantes, para la revisión de los materiales educativos sobre el tema: a) Manual del facilitador y b) Guía del Estudiante.

En virtud de lo anterior, confirmamos nuestro acuerdo con la propuesta curricular presentada, y los materiales educativos, y brindamos nuestro apoyo para que puedan incluirse en la programación analítica de los cursos de Salud de Adultos (el tema de bioseguridad) que está ubicado en el tercer semestre, en el curso de la enfermera en la promoción de la salud mental (los temas de prueba y asesoría de VIH/SIDA, y estigma y discriminación) ubicado en el sexto semestre de la carrera.

Además esta currícula será implementada con los docentes en una Jornada de 40 horas durante el periodo de receso académico (febrero), con el objetivo de que estos docentes capacitados en la temática sirvan facilitadores en la capacitación de los estudiantes.

CIUDAD UNIVERSITARIA OCTAVIO MÉNDEZ PEREIRA
Estafeta Universitaria, Panamá, República de Panamá Tel.: 523-6440 Fax: 523-6439 Email: facenfl@ancon.up.ac.pa

N°503-11-n
Dra. **Yadira Villaseñor**

Asimismo, la gestión seguirá su curso en el Co
la Salud, para poder incluirla de forma permanent
capacitación de la Facultad de Enfermería, de la Univ

Atentamente,

Elba E. de Isaza

Mgter. Elba E. de Isaza
Decana

ANEXO VI: M-LEARNING SMS

CLAVE PARA M LEARNING

Plan Piloto se realizó en Guatemala la semana del 27 de junio al 01 de julio. Las preguntas SMS1 y SMS2 son validas solo para Guatemala, por considerarse solo para plan piloto. Corresponden al modulo 1 y 2 del Diplomado de VIH.

Las SMS1 y SMS2 son válidas solo para Guatemala, pues corresponden a la prueba piloto que se hizo una semana antes.

Semana 27 de junio al 01 de Julio corresponde al modulo 01 y 02 del Diplomado

SMS 1 Los componentes de la atención integral y continua son: atención, curación y tratamiento. Diga si es F o V. **RESPUESTA: FALSO**

SMS2 Los factores que influyen en el desempeño son: saber hacer, poder hacer, y querer hacer. Diga si es F o V. **RESPUESTA: VERDADERO**

Las siguientes preguntas aplican para la mitad de participantes en Diplomado de VIH en los países: Guatemala, El Salvador y Costa Rica

Semana 04 al 08 de Julio corresponde al modulo 03 y 04 del Diplomado

SMS3 La incidencia política es: a) estrategia que señala caminos y metodologías para incidir en las decisiones, b) un pronunciamiento público sobe un hecho determinado, c) esfuerzos de la ciudadanía organizada para influir en formulación de políticas d) proceso que utiliza diferentes herramientas para influir en asuntos de nuestro interés. Selecciona el inciso correcto **RESPUESTA: INCISO A, C o D**

SMS4 La ansiedad entorpece de tal modo el intelecto de manera que constituye un predictor del fracaso en el entrenamiento o desempeño de una tarea compleja, intelectualmente exigente. (F) ó (V) **RESPUESTA: VERDADERO**

Semana del 11 al 15 de julio corresponde al módulo 05 del Diplomado

SMS5 La epidemiología es: la ciencia que estudia la incidencia, factores determinantes de comportamiento. Prevención de una enfermedad en una población. F ó V **RESPUESTA: VERDADERO**

SMS6 La vigilancia epidemiológica es un sistema sistemático de análisis e interpretación de datos y diseminación de información con el objetivo de apoyar la toma de decisiones en salud. F o V **RESPUESTA: VERDADERO**

Semana del 18 al 22 de julio corresponde al módulo 06 del Diplomado

MS7 Dos principios universales de la consejería pre y post prueba son, la confidencialidad y privacidad. F ó V **RESPUESTA: VERDADERO**

SMS8 La consejería es un proceso mediante el cual el consejero(a): ayuda al usuario(a) a tomar decisiones informadas y a establecer un plan de intervención. F ó V **RESPUESTA: VERDADERO**

Semana del 25 al 29 de julio corresponde a los módulos 07 y 08 del Diplomado

SMS 9 ¿Una persona con enfermedades oportunistas y CD4 en 200 o menos, constituye un criterio para iniciar el tratamiento ARV? **RESPUESTA: VERDADERO**

SMS 10 ¿Se justifica el aislamiento en un hospital a una persona con VIH, cuando también debuta con Influenza A o Tuberculosis? **RESPUESTA: VERDADERO**

Semana del 01 al 05 de agosto de 2011 corresponde al módulo 09 del Diplomado

SMS11 El mayor riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo ocurre durante el trabajo de parto. Responda si es F si es Falso, o V si es Verdadero. Envíe su respuesta al #:..... Gracias por participar **RESPUESTA: VERDADERO**

SMS12 Los fluidos cérvico-vaginales son mas infecciosos que el semen. Responda si es F si es Falso o V si es Verdadero. Envíe su respuesta al número:..... Gracias por participar **RESPUESTA: FALSO**

Semana del 08 al 12 de agosto corresponde al módulo 10 del Diplomado

SMS 13 La infección por VIH en niños y niñas refleja la prevalencia de infección por VIH en mujeres de edad fértil. **RESPUESTA: FALSO**

SMS 14 En niñez con VIH hay pérdida relativa primero de la talla y luego del peso.
RESPUESTA: VERDADERO

Semana del 15 al 19 de agosto corresponde al modulo 11 del Diplomado

SMS 15 Con relación al riesgo no laboral en VIH y el período en que se considera apropiado el inicio de terapia profiláctica, es correcto afirmar que se debe iniciar entre las 6 y las 72 horas. **Respuesta: Verdadero**

SMS16 La principal vía de transmisión del VIH en el ámbito laboral es la percutánea **Respuesta: Verdadero**

Semana del 22 al 26 de agosto corresponde a los módulos 12 y 13 del Diplomado

SMS 17 Los derechos humanos de las Personas con VIH son diferentes al resto de la población. Falso (F) o Verdadero (V). **Respuesta: Falso**

SMS18 Todas las personas tenemos derecho a contraer matrimonio y fundar una familia, las personas con VIH también tiene estos mismos derechos. Responda si el enunciado es Falso (F) o Verdadero (V). **Respuesta: Verdadero**

Semana del 29 de agosto al 2 de septiembre corresponde al modulo 12 y 13 del Diplomado

SMS19 Los HSH, las MTS y las PPL son poblaciones vulnerables a la transmisión del VIH. Responda si el enunciado es Falso (F) o Verdadero (V). **Respuesta: Verdadero**

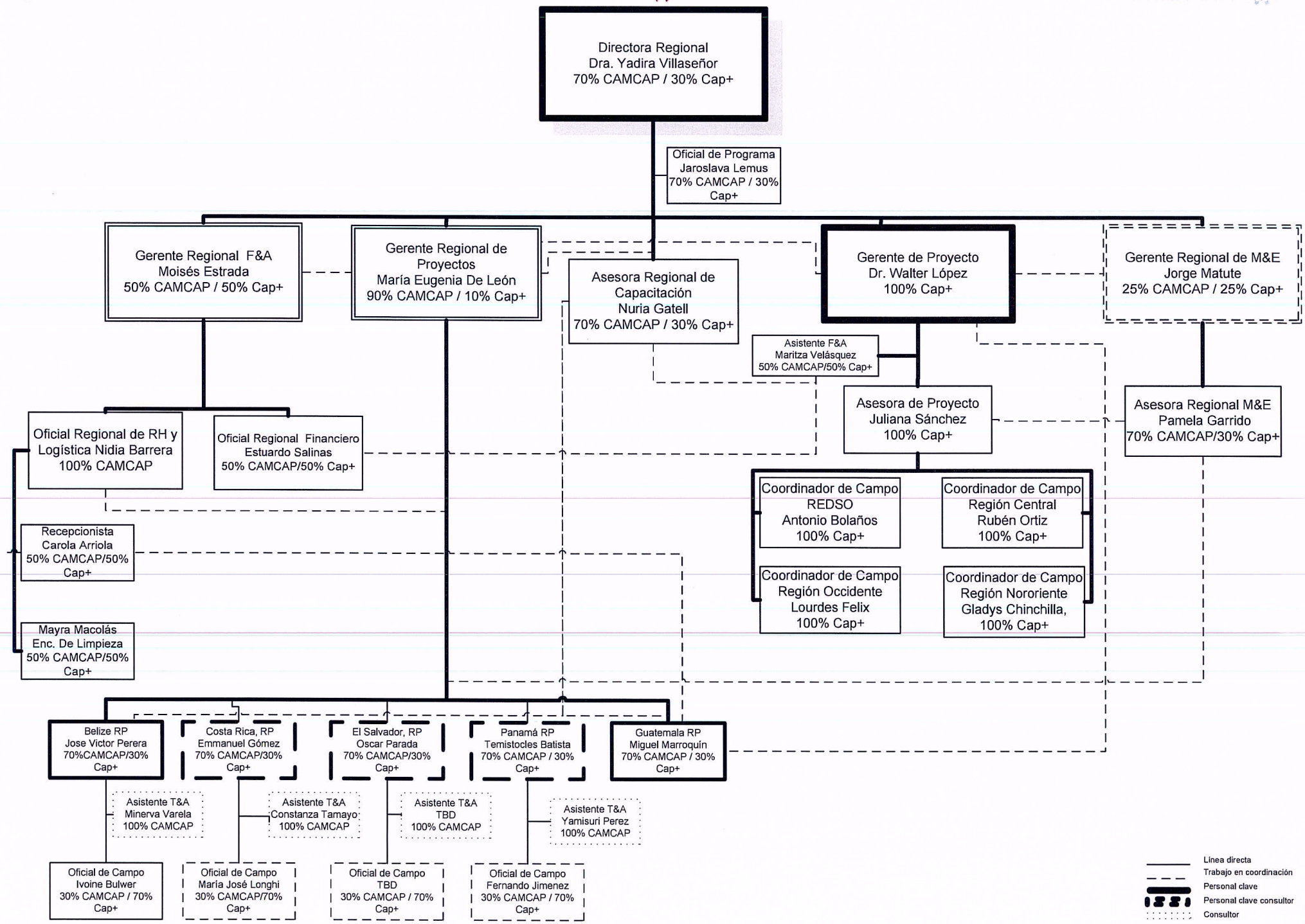
SMS20 El estigma y la marginación, falta de acceso a servicios de salud son factores que aumentan la vulnerabilidad de las personas, en relación al VIH. Responda si el enunciado es Falso (F) o Verdadero (V). **Respuesta: Verdadero**

Semana del 05 al 09 de septiembre corresponde al modulo 12 y 13 del Diplomado

SMS21 La tanatologia estudia el proceso de muerte desde el punto de vista humano, religioso y científico. Responda si el enunciado es Falso (F) o Verdadero (V). Envíe su respuesta al #. Gracias por participar**.**
RESPUESTA: VERDADERO

SMS22 La homofobia es una enfermedad psicosocial que se manifiesta como odio a las personas homosexuales. Responda si el enunciado es Falso (F) o Verdadero (V). Envíe su respuesta al #. Gracias por participar. **RESPUESTA: VERDADERO**

ANEXO VII: ORGANIGRAMA

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA | PROYECTO CAPACITY CENTROAMÉRICA

IntraHealth