



Evaluación del Componente de Capacitación del Programa Bilateral de VIH USAID
en Nicaragua

Convocatoria No: SOL-524-14-000002

Managua, Nicaragua. Noviembre 2015

AGRADECIMIENTOS

El equipo de evaluación extiende su agradecimiento a las organizaciones de sociedad civil y universidades las que generosamente ofrecieron su tiempo y colaboración en la realización del presente informe. Sus nombres se incluyen en el anexo I (tablas 7, 8 y 9.)

Brindamos un especial agradecimiento al Sr. Arthur Brown, Director, USAID/Nicaragua, a la Dra. Marianela Corriols, Asesora de Información Estratégica de VIH para Nicaragua la Lic. Marcela Villagra, Oficial de Monitoreo y Evaluación y a todo el equipo de USAID/Nicaragua por su participación en la evaluación y desarrollo de este informe.

Dirección Técnica

Marianela Corriols MPH, PhD

Equipo evaluador

Dra. Yelba Jarquín

MSc. Maricela Larios

Dr. José Francisco Ochoa

Dr. Carlos Hernández

Equipo de apoyo en campo

Lic. José Thomas Morales

MSc. Argelis Montano

Lic. Antonio Rivera

Lic. Orlando Andino

Lic. Flavia Mendoza

Lic. Johana Carballo

Digitación:

Lic. Jorge Ruiz

CONTENIDO

SIGLAS.....	6
RESUMEN EJECUTIVO.....	9
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	2
2.1. La epidemia de VIH en Nicaragua	2
2.2. La respuesta nacional.....	3
2.3. El programa VIH de USAID	5
III. METODOLOGIA	6
IV. RESULTADOS.....	10
4.1 Desempeño del Componente de capacitación en la RED PrevenSida	10
4.2 Desempeño del Componente de capacitación en las Universidades	14
4.3 Factores que inciden en el desempeño de la capacitación (Q2-Q3)	16
4.4 Contribución de la capacitación en la igualdad de género. (Q4)	31
4.5 La calidad de los sistemas de registro y documentación. (Q6).....	33
V. CONCLUSIONES	37
VI. RECOMENDACIONES.....	42
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
ANEXOS	

ANEXO 1: Tablas

Tabla 1. USAID/Nicaragua Socios y Proyectos Implementadores

Tabla 2. Bilateral HIV program in Nicaragua under the Central America Partnership Framework (2010-2015)

Tabla 3. Indicadores de monitoreo del componente del Programa VIH/USAID

Tabla 4. Matriz metodológica según las preguntas de los TDR

Tabla 5. Instrumentos de evaluación según niveles de gerencia

Tabla 6. Instrumentos de evaluación según niveles de gerencia

Tabla 7. Entrevistas Gerencia USAID

Tabla 8. Proceso de trabajo de campo

Tabla 9. Entrevistas Universidades

Tabla 10. Entrevistas Organizaciones

Tabla 11. Cumplimiento de Metas e Indicadores Claves

Tabla 12. Listado de ONG apoyadas por USAID|PrevenSida. 2011 - 2015

Tabla 13. Cobertura PrevenSida

Tabla 14. Cumplimiento de indicadores 2011-2015

Tabla 15. Porcentaje de cumplimiento de indicadores del Proyecto-Red PrevenSida

Tabla 16. Capacitación en pre-servicio y servicio en universidades

Tabla 17. Capacitación en servicio en universidades

Tabla 18. Actividades de transferencia técnica a universidades DELIVER 2014-2015

Tabla No. 19. Fases para la consolidación del componente de capacitación del Programa Bilateral de VIH/USAID Nicaragua.

ANEXO 2. Gráficos

Gráfico No.1. Niveles de cumplimiento de las ONG según estándares de medición

Gráfico No.2. Organizaciones según nivel de desempeño en el cumplimiento de estándares

Gráfico No.3. Nivel de cumplimiento entre ONG y OPC

Gráfico 4. Fases de PEPFAR en Nicaragua

ANEXO 3. Cronograma y Entregables

ANEXO 4. Información Electrónica Disponible

SIGLAS

ABP	Aprendizaje Basado en Problemas
ACCS	Asociación Campaña Costeña Contra el Sida
ADESENI	Asociación por los Derechos de la Diversidad Sexual Nicaragüense
ADISNIC	Asociación para el Desarrollo Integral Sostenible de Nicaragua
ALLIANCES	Proyecto Alianzas 2
AMODISEC	Asociación Movimientos de la Diversidad Sexual Costeña
ANICP+VIDA	Asociación Nicaragüense de Personas Positivas Luchando por la Vida
API	Mejoramiento del Ambiente Político
APS	Atención Primaria en Salud
ARV	Antirretrovirales
ASSIST	Proyecto Aplicando la Ciencia para Fortalecer los Sistemas de Salud
ASONVIHSIDA	Asociación de Personas con VIH Sida
BICU	Bluefields Indian and Caribbean University
CAP	Conocimientos actitudes y prácticas
CCC	Comunicación para Cambio de Comportamiento
CEGODEM	Centro de Estudios para la Gobernabilidad y Democracia
CEPRESI	Centro de Prevención del Sida
CIES	Centro de Investigación y Estudio de la Salud
CONISIDA	Comisión Nicaragüense del Sida
COSEP	Consejo Superior de la Empresa Privada
CPV	Consejería y prueba voluntaria
CURIM	Comité de Uso Racional de Insumos Médicos
DAIAA	Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos
DAISSR	Disponibilidad Asegurada de Insumos en Salud Sexual Reproductiva
DDHH	Derechos humanos
DEIGEORSEX	Movimiento por los derechos de identidad de género y orientación sexual de Estelí.
DELIVER	Proyecto de Asistencia Técnica en Logística de Insumos Médicos.
ECVC	Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables
EMC	Equipos de Mejora de la Calidad
E&D	Estigma y Discriminación
FM	Fondo Mundial

FY	Año Fiscal
GAO	Grupo de Autoayuda de Occidente
HCI	Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud
HSB	Hombre que tiene sexo con otro hombre
ICAS	Instituto Centroamericano de la Salud
IDSDHH	Iniciativa desde la Diversidad Sexual por los Derechos Humanos
INSS	Instituto Nicaragüense de Seguro Social
ITS	Infeción de Transmisión Sexual
LGBTI	Lesbianas, gay, bisexuales, trans e intersex
MCC	Mejoramiento Continuo de la Calidad
MDS	Movimiento de la Diversidad Sexual
MINSA	Ministerio de Salud
MOJUDS	Movimiento Juvenil por la Diversidad Sexual
MOVFEM	Movimiento Feminista
M&E	Monitoreo y Evaluación
MTS	Mujer trabajadora sexual
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo no Gubernamental
OPC	Organizaciones de Poblaciones Claves
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OVI	Organización Vida Integral
PASCA	Programa para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH
PASIGLIM	Programa Automatizado del Sistema de Información para la Gestión Logística de Insumos Médicos.
PASMO	Asociación Panamericana de Mercadeo Social
PC	Población Clave
PEN	Plan Estratégico Nacional
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida
PF	Planificación familiar
POLISAL	Politécnico de Salud
PREVENSIDA	Prevención del Sida
PSI	Servicios de Población Internacional
PVIH	Personas con VIH
QAP	Proyecto de Garantía de Calidad de USAID

RACN	Región Autónoma del Caribe Norte
RACS	Región Autónoma del Caribe Sur
SCMS	Supply Chain Management System
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Humana
SIGLIM	Sistema de Información para la Gestión Logística de Insumos Médicos
SRU	Sistema de Registro Único
TB	Tuberculosis
TDR	Términos de Referencia
TRANS	Transgénero
TS	Trabajadora Sexual
UAM	Universidad Americana
UCAN	Universidad Cristiana Autónoma de Nicaragua
UNAN	Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNICIT	Universidad de Ciencia y Tecnología
UPOLI	Universidad Politécnica de Nicaragua
URACCAN	Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua
URC	University Research Co., LLC
USA	Estados Unidos de América
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
PASCA	Programa para Fortalecer la Respuesta Centroamericana del VIH
POLISAL	Politécnico de Salud
TARV	Terapia Antirretroviral
VBG	Violencia Basada en Género
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

RESUMEN EJECUTIVO

Se realizó el presente trabajo con el objetivo de evaluar el desempeño del componente de capacitación del programa bilateral VIH de USAID Nicaragua desde 2010, incluidos los avances en las recomendaciones de la evaluación del Programa de salud de 2007, identificar los factores claves que contribuyen o impiden resultados y establecer recomendaciones para los ajustes del programa para los años restantes del Marco de Asociación de Centro América de PEPFAR y más allá. Esta evaluación servirá a los efectos de la rendición de cuentas y el aprendizaje¹.

El equipo evaluador estuvo conformado por cuatro investigadores que ya contaban con la experiencia de la evaluación del desempeño del Programa bilateral de VIH de USAID Nicaragua realizada en 2013, en la que se señaló que este programa constituye uno de los pilares más importantes en el apuntalamiento de los procesos de desarrollo de las capacidades de los principales actores sociales comprometidos con la respuesta nacional ante el VIH y que en correspondencia con la evaluación del 2007 y las nuevas orientaciones de PEPFAR se ha enfocado en el desarrollo de estrategias novedosas, costo efectivas y basadas en evidencias procurando reducir las brechas de accesibilidad a servicios de prevención de las poblaciones claves, mejorar la calidad de la entrega de servicios de salud y conducir procesos de abordaje de la epidemia según sus particularidades mediante el fortalecimiento de las capacidades de las organizaciones no gubernamentales (ONG) locales y de asociaciones de las propias poblaciones claves (PC).

La evaluación se llevó a cabo en el periodo comprendido de septiembre a noviembre de 2015, realizando diversos procesos entre los que se incluyen: una revisión de la documentación relevante del Programa y sus diferentes proyectos, la documentación relativa a la respuesta nacional y la documentación pertinente de la capacitación establecida en las directrices y orientaciones de PEPFAR y USAID. Se realizaron entrevistas semi estructuradas a 302 personas de los niveles operativos y gerenciales de las instituciones, organizaciones, asociaciones y universidades involucradas en los procesos de capacitación. Se seleccionó un segmento del universo que procuró el abordaje de organizaciones subvencionadas en los últimos dos años y/o con disponibilidad de recursos que han sido parte del proceso de transferencia técnica de USAID.

En esta evaluación participaron miembros de la gerencia estratégica de USAID, de los proyectos implementadores del Programa (PREVENSIDA, HCI/ASSIST, DELIVER, los proyectos regionales PASCA y PASMO), del equipo de dirección del CIES y CEPRESI y una representante del Consejo Superior de la Empresa Privada (COSEP). Los sitios de aplicación de instrumentos a nivel operativo y de gerencia de organizaciones e instituciones fueron: Managua, Masaya, León, Matagalpa, Nueva Segovia, Río San Juan y en las Regiones Atlánticas del Caribe Norte y Sur. En total fueron abordadas dieciséis ONGs y nueve universidades. Se construyó una base de datos con la adición de cinco bases anuales del sistema de registro de las capacitaciones, que permitió hacer análisis del desempeño y de las tendencias existentes en procesos de capacitación e identificar limitaciones del sistema de registro.

El periodo evaluado constituye un proceso continuo de cambio que se caracterizó por una diversidad de contextos que han sido agrupados en tres fases a fin de facilitar evidencias de los factores que

permitieron tanto avances como limitaciones ubicando la capacitación como el eje que permitió asegurar la orientación de los procesos en cada una de estas fases y en la continuidad progresiva de las tres.

Las metas del Programa de capacitación en general han sido cumplidas o sobre cumplidas como resultado de los compromisos establecidos por los proyectos, organizaciones e instituciones y por el desarrollo paulatino de las capacidades institucionales para la gerencia, administración y prestación de servicios que además incluyen el conocimiento del territorio y vínculos claramente establecidos con las poblaciones a beneficiar.

El fortalecimiento institucional se perfila como uno de los más grandes avances para la sostenibilidad del programa de capacitación mostrándose en la última medición que 61% las organizaciones que recibieron asistencia técnica han superado el 75% de los estándares, cuatro están en color naranja (calificación entre 61% y 75%) y siete se mantenían en la zona roja, estas últimas corresponden en su totalidad a asociaciones de poblaciones clave (PC).

En las universidades, la asistencia ha estado enfocada en la transferencia de habilidades con el propósito de contribuir en la formación de profesionales, técnicos y auxiliares, fortaleciendo las capacidades del personal docente en los nuevos protocolos de atención del VIH, Estigma y Discriminación (E&D), Violencia Basada en Género (VBG), cadena de suministros, uso racional de medicamentos y el mejoramiento continuo de la calidad entre otros. En este proceso, se entregaron e implementaron maletas y paquetes pedagógicos aportando de esta manera en el fortalecimiento institucional y en la sostenibilidad de los avances.

La incorporación de género ha constituido un eje transversal de USAID en la respuesta al VIH, por lo que en Nicaragua las poblaciones claves han sido incluidas en proyectos y actividades específicas que procuran el mejoramiento al acceso en los servicios de prevención en el fortalecimiento administrativo gerencial de sus organizaciones, en la reducción del EyD y en la promoción y defensa de los derechos humanos.

El mayor aporte de los programas regionales como PASMO y PASCA se ha centrado en el desarrollo e implementación de metodologías de abordaje a PC, la generación de información estratégica y la asistencia técnica para la formulación de políticas sobre VIH en universidades, en la empresa privada y en las propias organizaciones como marco de referencia para llevar a cabo acciones de prevención y atención en las PC basado en enfoque de género y derechos humanos, que aporta a la reducción del EyD. En total, 48 de 50 ONG (96%) recibieron asistencia técnica para el desarrollo de políticas de VIH.

El componente de capacitación ha constituido el eje principal y constante del desarrollo y maduración del Programa bilateral de VIH de USAID en Nicaragua, evidenciado en sus propios resultados y en las posibilidades de sostenibilidad de las capacidades desarrolladas para la respuesta nacional a la epidemia.

La situación general del programa a la fecha se caracteriza por un periodo de transición y de cambio donde la calidad y la sostenibilidad se constituyen en el parámetro de validación de los dos modelos que oferta a la respuesta nacional, es decir un modelo de prevención combinada centrada en las PC y una red

consolidada de organizaciones fortalecidas y capaces de auto sostener procesos endógenos de mejora y cambio.

Esta condición representa un gran desafío de ajuste para el componente de capacitación del programa, que aunque ya está en marcha con propuestas de alto valor estratégico como la formación de facilitadores/as en las propias organizaciones para la prevención, el monitoreo y la evaluación, la gerencia, la promoción de los derechos humanos, requiere también de solventar insuficiencias y ajustarse a un nuevo ámbito de demandas que se derivarán de la aplicación de instrumentos como el nuevo sistema de monitoreo de calidad de PEPFAR (SIMS) y los Programas de gestión de la calidad.

Entre las recomendaciones se señala de mayor importancia que en el más corto plazo se configure una propuesta de modelo de atención integral y continua en VIH. El modelo actualmente en vías de consolidación y validación de prevención combinada constituye la base para articular los cuidados continuos a las PVIH que deben no solo asegurar la adherencia y continuidad de la atención médica, sino también la plena integración familiar y social.

El completamiento y validación del modelo de atención integral requiere de ajustes en diferentes niveles, que no pueden resolverse en el horizonte temporal de vigencia actual del Programa VIH de USAID Nicaragua. Este completamiento y validación amerita una revisión de los tiempos y financiamientos previstos.

I. INTRODUCCIÓN

Se realiza la presente evaluación del desempeño del componente de capacitación del programa bilateral de VIH de USAID Nicaragua a fin de analizar el nivel de éxito alcanzado mediante la implementación de intervenciones en el país con organizaciones de sociedad civil y universidades durante el periodo 2010-2015 y que responden a las brechas identificadas en prevención, sistemas de salud, información estratégica y entorno de políticas. La audiencia esperada está conformada a nivel interno por los socios de USAID y la Embajada, y a nivel externo, por ONG, donantes, universidades, sector privado y la sociedad civil. Esta evaluación será de utilidad para la rendición de cuentas y la retroalimentación de aprendizajes.

En correspondencia con las orientaciones de política incluidos en el acuerdo Marco de asociación de Centro América del “Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del VIH/SIDA (PEPFAR 2010-2015) el programa ha fundamentado su diseño, planificación, monitoreo y evaluación de forma que combina y articula los objetivos y acciones de diversos proyectos nacionales (PrevenSida, HCI, DELIVER, Alliance II) con la contribución de proyectos regionales (PSI/PASMO, PASCA, SCMS) con clara diferenciación de su aporte y responsabilidad al desarrollo de sus cuatro componentes Prevención, Información Estratégica, Fortalecimiento de Sistema de Salud y Entorno de Políticas.

Tomando en cuenta que la cooperación de USAID Nicaragua ha sido muy amplia en las últimas décadas, la metodología utilizada describe una primera etapa de capitalización de experiencia acumulada focalizada en el fortalecimiento de las capacidades de los servicios públicos que marcaron la pauta para enfrentar los desafíos de una segunda etapa que representaba cambios estructurales tanto en el enfoque como en las estrategias de abordaje hacia una epidemia concentrada que implicó, el diseño y la implementación de nuevas intervenciones y el desarrollo de modelos de comunicación a fin de reducir las brechas de acceso y calidad en salud de las poblaciones claves. A fines de facilitar exponer la evidencia de los logros, las limitaciones y los elementos que incidieron en el proceso continuo de cambios, se caracterizan 3 fases del programa bilateral denominadas fase de viraje, fase de validación y fase de consolidación en el que la capacitación constituye el eje que permite la orientación de cada una de ellas.

El componente de capacitación del programa no solo ha contribuido con el fortalecimiento de los liderazgos y las capacidades en gerencia, administración, derechos humanos, monitoreo y evaluación y servicios de prevención de las organizaciones de sociedad civil y asociaciones que aglutinan a poblaciones clave, sino que ha desarrollado procesos de capacitación orientados a mejorar las competencias del personal de salud y de los docentes de las escuelas formadoras de recursos humanos, transfiriendo a su vez herramientas gerenciales y metodológicas que aportan a la sostenibilidad del Programa.

El presente documento presenta los hallazgos del proceso evaluativo en cinco capítulos: I) Introducción; II) Antecedentes, que contextualiza el desarrollo del Programa USAID/VIH; III) Metodología, que describe muy sintéticamente el procedimiento de la evaluación; IV) Resultados, que ordenan las respuestas a las preguntas (Q1 Descripción del desempeño, Q2, Factores internos y externos que facilitaron los logros, Q3, Factores internos y externos que limitaron los logros, Q4 Contribución de la capacitación a la equidad de género y Q6. Evaluación de los sistemas de información); y V) Conclusiones

y recomendaciones. Se adjuntan en Anexos: Preguntas directrices, matices metodológicos, listado de participantes en las entrevistas, tablas cuantitativas y gráficos que amplían la evaluación del desempeño.

II. ANTECEDENTES

Un elemento que ha caracterizado al Programa de VIH de USAID Nicaragua, ha sido el continuo proceso endógeno de monitoreo y evaluación de sus avances y condiciones de implementación, que se ha combinado desde 2007² con evaluaciones externas que han abordado al programa en general o se han focalizado en aspectos específicos del mismo, de manera que se ha venido asegurando el ajuste del Programa a las características particulares de la epidemia de VIH en Nicaragua y a las formas de desarrollo que ha venido adquiriendo la respuesta nacional, así como a las orientaciones que han derivado de PEPFAR o de los avances mundiales en el conocimiento y propuestas de abordaje en epidemias similares.

2.1. La epidemia de VIH en Nicaragua

Nicaragua desde el primer caso reportado en 1987 hasta el 2014 registra 9,832 casos de VIH, 1019 han sido casos nuevos, 1,123 personas han fallecido y 2,935 se encuentran en TAR³. Los departamentos con mayor incidencia de nuevos casos son: Bilwi, Managua, Granada, Chinandega y Chontales. La vía de transmisión continúa siendo la vía sexual, el 91% se reporta en población heterosexual, el 5% en HSH y 1% en población bisexual. Evidentemente el país continúa presentando una de las tasas de prevalencia más bajas de la región centroamericana manteniéndose por debajo del 0.5%. En población general adulta la prevalencia es del 0.2% y en embarazadas es 0.11⁴%.

El estudio TRaC de VIH en HSH realizado por PASMO en 2012, en las ciudades de Managua y Chinandega, señaló que el uso de condón en la última relación sexual en HSH y trabajadores sexuales masculinos (TSM) es del 90.3% y 93.2% respectivamente y que entre el 61.3% y el 70.3% se había realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses⁵

La Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamientos (ECVC)⁶ realizado en el periodo 2013-2014 determinó una prevalencia en HSH de 9.7% en Managua, 7.4% en Chinandega y 6.9% en Masaya. En población Trans la prevalencia fue del 18.6% en Managua, el 14.3% en Chinandega y el 9.5% en Masaya. En comparación con la encuesta realizada en el año 2009 se observa un incremento de la prevalencia en 2.2 puntos porcentuales en HSH de Managua.

Esto evidencia que, en relación a la población en general, la prevalencia de VIH en PC es entre dieciséis y más de setenta veces mayor, diferencias superiores a las encontradas en otros países de Latinoamérica. El estudio ECVC 2013-2014 también destacó que 81% de HSH son alcanzados por programas de prevención, el 42% identificó el uso del condón como un cambio percibido a partir de procesos de capacitación, reconociendo que el principal beneficio del condón es la prevención de las ITS y del VIH. En trabajadoras sexuales, el uso consistente de condón con clientes frecuentes en los últimos treinta días se reportó en 76.9% de las entrevistadas en Managua y 91.5% de las de Chinandega, mientras que el

94.8% de las de Managua y 91.9% de las de Chinandega usaron consistentemente el condón con los clientes nuevos durante los últimos 30 días.

En personas jóvenes entre 18 y 30 años, solo el 31% reportan uso consistente del condón en todas sus relaciones, 26% en mujeres y 37% en hombres.⁷ La ENDESA 2011-2012, reportó que el 83.2% de adolescentes mujeres y 86.1% de hombres tienen conocimiento sobre el VIH. Estos porcentajes fueron similares en el segmento de jóvenes y se evidencia claramente que adolescentes y jóvenes conocen una o más formas de evitar el VIH, mencionando 9 de cada 10 de ellos el uso de condón como una de las formas. No obstante, se encontró que de las mujeres de 15 a 49 años que conviven con su pareja, solo 5% usan el condón masculino como método anticonceptivo⁸.

2.2. La respuesta nacional.

La capacidad de respuesta nacional ha transitado diversas fases en su desarrollo que se caracterizan tanto por la amplitud y modalidades de la cobertura de las acciones preventivas y de atención como por el nivel de voluntad política y articulación de los diferentes actores sociales involucrados. En el inicio de la epidemia del VIH en Nicaragua, la respuesta nacional fue débil y dependiente del financiamiento externo. En el año 2003, las personas con VIH demandaron al Estado de Nicaragua para que garantizara la TARV en las unidades de salud, esta acción marcó de gran manera el rol que debía asumir la sociedad civil frente al Estado y principalmente las organizaciones de personas con VIH. En ese contexto inició el Proyecto de VIH financiado por el Fondo Mundial (FM), donde las organizaciones de sociedad civil que trabajan la prevención de VIH dirigidas a la población de mujeres, adolescentes y jóvenes promueven como prioridad que se incluyan dichas poblaciones vulnerables en el marco de las políticas públicas orientadas al VIH, los recursos fueron destinados a trabajar con estas poblaciones y el mayor porcentaje de los fondos fueron orientados a la prevención donde el mensaje principal de los procesos de capacitación y de campañas masivas fue el uso del condón y los mecanismos de prevención y transmisión del VIH, con una metodología que no facilitaba el cambio de comportamiento en las poblaciones atendidas.

Posteriormente se avanza hacia la promulgación de la Ley 238, la elaboración del Plan Estratégico Nacional de VIH 2006-2010 y la formulación de la Política Nacional de Prevención, Control y Atención de las ITS y el VIH 2011-2015.

La segunda gran etapa del desarrollo de la respuesta nacional, es dinamizada por el ingreso de Nicaragua como país receptor de recursos provenientes de la segunda ronda del FM contra el VIH, la Malaria y la TB. La formulación de la propuesta constituyó una oportunidad de involucrar de manera conjunta a los entes gubernamentales y la sociedad civil que se mantenían dispersos y con altos niveles de conflicto. Con apoyo de organizaciones internacionales se fortaleció la Comisión Nicaragüense del SIDA (CONSIDA), espacio de articulación y concertación de actores sociales con enfoques e intereses diversos para unificar una estrategia ante la diversidad de proyectos y fondos de cooperación. Si bien se identifican grupos de población con mayores niveles de riesgo prevalece el enfoque de epidemia generalizada (aunque el país tuviera una epidemia concentrada) que focaliza en mujeres y jóvenes las

acciones de vigilancia, prueba y comunicación para la prevención. Se inicia un acelerado proceso de desconcentración de las capacidades de realización de la prueba y aplicación de TARV en hospitales departamentales⁹.

La tercera etapa de desarrollo de la respuesta nacional es facilitada por la creciente realización de estudios de prevalencia de VIH en grupos poblacionales que proporciona evidencia para caracterizar la epidemia como concentrada destacando como poblaciones clave: Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), población trans femenina (TF) y trabajadoras sexuales femeninas (TSF), lo que fundamenta el inicio de transiciones en los enfoques y estrategias, en las cuales destaca la evaluación del programa USAID en 2007, la cual recomienda la suspensión de acciones a población general y la focalización en grupos de mayor riesgo. La aprobación del segundo proyecto por parte del FM, a partir de las evidencias generadas por diversos estudios entre ellos la Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables (ECVC) da lugar al replanteamiento general de la estrategia nacional para focalizar las acciones de vigilancia y prevención en las PC, de tal forma que se reducen significativamente los recursos destinados a campañas masivas de comunicación y se incrementan los destinados a trabajar directamente con estas poblaciones, principalmente en los departamentos que han mostrado altas de prevalencia de VIH.

Paralelo a este proceso se continuó fortaleciendo el marco normativo y jurídico sobre VIH, se inició un proceso de consulta para la reforma a la Ley 238, lográndose la aprobación de la Ley 820, aún pendiente de reglamentar. USAID|PASCA apoyó a CONISIDA para evaluar el PEN 2006-2010, se creó un PEN 2011-2015, extendiéndose hasta 2017 y se elaboró el Plan de Monitoreo y Evaluación del PEN con 36 indicadores.

El Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y Sida identificó como poblaciones priorizadas a las poblaciones claves: HSH, TF, TSF, TSM, población móvil y personas privadas de libertad¹⁰. La Política Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y sida, orienta al Gobierno la asignación de recursos financieros de la Procuraduría General de la República para su efectiva implementación, así como la identificación de otras fuentes de financiamiento¹¹.

Se creó la Procuraduría Especial de la Diversidad Sexual en el año 2009 dirigida por una representante del Movimiento de Mujeres Lesbianas. En el año 2009 se aprobó la Resolución Ministerial del MINSA 249-2009 que prohíbe toda forma de discriminación por orientación sexual en las unidades de salud del primer y segundo nivel de atención, posteriormente, en el año 2014 se revisó esta resolución y se aprobó la Resolución Ministerial del MINSA 671-2014 que integró a las prohibiciones la discriminación por el ejercicio del trabajo sexual.

CONISIDA realizó la Medición del Gasto en Sida (MEGAS)¹² en el año 2012, según esta fuente el gasto total en VIH y sida del año 2012-2013, fue de USD 27, 271,339 millones. De total del gasto, el 49% fue aportado por fuentes internacionales, el 47% fue aportado por fuentes públicas y el 4% de fuentes privadas. El principal rubro al que es dirigido el gasto total en VIH y sida son las acciones de prevención, lo cual representa 54% del total. En atención y tratamiento se ha destinado un 21% , en huérfanos y niños vulnerables el 0%, en gestión de programas el 13%, en recursos humanos el 10%, en protección y servicios sociales el 0%, para el entorno favorables (estigma y discriminación) el 2% y en investigación el 1%.

El gasto en VIH se destinó a: población general (34%), intervenciones no dirigidas (16%), personas con VIH (26%) y poblaciones claves (6%).

Dado que los recursos de la cooperación son limitados y particularmente los del Fondo Mundial, se ha determinado la atención a las PC que según los estudios están mayormente afectadas por el VIH. Tanto el Proyecto Fondo Mundial y el Proyecto USAID|PrevenSida han delimitado distintos departamentos de Nicaragua para las intervenciones con las PC, con el propósito de optimizar los recursos y esfuerzos de las diferentes ONG que reciben financiamiento de ambos proyectos.

A nivel global, Nicaragua experimenta avances en la conducción y liderazgo de la respuesta nacional, la actualización de instrumentos nacionales para la respuesta nacional, normativas jurídicas que reducen el estigma y la discriminación, normas y protocolos de atención en salud que favorecen la calidad de atención a poblaciones claves, así como los avances en la descentralización de la atención a personas con VIH, de realización de la prueba y se transita en el desarrollo de un programa de prevención bajo un nuevo modelo de financiamiento del proyecto Fondo Mundial¹³.

2.3. El programa VIH de USAID

USAID ha contribuido de manera significativa en el desarrollo de programas de salud, nutrición, materno-infantil, la ampliación, de la cobertura y consolidación de la planificación familiar y al fortalecimiento de la respuesta nacional ante la epidemia de VIH. Producto de la evaluación externa, los programas de Salud de USAID realizada en el 2008, se establecieron cinco áreas clave para la programación de las acciones del programa de cooperación bilateral en VIH: prevención, cuidado y apoyo, tratamiento, investigación y fortalecimiento de los sistemas de salud.

En el año 2010, la región de América Central y el Gobierno de Estados Unidos iniciaron el Marco de Cooperación para la Implementación de la Respuesta al VIH/Sida¹⁴ (2010-2014), con financiamiento del PEPFAR, cuyo propósito es reducir la incidencia del VIH sida y la prevalencia en las poblaciones de mayor riesgo, con enfoques basados en la evidencia y en el compromiso de los gobiernos, con un modelo de asistencia técnica enfocado al aumento de la sostenibilidad y la apropiación del país. De esta manera la misión de USAID Nicaragua ha alineado la asistencia técnica y financiera de sus diferentes proyectos en función de la implementación del marco de cooperación de PEPFAR en sus cuatro áreas: prevención, fortalecimiento de los sistemas de salud, información estratégica y la reforma de las políticas (ver anexo), priorizando las necesidades de las PC, promoviendo de esta manera un enfoque integral y multisectorial que amplíe el acceso a la prevención, atención y tratamiento.

III. METODOLOGÍA

Basados en el propósito de la evaluación, el proceso estuvo orientado a responder 6 preguntas directrices establecidas en los TdR, la primera (Q1), se orienta a verificar el cumplimiento de las metas establecidas para el componente en los últimos cinco años y para el quinquenio 2010-2015 en su conjunto de acuerdo a los indicadores PEPFAR establecidos y de acuerdo a su definición; a partir de lo cual se procedió a responder las siguientes dos preguntas (Q2-Q3) que interrogan acerca de los factores que de manera más relevante incidieron positiva o negativamente en el grado de cumplimiento. Adicionalmente se evalúan dos tópicos diferenciados por su relevancia entre ellos la contribución del componente capacitación a la equidad de género (Q4) y acerca de la calidad de los sistemas de registro de la capacitación (Q6). Finalmente se buscó responder la pregunta que se refiere a la especificación de las recomendaciones (Q5) para mejorar el desempeño del “componente de capacitación” del Programa VIH de USAID Nicaragua. (Ver anexo I tabla 5)

El marco de referencia para el proceso evaluativo se configura en la confluencia y articulación que han tenido en el tiempo tres Proyectos implementadores (PrevenSida, HCI/ASSIST, DELIVER) y la contribución de tres proyectos regionales (PASCA, PASMO, Alliance) en dos universos de intervención como son: la red de organizaciones de sociedad civil y las instituciones formadoras de profesionales de la salud.

En este contexto se identifica el componente de capacitación como los diversos procesos y eventos que se vinculan con el fortalecimiento de las capacidades de los sujetos sociales e institucionales que convergen en los dos universos mencionados para el desarrollo del modelo de atención a PC, incluyendo en ellos:

- a) Programas diseñados como una secuencia de varios eventos o módulos que se corresponden con el desarrollo progresivo de competencias; por tanto cada módulo cuenta con parámetros de evaluación y aprobación, que se combinan según parámetros generales para establecer la aprobación final del programa en su conjunto.
- b) Eventos con sus propios objetivos y diseño de contenidos teórico-prácticos de temas específicos, que incluyen su propio método y parámetros de evaluación;
- c) Acciones de asistencia técnica *in situ*, cuyo protocolo básico consiste en visitas de acompañamiento a personas o grupos pequeños en su propio sitio de trabajo a fin de evaluar su desempeño y brindar “coaching” para superar las deficiencias detectadas.

En correspondencia con las preguntas directrices, además de calificar el desempeño del componente en relación a las metas trazadas interesa evaluar estos procesos y eventos de capacitación en términos de los factores que explican el grado de cumplimiento logrado ya sea porque han incidido positivamente o porque han generado condiciones limitantes o restrictivas. Es muy diversa y amplía la cantidad de factores que podrían tener incidencia en el componente de capacitación de un programa como el de VIH de USAID; entre ellas se parte de la consideración acerca de si el diseño de la estrategia de capacitación se ha fundamentado en la identificación de las limitaciones en cuanto a conocimientos y habilidades del personal permanente y voluntario de las organizaciones y universidades que constituyen una barrera para la prestación de servicios de calidad en la prevención del VIH¹⁵ por tal razón la evaluación del componente de capacitación tuvo ejes metodológicos: el primero referido al análisis de la

correspondencia de los programas de capacitación con las necesidades de desarrollo institucional y de servicios que fueron identificados; el segundo referido a las condiciones de implementación de los propios programas de capacitación en el sentido de asegurar la calidad y la oportunidad de los eventos mismos de capacitación de acuerdo a las características de las personas a que van destinados. De allí que se mantenga en el análisis la dimensión individual de los/as participantes y la dimensión institucional de la que hacen parte.

De esta forma la evaluación del desempeño en la implementación de los programas de capacitación analizó la información **cuantitativa** proveniente del cumplimiento de los indicadores de cada proyecto para el período estudiado, complementada con información **cualitativa** proveniente de una amplia revisión documental y de entrevistas a las personas involucradas en los procesos de capacitación mediante la aplicación de instrumentos en 3 niveles.

- Gerencia estratégica con la Misión de USAID/ en Nicaragua y sus proyectos implementadores.
- Gerencia operativa con directores de organizaciones de la Red PrevenSida y funcionarios directivos de universidades: rectores, decanos, coordinadores y/o secretarios académicos
- Nivel ejecutor del programa: promotores de la Red PrevenSida y docentes universitarios/as.

Adicionalmente, se exploró de manera complementaria y en muestra de encuentro de oportunidad el nivel de participantes directos de los procesos de capacitación (promotores/as en la Red PrevenSida y docentes en las universidades, así como el nivel directivo en los dos universos. Adicionalmente se entrevistaron personas voluntarias de las poblaciones clave que por lo general tienen el rol de activistas, así como a estudiantes de las carreras de medicina, enfermería y farmacia.

En este sentido, tanto la revisión documental como las reuniones con los socios del programa de USAID definieron el universo de estudio, la cobertura alcanzada y los insumos necesarios para la elaboración de instrumentos de recolección de información. Una vez establecidos los indicadores se exploraron diferentes fuentes de información entre las que se incluyen:

- Informes anuales de proyectos de USAID, informes mensuales, trimestrales y anuales de los proyectos socios de USAID, Planes de acción, reportes, estudios, líneas de base, investigaciones, evaluaciones realizadas durante el periodo 2010-2015.
- Bases de datos y sistemas de información
- Entrevistas semiestructuradas aplicadas en los universos de estudio: Red PrevenSida y universidades.
- Entrevistas semiestructuradas aplicadas en los dos universos de estudio: Red PrevenSida y universidades. Se exploró la utilidad de los eventos de capacitación en su amplia diversidad de modalidades, la aplicabilidad de los aprendizajes, las modificaciones en modalidades de trabajo y en la calidad de la prestación de servicios o desempeño de su puesto laboral como resultado de las capacitaciones, la valoración de las visitas de acompañamiento por USAID.

Se realizaron trece entrevistas a USAID, socios, instituciones capacitadoras y empresa privada.

De las 23 organizaciones que fueron subvencionadas en los dos últimos años, fueron seleccionadas 15 organizaciones que representan el 65% del total, todas con algún tipo de subvención en el último periodo

2014. La razón de exclusión de algunas organizaciones fue la desintegración de la misma o la inaccesibilidad de los directores.

Se estableció como criterio para la selección: a) organizaciones que han sido subvencionadas en los últimos dos años, b) permanecieran como organizaciones activas y/o se contara con la disponibilidad y anuencia del personal a entrevistar, c) en el caso de las universidades pertenecer el grupo seleccionado por USAID para el proceso de transferencia técnica; se visitaron 9 universidades (públicas y privadas) que recibieron asistencia técnica de los proyectos HCI/ASSIST y DELIVER.

En base al consenso establecido con el equipo de PrevenSida acerca de la selección de las organizaciones y universidades para la aplicación de instrumentos de medición, se organizaron tres equipos de campo, cada equipo contaba con un supervisor/a y dos entrevistadores. Se procedió a la capacitación del personal de campo del estudio, realizando un taller de un día en (19 de septiembre 2015) que contempló la lectura y reflexión del llenado de los instrumentos. Se concluyó el taller de capacitación con la validación colectiva de los cuestionarios con base a la cual se realizaron los últimos ajustes.

El trabajo de campo inició en el momento en que los tres supervisores se comunicaron o visitaron a las organizaciones de la RED de PrevenSida y universidades seleccionadas a fin de consultar la “opinión de expertos” sobre aspectos relevantes del componente de capacitación de USAID. El periodo comprendido para el trabajo de campo fue del 21 de septiembre al 01 de Octubre.

De las universidades programadas fueron visitadas el 100% sin embargo por sucesos inesperados y el corto tiempo no se logró entrevistar al personal de una de las facultades programadas. Destaca que en la mayor parte de los sitios de medición se encontró una adecuada convocatoria y excelente colaboración por las personas a entrevistar.

Como resultado del trabajo de campo se entrevistaron a 302 participantes, siendo el 70.1% (212) personal y estudiantes de las universidades seleccionadas y el 29.9% (90) personal de las organizaciones de la Red PrevenSida.

Se establecieron procedimientos de registro y de control de calidad, los que se monitorearon de manera continua a partir de la recolección de información y procesamiento de la misma. Durante las entrevistas el supervisor/a verificaba control de calidad de las entrevistas realizadas por el equipo de entrevistadores, antes de ser digitadas se realizó un segundo control de calidad y finalmente en el proceso de digitación para reducir los sesgos en todo proceso de investigación, de esta forma se garantiza la validez de los datos.

Fue establecido un marco ético en el mismo momento que inició el proceso de capacitación y entrenamiento del equipo entrevistador y supervisores de campo, enfatizando los principios respeto a los derechos de los participantes de la entrevista dialogada y auto administrado. Se hizo énfasis en los principios de confidencialidad y voluntariedad para participar en el estudio. Para proteger la confidencialidad no se registraron los nombres de los participantes y se estableció una codificación independiente de la identidad de la persona entrevistada. Se aseguró el debido resguardo del registro

físico de las entrevistas y de la base de datos, a fin de imposibilitar la personalización de la información brindada.

Con base a los datos primarios obtenidos de la revisión documental, entrevistas estructuradas y bases de datos el equipo de investigación procedió a la síntesis cualitativa y cuando fue pertinente y posible se construyeron indicadores cuantitativos con los cuales se realizaron análisis de tipo descriptivo con tablas de contingencia y expresados en frecuencias simples.

El análisis realizado fue cuali cuantitativo en la medida que combinan la apreciación y los valores de las personas involucradas en el programa, algunas de ellas abordadas de manera que se puedan cuantificar (entrevistas a docentes y promotores)

Los parámetros de valoración parten del marco de referencias que fue planteado desde la oferta y que tuvo claros ajustes en la medida en que los hallazgos perfilaban nuevas formas de interpretación y análisis.

Como parte de la metodología, se realizaron procesos de validación interna de los resultados preliminares con el personal de USAID y socios, y de validación externa con un amplio número de participantes de socios, contrapartes y beneficiarios.

IV. RESULTADOS

El Programa de VIH de USAID Nicaragua ha implementado de manera exitosa el componente de capacitación en tanto ha logrado cumplir en general con todos los indicadores que miden los resultados claves de cada uno de los proyectos implementadores en dos universos claramente diferenciados; el primero referido a la red de organizaciones de sociedad civil para la estrategia de prevención combinada enfocada a poblaciones clave (Red PrevenSida) y el segundo referido a las universidades como instituciones formadoras de profesionales de la salud en diferentes departamentos. En este sentido se exponen a manera de inventario los logros alcanzados durante el periodo evaluado para cada uno de los universos:

4.1 Desempeño del componente de capacitación en la red PrevenSida

La red PrevenSida tiene como objetivo "incrementar los comportamientos saludables con el fin de reducir la transmisión del VIH / SIDA", entre los grupos de alto riesgo y la población en general¹⁶. Para cumplir esto, el programa tiene la intención de lograr cuatro resultados:

4.1.1 Mejorando el acceso a servicios preventivos de calidad.

En los tres indicadores normados para este resultado, la red PrevenSida registra un adecuado nivel de cumplimiento e incluso de sobrecumplimientos; muestra un 94% de cumplimiento global promedio, en términos de las personas de PC que han recibido consejería y prueba de VIH; registra un 300% de cumplimiento en el número de personas con VIH. (Ver anexo I tabla 13)

Excepto el caso de la consejería y prueba voluntaria cuya meta deriva de la cantidad de insumos disponibles, debe destacarse que la distribución poblacional y territorial de estas pruebas y de las metas en atención preventiva y de atención a PVIH, han mejorado su fundamentación en los últimos años, en la medida en que PrevenSida y las organizaciones cuentan con estimaciones poblacionales de PC por municipio y con el mapeo de sitios de concentración en cada localidad, que permiten mayor precisión y objetividad de las metas. Esta condición es aún más clara en los dos últimos años con las directrices de CONSIDA en el sentido de establecer coberturas diferenciadas territorialmente entre los programas con diferente fuente de financiamiento.

La mayor precisión y mejor interpretación de los indicadores también se hace evidente cuando se revisan los montos cuantitativos en los últimos años, en lo que destaca el de cobertura de PC con un paquete mínimo de acciones como producto del efecto combinado de dos decisiones estratégicas:

- Establecimiento de criterio de conteo de atención a PC, como la persona que ha recibido al menos cuatro actividades, que implica tres actividades diferentes al contacto inicial.

Reducir la atención hacia "otras poblaciones vulnerables" que constituían la mayor parte del cumplimiento de las metas en los años anteriores .

Debe destacarse como información adicional, que el estudio de cobertura realizado en 2013 como parte de la evaluación de desempeño del programa, registró que la Red PrevenSida ha brindado servicios de prevención combinada al 45% del universo estimado de PC a nivel nacional y que esa cobertura es

compartida con otros prestadores de servicio en el 30% de esa población, mientras atiende al restante 15% de manera exclusiva.

De las 28 organizaciones subvencionadas en 2014, el 75% (21) lograron cumplir con más del 75% los estándares de calidad en la prestación de servicios preventivos de VIH que incluye acciones de comunicación para cambios de comportamiento, asesoramiento y pruebas, provisión de preservativos y otros servicios de prevención.

4.1.2 Fortalecida la capacidad institucional de la menos 50 ONG en la respuesta nacional ante el VIH y Sida a través del desarrollo de capacidades y trabajo en red. (De estas, 20 mejorando sus estándares globales).

A partir de la revisión de los informes anuales y visto el periodo de los cinco años como un todo, es claro que reflejan un excelente grado de cumplimiento de las metas quinquenales; frente a la meta de 28 laboratorios con capacidad de realizar la prueba VIH , al final del quinto año se contaba con 29 (104%). (Ver anexo I tabla I6)

Se diseñaron en el programa de capacitación pre-servicio dos componentes, el primero orientado a la temática gerencial y de administración financiera y contabilidad que fue facilitado por el CIES y el segundo hacia los temas de la prevención combinada que fue ofertado por CEPRESI y en el que tuvo especial aporte la experiencia acumulada por el Proyecto Regional PSI/PASMO con población HSH. El propio proyecto PrevenSida diseña metodologías de asistencia técnica y procesos de mejoramiento continuo de la calidad que complementan o refuerzan los aprendizajes de los programas de capacitación.

Conforme a los reportes anuales, 200 trabajadores comunitarios completaron el programa de capacitación pre-servicio (CIES/CEPRESI) que era la meta establecida (100%), sin embargo debe resaltarse que las cifras de personas reportadas en pre-servicio por PrevenSida fueron corregidas por la Auditoría realizada en julio de 2014 (Audit of USAID/Nicaragua's HIV/AIDS Prevention Program -Report No. I-524-14-011-P- for Acting Regional Inspector General/San Salvador, David Clark)¹⁷ que corroboró una capacitación aún más amplia en los dos programas implementados en Pre-servicio que llegan a 393 trabajadores de las organizaciones que fueron capacitados/as de 400 que fue en realidad la meta (189/200 en gerencial de CIES y 204/200 en Preventivo de CEPRESI); la propia auditoría detecta las razones del error en los reportes y establece recomendaciones para superar las deficiencias de registro.

En correspondencia con los reportes anuales de capacitación en servicio y asumiendo el indicador de trabajadores participando en cada evento que cumpla las tres condiciones (objetivos y metodología definidas, asistencia controlada y evaluación final), se han capacitado en servicio 3.629 trabajadores/as de las organizaciones de la red PrevenSida que representa un sobre cumplimiento del 184% frente a la meta que para los cinco años es de 1.970. Sin embargo habría que destacar que según la base de datos de capacitaciones que hace parte del Registro Único de la cual se han excluido a los que se han registrado en la capacitación pre-servicio (CIES/CEPRESI), se han registrado 2.995 trabajadores/as que han participado en los cinco años en eventos de capacitación en-servicio, de los cuales 2.392 provinieron de las organizaciones subvencionadas en cada año; con lo cual si bien se mantiene el sobrecumplimiento de

la meta (152% con el total de capacitados/as y 121% si se toman los/as de organizaciones subvencionadas).

Una nueva estrategia a destacar en la capacitación en servicio del último año (FY15) es el inicio de la capacitación de facilitadores/as en las mismas organizaciones de la red para cada una de las grandes áreas temáticas definidas como son: gerencia, administración, defensa de derechos humanos, monitoreo y evaluación y de prevención, que tienen como propósito desarrollar dinámicas de identificación de problemas y limitaciones a partir de la sistematización de procedimientos para evaluar el desempeño y emprender procesos de mejora continua de la calidad. Sin duda alguna, esta nueva estrategia brinda bases más consistentes para la sostenibilidad y genera en tanto se sustituye progresivamente el incentivo de la supervisión exógena y genera una “masa crítica” de agentes de cambio en el fortalecimiento de la propia organización de naturaleza endógena que podría incluso, trascender la red de PrevenSida para eventualmente beneficiar a otras ONGs.

En el proceso de capacitación a las ONG, USAID|PrevenSida logró integrar de manera estratégica a sus socios; PASCA, PASMO, DELIVER y HCI/ASSIST, cada uno de ellos, ha aportado significativamente al proceso de fortalecimiento de las competencias de las ONG. En este sentido PASCA ha trabajado el tema de políticas sobre VIH, marco legal y derechos humanos, PASMO ha entrenado a las ONG en el manejo de metodologías para el cambio de comportamiento, ASSIST ha trabajado el tema de estigma y discriminación, DELIVER ha creado competencias en logística y uso racional de insumos médicos. Esta práctica ha sido exitosa, en tanto las ONG han sido capacitadas de forma integral en diferentes áreas de un mismo donante¹⁸.

Con la revisión pormenorizada de las organizaciones que han sido atendidas por PrevenSida en su componente de capacitación (talleres y asistencia técnica) a partir del registro, se contabilizan 54 organizaciones atendidas en los cinco años, lo cual representa un 106% de cumplimiento con respecto a la meta de 50 que se habían planteado. De las 54 organizaciones, cinco han tenido la asistencia técnica por los cinco años; seis por cuatro años, cinco por tres años, diecisiete por dos años y veintiuno por un año. De las 54 organizaciones, 32 han sido subvencionadas por uno o más años.

La meta anual de número de ONG fortalecidas con asistencia técnica focalizada a mejorar su desempeño global y en los tres aspectos monitoreados (Gerencia, administración y finanzas y servicios preventivos) que en los últimos tres años fue de 20 se cumplió casi todos los años, y llegó al 100% en el conjunto de los cinco años dada la confluencia de fondos adicionales del programa de derechos humanos de USAID (DDHH/USAID) y el Key Population Challenge Fund (KPCF)¹⁹ que permitieron ampliar en FY14 tanto en cobertura territorial como fortalecer la capacitación y las acciones de derechos humanos y EyD.

A partir de FY13, DELIVER inició su incorporación a los procesos de asistencia técnica y capacitación de las organizaciones de la red PrevenSida, realizando un diagnóstico inicial de la situación referida tanto a las capacidades de gestión de insumos para VIH (inventario, estimación de necesidades, compra) como de las capacidades locativas para almacenamiento de HCI, a partir del cual se establecieron prioridades de asistencia y se programaron visitas, así como su participación en los talleres de capacitación. En los tres años subsiguientes DELIVER ha asegurado la cobertura casi total de las organizaciones, reportando

un mejoramiento significativo tanto en la gestión de los insumos (condones, reactivos para prueba, etc) como en las condiciones de su almacenamiento²⁰.

Durante FY15 la asistencia técnica a tres organizaciones de la rED PrevenSida ha estado a cargo de ASSIST, estas son: Grupos de Autoayuda de Occidente de personas viviendo con VIH/Sida (GAO), Asociación por los Derechos Humanos de la Diversidad Sexual Nicaragüense (ADESENI) y la Organización de TRANS Femeninas (ODETRANS), para que desarrollen su programa de gestión de la calidad, para ello se realizó una línea de base sobre las actividades de calidad para posteriormente iniciar capacitación en conceptos básicos de calidad, mecanismos de aseguramiento y mejoramiento de la calidad. Como resultado las organizaciones han conformado Equipos de Mejora de la Calidad (EMC) cuyos miembros tienen la responsabilidad de participar de forma efectiva en la construcción del programa de gestión de la calidad y de vigilar el cumplimiento de las actividades de calidad planificadas. Los EMC han definido el concepto de calidad que regirá en sus organizaciones, los estándares e indicadores que utilizarán para medir y mejorar la calidad de los servicios que brindan.

4.1.3 Reducido el estigma y discriminación hacia población de alto riesgo y con VIH.

Es meritorio destacar que quince de veinte organizaciones han formulado, implementado y evaluado planes anuales para la reducción del estigma y la discriminación (75%) a nivel local y con compromisos interinstitucionales, asimismo se logró formular un plan contra el estigma con actores sociales e instituciones en el ámbito nacional.

La asistencia técnica para la formulación de políticas sobre VIH es un marco de referencia para llevar a cabo acciones de prevención y atención en las poblaciones claves está basado en enfoque de género y derechos humanos que aporta a la reducción del estigma y discriminación. En total, 48 de 50 ONG (96%) recibieron asistencia técnica para el desarrollo de políticas para VIH.

4.1.4 Mejorada la participación de ONG en la respuesta nacional ante el VIH y Sida.

Para alcanzar este logro PrevenSida ha desarrollado el proceso de fortalecimiento de las capacidades institucionales de las ONG, lo que ha permitido mejorar la planificación, la capacidad de gestión, el monitoreo y evaluación, la cobertura y el registro de las poblaciones claves, han logrado empoderarse sobre la estrategia de prevención combinada en VIH, han integrado como eje transversal en su accionar institucional el enfoque de género, de derechos humanos y han logrado realizar abogacía para la defensa de los derechos humanos de las poblaciones claves y de las PVIH, esto ha contribuido a que las organizaciones tengan mayor reconocimiento de su rol de complementariedad en la respuesta al VIH en el nivel municipal, departamental y nacional y han mejorado su participación en los espacios de interlocución como CONISIDA. Se registra 20 ONG que trabajan en las CONISIDAS a nivel municipal las que han sido reconocidas por su destacado trabajo con poblaciones claves generando evidencias mediante los reportes de su trabajo en la prestación de servicios preventivos. Estas organizaciones han participado en la revisión de planes y propuestas a nivel de CONISIDA, en la reforma a la Ley 238 actualmente Ley 820, han sido parte del equipo de revisión de PEN 2011-2015. Participaron en la evaluación del financiamiento del proyecto de VIH de FM y en la Resolución Ministerial 249 - 2009

actualmente Resolución Ministerial 671-2014. Asimismo cuentan con herramientas para realizar el trabajo en red llevar a cabo acciones de abogacía en derechos humanos de manera más estratégica.

4.2 Desempeño del componente de capacitación en las universidades

La transferencia de capacidades a las universidades se identifica como la continuidad del proceso que inicialmente se dio con el MINSA durante el periodo 2000-2013 capitalizado por el proyecto HCI²¹, para fortalecer las competencias del personal de salud del primer y segundo nivel de atención en los componentes de salud materna-infantil, planificación familiar y VIH sida. En el componente de VIH sida la asistencia técnica estuvo dirigida a la descentralización de las capacidades de realización de la Prueba y a organizar los servicios de salud para la atención integral a las PVIH, que se evidenció en la ampliación de la red de laboratorios en hospitales departamentales con oferta de la terapia antiretroviral basados en las normas y protocolos nacionales e internacionales. Con la asistencia de HCI se contribuyó a la descentralización de la TARV en 32 unidades de salud y en la oferta y realización de la prueba rápida en los 17 SILAIS del país. Un total de 4,568 participantes en los diferentes procesos de capacitación.

Concluido el proceso se considera pertinente brindar asistencia técnica a instituciones formadoras de recursos humanos en salud que aportaran de manera estratégica a mejorar la calidad de los servicios de salud.

El proceso de transferencia de capacidades en las universidades retomó las buenas prácticas y lecciones aprendidas de la asistencia técnica con personal de salud en servicios. De las buenas prácticas con el MINSA se destaca la elaboración del paquete pedagógico y el paquete gerencial, herramientas metodológicas que tienen como objetivo fortalecer las competencias del personal, fortalecer la institucionalidad y aportar a la sostenibilidad de los procesos. El paquete gerencial aporta al mejoramiento continuo de la calidad que influya en la toma de decisiones estratégicas.

La identificación de brechas en el personal del MINSA sobre el abordaje integral a PVIH, la finalización del proyecto HCI y la implementación de la estrategia del modelo de prevención combinada se convirtieron en oportunidades para la transferencia de normas de atención y protocolos en la planificación familiar, salud materna y VIH a las universidades, que se proyecta como el componente que más aporta a la sostenibilidad por la inclusión de manera transversal del VIH en las mallas curriculares de las carreras de Medicina, Enfermería y Farmacia que luego aporten al fortalecimiento de los sistemas de salud.

Este proceso se ha desarrollado con nueve universidades: POLISAL, UNAN-León, BICU, URACCAN, UPOLI, UCAN, UNICIT, UNAN- Managua y FAREM Matagalpa. La primera etapa de asistencia técnica en las universidades implicó revisar las metodologías de enseñanza de los contenidos (principalmente planificación familiar, materno infantil, TAR/VIH, gestión de insumos) en las mallas curriculares de los programas de formación de las carreras de Medicina y Enfermería, lo que implicó la capacitación de docentes (trabajadores de salud capacitados en servicio) y las clases a estudiantes (nuevos trabajadores en formación pre-servicio) por parte de HCI y DELIVER hasta FY13. A partir de FY13, adquiere predominancia el propósito de fortalecer las capacidades del personal docente en los nuevos protocolos

de atención del VIH, de reducción del estigma y la discriminación, la violencia basada en género y la gestión del conocimiento en VIH, asimismo se incorporaron los ciclos de mejora rápida para fortalecer la calidad del proceso de enseñanza.

Con relación al desempeño (ver anexo I tablas 16, 17) , luego de un inicio de bajo cumplimiento tanto para HCI en pre-servicio (FY12-69%) como para DELIVER en-servicio (FY11-54%), los últimos años han sido de sobrecumplimiento de las metas planteadas, de esta forma en las metas quinquenales de pre-servicio se cumplen adecuadamente (HCI/101%, ASSIST/103% y DELIVER/106%) mientras en la capacitación de docentes las metas quinquenales tienen más alto cumplimiento (HCI/175%, ASSIST/162%, DELIVER/89%).

La capacitación al personal docente para el manejo adecuado del paquete pedagógico y de estudiantes en los temas seleccionados vinculados a la prevención de VIH, aportaron a los indicadores PEPFAR de pre servicio y en servicio, que fueron claramente definidos hasta 2014 en el que se precisa alimentar el indicador de pre servicio solamente con el número de estudiantes que una vez que se hayan graduado según registros oficiales de la Universidad.

Entre los principales aportes en el proceso de transferencia técnica a universidades del proyecto DELIVER se destacan:

- La creación de la asignatura de Farmacia de comunidad y la elaboración del texto guía en la Facultad de Ciencias Químicas de la UNAN- León. Se habilitó un aula virtual y se elaboró un manual de "Metodología de Investigación en salud aplicada a la elaboración de trabajos monográficos".
- En la Facultad de Medicina de esta universidad, se incorporaron cuatro temas del paquete pedagógico (sistema logístico, estimación de necesidades, sistema de información para la gestión logística y uso racional de insumos médicos en el III, IV, V y VI año) en los módulos de Administración y Gerencia en Salud y Atención Primaria en Salud²².
- En la carrera de enfermería se integraron seis temas en el paquete pedagógico para incluirlos en los programas de los componentes curriculares de la carrera, estos corresponden a: sistema logístico, selección de medicamentos, estimación de necesidades de medicamentos, almacenamiento de insumos médicos, sistema de información para la gestión logística (SIGLIM) y uso racional de los insumos médicos.
- En la Facultad de Farmacia de la UNAN- Managua se implementó la maleta pedagógica en Farmacia comunitaria y Farmacia de hospitales, entregando quince maletas pedagógicas para docentes y cuarenta documentos para los estudiantes. Asimismo se brindó apoyo para el fortalecimiento del aula tecnológica.
- En BICU fueron entregados cuatro paquetes pedagógicos para docentes y estudiantes. Asimismo se entregaron treinta documentos para el desarrollo de los temas de logística y uso racional en estudiantes de medicina²³.

- En Farmacia de la *UCÁN León*, posterior a la revisión de contenidos se entregaron 12 paquetes pedagógicos para docentes de las sedes regionales y locales.
- En *UNICIT*, se brindó asistencia técnica para la elaboración del programa de la asignatura Administración Farmacéutica y de Laboratorio con un texto guía (MP)²⁴. (Ver anexo I tabla 18)

Para la carrera de Farmacia, en la mayoría de las escuelas formadoras, estos dos años han sido un periodo de diseño y ajustes de la maleta pedagógica a su pensum académico como una herramienta útil de aprendizaje y actualización en lo que respecta a la terapia antirretroviral, una temática nueva que no había sido integrada anteriormente en la carrera.

Por otra parte ASSIST, ha logrado desarrollar procesos de mejoramiento continuo de la calidad de enseñanza con el propósito de ajustar las mallas curriculares de las asignaturas. El proceso de transferencia a las universidades contempló tres líneas de acción: transferencia del paquete pedagógico, selección de contenidos para ser integrados en la malla curricular, en los planes o programas de estudio, syllabus, según la currícula educativa de cada universidad y carrera e implementación de la metodología de mejoramiento continuo de la calidad y gestión del conocimiento.

El mejoramiento continuo de la calidad ha sido impulsado mediante las visitas a las universidades y la implementación de ciclos de mejora rápida en el proceso de enseñanza aprendizaje. En este proceso se han desarrollado capacidades en los docentes para la enseñanza de los protocolos de atención del VIH, la reducción del estigma y discriminación, el enfoque de género, trata de personas y la gestión del conocimiento.

La participación de ASSIST ha sido de particular relevancia en el desarrollo de capacidades para el diseño e implementación de un programa de gestión de la calidad en tres organizaciones que trabajan con poblaciones clave y comunidad LGBTI²⁵.

En las universidades, el programa de VIH, además de la transferencia de conocimientos y habilidades, también contribuyó con el mejoramiento de la infraestructura de aulas universitarias, habilitación de espacios virtuales, dotación de equipos y mobiliarios que permitieron mayor fortalecimiento de las capacidades de formación.

En 2015, las actividades han sido enfocadas a fortalecer la calidad y la sistematización de experiencias para la efectiva transferencia de contenidos técnicos y metodológicos. Para docentes y estudiantes los mayores logros se centran en la actualización de conocimientos sobre VIH desde una perspectiva holística, basada en el enfoque de derechos humanos, de género e intercultural, que ha permitido desmontar el enfoque biomédico como único en el abordaje del VIH y formar recursos con capacidades habilidades y actitudes adecuadas para enfrentar los desafíos que la respuesta a la epidemia demanda.

4.3 Factores que inciden en el desempeño de la capacitación (Q2-Q3)

Las evidencias recogidas indican que todas las metas incluidas en la medición de desempeño de la capacitación, han sido ampliamente cumplidas tanto en el ámbito de la Red PrevenSida como en el ámbito de las universidades. Esta condición se vincula con la probabilidad de conseguir los resultados

esperados en cada uno de los ámbitos en que el programa ha delimitado su propuesta de cambio y contribución al fortalecimiento de la respuesta nacional ante el VIH a la vez que traduce la confluencia de diversos factores que han condicionado el nivel de logros alcanzado ya sea porque lo han facilitado o por que han restringido sus posibilidades.

4.3.1 Resultados y procesos de la capacitación en la red de PrevenSida.

Como se ha constatado, el alto nivel de desempeño que el cumplimiento de las metas pone de manifiesto, evidencia también el dinamismo del componente de capacitación que ha constituido uno de los ejes del mantenimiento de un proceso continuo de mejoramiento y ajuste a fin de conseguir el fortalecimiento de las organizaciones componentes vistas individualmente y como red que se articula frente a objetivos y desafíos comunes. En este proceso de fortalecimiento diversos factores confluyen incidiendo positiva o negativamente las condiciones en que se implementa el componente de capacitación y modificando sus efectos en el desarrollo de las capacidades gerenciales, administrativa y técnicas vinculadas al modelo de Prevención combinada; entre éstos factores destacamos:

Evaluación del cumplimiento de estándares.

Dados los antecedentes de las instituciones socias del programa alrededor de los enfoques y metodologías de la gestión de calidad, desde el diseño inicial del Proyecto PrevenSida se contó con una definición de estándares en tres áreas como son la gerencia, la administración financiera y los servicios preventivos cuya metodología de medición y uso de la información producida recogía la experiencia previa de URC en el trabajo con los servicios públicos, estableciendo la evidencia de brechas de incumplimiento como la fundamentación para orientar las prioridades de la capacitación y para motivar procesos continuos de mejoramiento (MCC).

El logro de las metas destaca a su vez el sistema de medición periódica del cumplimiento de estándares que constituye, una de las fortalezas más característica de la dirección del proyecto en tanto centra nuestra atención, en uno de los factores que más han favorecido el desempeño; ya que con su implementación inicial se estableció una línea de base en septiembre de 2010 que identificó las brechas existentes en las capacidades de las organizaciones con respecto a los estándares necesarios para el desarrollo del modelo de prevención combinada orientada a poblaciones clave.

A partir de entonces, la medición periódica ha proporcionado información acerca de las condiciones de ingreso y del proceso de cambio situacional en términos de brechas para validar la capacitación y ajustarla a las situaciones cambiantes en el desarrollo de las organizaciones en particular y a la red como un todo. De esta manera, según el nivel de desempeño se ha planificado la capacitación y el tipo de asistencia técnica que dar a cada organización.

Es bastante clara la utilidad de la metodología de medición de estándares, que evidencia el cambio en las 28 organización que PrevenSida ha subvencionado en los cinco años, comparando sus condiciones de ingreso con sus condiciones en la última medición realizada (septiembre de 2014).

La naturaleza de las organizaciones de la red.

A partir del establecimiento del “Marco de cooperación para Centroamérica” que da inicio a la implementación del “Programa de Emergencia del Presidente de USA para el control del VIH-PEPFAR”, el Programa bilateral de VIH de USAID-Nicaragua asume los principios y estrategias orientadas a fortalecer las capacidades nacionales para dar respuesta a una epidemia que se define como “concentrada” en PC y que cuentan con amplias y poderosas barreras de accesibilidad a los servicios preventivos. Este enfoque requirió de un diseño del proyecto, basado en estudios y experiencias previas que evidenciaban la condición de exclusión por estigma y discriminación que generaron desconfianza y rechazo de las PC a los servicios públicos, de manera que se fundamentó la decisión de basar la estrategia de accesibilidad en la construcción de una red de ONG sin experiencia previa en las metodologías y propuestas de la prevención combinada.

Se incluyeron dos tipos de organizaciones según su naturaleza y características principales, en primer término se incorporaron Organizaciones privadas sin ánimo de lucro que genéricamente son denominadas como ONG que fueron constituidas para el trabajo de una diversidad temática en beneficio de adolescentes, mujeres, jóvenes y diversidad sexual y en segundo término se incorporaron las Organizaciones de base comunitaria formadas por las propias PC (OPC) y que por tanto tienen sentido de identidad y pertenencia e incluso algunas de representatividad; en los dos casos aunque con diferencias relevantes poder perfilarlas para el proceso de cambio propuesto constituyó un gran desafío dados sus antecedentes.

- La mayor parte de las ONG’s acumulaban años de experiencia en desarrollo de enfoques de comunicación masiva en campañas educativas y eventos de capacitación principalmente alrededor de la promoción masiva del uso del condón y de la prueba VIH en población general, dado el perfil vinculado a centros alternativos de mujeres y al financiamiento del fondo mundial.
- Por su parte, las OPC, en su gran mayoría registraban muy reciente creación y por tanto con escasa experiencia organizativa frente a una limitada cohesión interna y con sus bases, mientras registraban casi nula experiencia en prestación de servicios; de esta condición se exceptúan las asociaciones de PVIH que se habían desarrollado en la lucha por sus derechos y por el acceso al tratamiento.

Estas condiciones diferenciadas se reflejan en el cumplimiento de estándares tanto al momento de su incorporación a la red PrevenSida (principalmente en las áreas de gerencia y administración) como en los ritmos de mejora de dicho cumplimiento en el tiempo.

Algunas condiciones diferenciadas se asocian a la escolaridad y edad del personal; mientras el 56% del personal de las ONG’s son profesionales, solo una tercera parte (33%) del de las Asociaciones tienen esa escolaridad. Solo el 12% del personal de las ONG’s tiene secundaria o menos, en contraste el 33% del personal de las asociaciones tiene esa escolaridad. El 56% del personal de las ONG’s tienen menos de 30 años, este grupo de edad es el 37% en las OPC; mientras que las personas mayores de 40 años son solo el 12% en las ONG’s son el 25% en las asociaciones. Las OPC además presentan altos niveles de conflictividad y dificultades de gobernanza interna y externa. Las pocas organizaciones que logran ser calificadas en la línea de base como “graduadas” en las tres áreas en que se evalúa el cumplimiento de estándares son del tipo ONG.

De esta forma, el viraje inicial representó un gran desafío ya que no solo se trataba de un cambio estructural en términos de enfoque, metodología y población, si no que debía hacerse en un escenario de organizaciones dispersas, con disimiles tipos y grados de desarrollo y capacidad gerencial y de prestación de servicios y con niveles significativos de conflictividad dados los antecedentes de contradicción entre las instituciones públicas y las ONG´s. (Ver anexo 2 gráfico 3)

De esta forma, el viraje inicial representó un gran desafío ya que no solo se trataba de un cambio estructural en términos de enfoque, metodología y población, si no que debía hacerse en un escenario de organizaciones dispersas, con disimiles tipos y grados de desarrollo y capacidad gerencial y de prestación de servicios y con niveles significativos de conflictividad dados los antecedentes de contradicción entre las instituciones públicas y las ONG´s.

Esta situación permite poner en evidencia la alta complejidad del proceso de cambio emprendido, no solo por la sustitución de paradigmas y estrategias de abordaje y comunicación sino principalmente por la debilidad en las capacidades de las propias organizaciones, que en algunos casos ameritó que la asistencia técnica haya debido incluir el acompañamiento para su organización básica y para lograr la personería jurídica de algunas organizaciones nacientes.

Iniciada la implementación (medición de línea de base en 2010) solo tres de las diez organizaciones cumplen con más del 75% los estándares, las tres son ONG´s, en todos los cinco años ninguna OPC ingresó a la red con niveles mayores de 75% de cumplimiento de estándares, ya sea en lo global o en las áreas específicas de medición (gerencial, administrativo, servicios preventivos). La progresividad del desarrollo de capacidades fue mucho más rápida en los ONG´s que en su segundo año ya alcanzaban buen desempeño y desde FY13 todos se encontraban con todas las áreas con índices superiores al 75% e incluso, la mayoría de ellas con niveles mayores del 95% en FY14. El caso de las OPC ha sido bastante diferente ya que si bien en la mayoría de las organizaciones se registra mejoras significativas en el cumplimiento de los estándares cada año que participan en la Red, pocas logran superar el umbral del 75% de estándares cumplidos, de forma que su progresividad ha sido más lenta; cada año solo se agregan algunas OPC a las “graduadas”. De 19 OPC que ha subvencionado PrevenSida, 18 ingresaron con bajísimos desempeños, para 2014 el 42% (8) ya habían alcanzado niveles altos, 21% (4) habían avanzado al nivel intermedio y 37% (7) se mantenían con niveles bajos de desempeño. Debe señalarse que de estas últimas siete OPC, cinco de ellas habían ingresado en FY14 como parte de la expansión que permitieron los fondos de derechos humanos-LGBTI y KPCF de modo que la medición compara avances de solo un año.

Combinación del monitoreo y las modalidades de la capacitación

Una de las características del proyecto PrevenSida es articular de manera permanente las diversas formas de capacitación (talleres, asistencia técnica) con los sistemas de monitoreo y evaluación y las estrategias de mejora continua de la calidad, que de hecho establecen un proceso cuasi permanente de medición-acción en donde los ciclos de mejora se constituyeron en un evento más del componente de capacitación.

Aun cuando debe destacarse que no encontramos evidencias declaradas ni documentadas que permitieran constatar la existencia de alguna estrategia de capacitación diferenciada entre ONG's y las OPC, si pudimos comprobar que a nivel de las visitas de asistencia y actividades de "Coaching" compensaron la homogenización de contenidos y metodologías en los talleres o eventos de capacitación.

La etapa de inicio del proyecto (2011-2012) marcó un particular periodo de aprendizaje²⁶ en el que se aplicaron medidas de ajuste para las convocatorias, asuntos logísticos, metodologías implementadas, selección de ONG participantes y nuevos contenidos del programa orientados a la mejora continua de los procesos formativos y de las competencias. En el segundo año, la inclusión de nuevos indicadores de PEPFAR (Pre servicio y en servicio) implicó debido a su complejidad integrar al equipo una especialista en pedagogía a fin apoyar la construcción de los diseños metodológicos. En el tercer año se asumen los procesos de capacitación por el equipo de trabajo de USAID tomando en cuenta que existía experiencia acumulada, la contribución de programas regionales como PASMO y PASCA y la estructuración del modelo de prevención combinada.

Incluso debe destacarse que procesos generalmente reconocidos como de gerencia también se han constituido en eventos de capacitación bajo la modalidad de "aprender haciendo", tal es el caso del proceso de aplicación y negociación de las subvenciones anuales. A partir de la primera subvención que dio lugar a complementar el diagnóstico inicial de capacidades de las ONGs que participaron en la licitación, se hizo evidente que la negociación misma debía adquirir características de asistencia técnica en tanto que las propuestas presentadas contaban con muy limitada fundamentación de manera que requirieron de procesos iterativos de ajuste para incorporar el nuevo enfoque, las estrategias de atención preventiva, los parámetros gerenciales y administrativos, el monitoreo y evaluación, etc. De hecho, establecer como base de la subvención la atención a un universo delimitado territorial y poblacionalmente y con metas verificables, así como con estándares a cumplir, constituye siempre para las organizaciones que se incorporan a la red, un primer aprendizaje en el viraje hacia la gerencia por resultados en un escenario donde predomina la gerencia de los productos o actividades.

El logro del buen nivel de desempeño ha estado vinculado entonces a una dinámica en la que todo encuentro, todo monitoreo o reporte es una oportunidad para identificar brechas en las capacidades individuales o de las organizaciones, que a su vez derivan en la identificación de acciones de mejora ya sea en los eventos de capacitación, las visitas de acompañamiento, los colaborativos.

Particular atención merecen tres tendencias de cambio en los eventos de capacitación verificables con el procesamiento del registro, en primera instancia el abandono de modalidades de grandes grupos (mayores de treinta o cuarenta participantes) que predominaron en los primeros años hacia los grupos pequeños (menores de diez participantes); en segunda instancia, se destaca que la predominancia de personas "nuevas" (sin capacitaciones en años previos) de los primeros años se ha pasado en los últimos años a una proporción casi de mitad/mitad en las personas que ya han tenido capacitaciones en años previos y las de "nuevo ingreso" que permite consolidar y actualizar contenidos. La tercera tendencia destaca aún más ya que se trata de la inclusión en el último año de la formación de facilitadores de las propias organizaciones en las áreas temáticas prioritarias (prevención, DDHH, EyD, gerencia, MyE) que sin duda acerca la estrategia de capacitación a las realidades y demandas particulares de las organizaciones.

La asistencia técnica de PrevenSida para la gestión de las subvenciones incluyó en esta etapa (etapa de inicio) cambios significativos que han permitido a las organizaciones alcanzar mayores grados de cumplimiento de los estándares de calidad para cumplir con sus metas del proyecto, no solo en términos cuantitativos diferentes a las metas, sino frente a las necesidades de calidad que los proceso de cambio de comportamiento en PC y el fortalecimiento institucional que las organizaciones requieren.

Destaca el hecho de que la mayor proporción de los eventos de capacitación de los dos últimos años (FY14 y FY15) se realice en grupos pequeños permite un mayor vínculo entre eventos de capacitación y las visitas (“Coaching”) junto con las experiencias de ciclos y colaborativos de mejora. Se evidencia una transición que apunta hacia la conciliación entre el “debe ser” de un estándar de desempeño y el “puede ser” de las personas e instituciones con capacidades diversas y en sus condiciones concretas; de forma que se trascienda de las orientaciones homogéneas hacia la asimilación de la diversidad en las situaciones o en los ritmos de desarrollo de las capacidades.

En este contexto se destaca el mejoramiento de la planificación y la ampliación del volumen de visitas a las organizaciones, orientándolas a donde se encuentran las mayores debilidades, en este acápite merece destacarse:

- El área de desarrollo organizacional de PrevenSida completó 88 visitas de campo en FY14 a las ONG del Pacífico y del Caribe de Nicaragua²⁷ y 106 visitas de campo a ONG subvencionadas en FY15 para brindar apoyo en las actividades que se vinculan a los procesos gerenciales de estas organizaciones como: la formulación de planes operativos y estratégicos, planes para el desarrollo del talento humano, gestión financiera y técnica de las subvenciones, la elaboración y seguimiento de los ciclos rápidos de mejora y la elaboración de informes técnicos entre otros²⁸.
- Destacan 41 visitas del equipo gerencial de PrevenSida con el propósito de consolidar la cultura de calidad a partir de la formulación del plan de gestión de la calidad con base a una guía particularizada por consenso por parte cada organización, asegurando la definición e interpretación de los indicadores e instrumentos para abordar el diagnóstico de gestión de calidad. El proceso ha establecido el desarrollo de los roles y funciones de los equipos de mejora de la calidad de las organizaciones, la aplicación de la encuesta de clima organizacional y de satisfacción de usuarios/as, así como la aplicación de guías de evaluación del cumplimiento de estándares.

Este proceso se está llevando a cabo con nueve organizaciones para la formulación de los “Programas de gestión de la calidad” y que después de un acompañamiento intensivo del equipo de PrevenSida ya son cinco las organizaciones que cuentan con su programa concertado. La configuración de estos programas en cada organización ha constituido un vigoroso proceso de acompañamiento y asistencia técnica con los equipos de garantía de la calidad a fin de asegurar la plena comprensión, valoración y manejo de las metodologías incluidas tales como: medición de satisfacción de usuarios, diseño de estrategias de servicio y de gestión de quejas, reclamos y sugerencias, análisis del clima organizacional, evaluación del desempeño e implementación de ciclos de mejora. Sin duda alguna, el proceso representa grandes desafíos en tanto se trata de colocar en un solo instrumento, diversas metodologías cuya implementación representa adelantar procesos

complejos en una dinámica que finalmente fusione el sistema de MyE con el componente de capacitación en un solo proceso de gestión de la calidad como fundamento de la efectividad y la sostenibilidad del modelo de Prevención combinada.

- Por su parte el área financiera completó 85 visitas de campo en FY14 y 22 visitas de seguimiento en FY15 a las organizaciones a fin de brindar asesoramiento en costos compartidos, ajustes de manuales administrativos financieros y mejorar la gestión administrativa financiera.
- El componente de DDHH/EyD completó 39 actividades dando cobertura a diversas temáticas y actividades, entre ellas: Elaboración del programa de capacitación de derechos humanos para la población LGBTI, una agenda de conversaciones para llevar a cabo con instituciones como el Ministerio de Salud, Policía Nacional y el Ministerio de Educación, capacitación para redactar planes de incidencia en la promoción y defensa de los derechos humanos de la población LGBTI a niveles locales.
- Dos proyectos nacionales han complementado las visitas a las organizaciones. ASSIST ha asumido la promoción de la gestión de la calidad en tres organizaciones y DELIVER ha completado el ciclo de visitas para desarrollar la capacidad de las organizaciones para la gestión de insumos y el mejoramiento de las condiciones de almacenaje. Destaca el trabajo desarrollado por DELIVER que en un primer momento se orientó en la elaboración de un diagnóstico de condiciones de almacenamiento y control interno de insumos médicos de dieciséis ONG que atiende PC²⁹ y que posteriormente se enfocó en la medición de estándares para superar las brechas detectadas. DELIVER también apoyó la formación de 24 facilitadores en el tema de logística con doce ONG.
- Particular mención debe darse al caso del proyecto regional PASMO, ya que su incidencia en la capacitación de la red PrevenSida viene desde sus aportes a los contenidos y metodologías de comunicación interpersonal hasta la realización de visitas de asesoría sobre prevención en los dos últimos años. Sin embargo de las 24 ONG que fueron capacitadas por PASMO, sólo el 10% recibieron *coaching* para la implementación de metodologías de cambio de comportamiento.
- Por su parte, la dirección general del programa y el director de PrevenSida, han realizado en FY15 visitas a 17 organizaciones de la red a fin de aplicar los estándares incluidos en los instrumentos de evaluación SIMS/PEPFAR, que cuenta con una pormenorizada y amplia guía de aplicación para calificación de desempeños e identificación de brechas que deben ser superadas. Esta guía cuenta con estándares detallados para cada área de trabajo ya sea gerencial, administrativa o de servicios y cuenta con un sistema de digitación en línea que agrega y tabula resultados, emitiendo señales tipo semáforo para priorizar el área y temática que se identifica con mayores brechas detectadas y orientar su seguimiento selectivo.

Evidentemente la guía SIMS es bastante exhaustiva³⁰ y comprensiva de acerca de asegurar la medición del cumplimiento de estándares óptimos que evalúan la estructura y los procesos gerenciales y de servicios, así como la logística que los posibiliten; el ajuste a las particularidades de Nicaragua y a las singularidades que confluyen en la diversidad local será un proceso que merezca la mayor atención.

Una perspectiva desde los/as promotores/as capacitados/as.

En este contexto, en las entrevistas realizadas a promotores resaltan algunas apreciaciones que evidencian las virtudes del componente de capacitación para el desarrollo del programa y de la red, a la vez que destacan algunas limitaciones específicas que merecen ser atendidas:

- Los mayores aprendizajes se asocian mayoritariamente a un mejor desempeño en su trabajo (68% en ONG y 58% en asociaciones), sin embargo los restantes limitan su utilidad al tener más conocimientos.
- Los temas más motivantes varían según perfil, pero resalta en los promotores de ONG el que una tercera parte destaque la realización de la prueba, que podría asociarse a un mayor reconocimiento y competitividad en un complejo mercado de trabajo.
- El 43% señalaron satisfacción con todos los temas en que habían participado (28% en ONG y 58% en OPC), los más mencionados en los que no gustaron destacan DDHH/EyD (16%) y monitoreo y evaluación (12%). El 33% señalaron deficiente metodología del facilitador (falta de motivación, temas repetitivos, ética, participación, etc), el 10% señalaron que el tema era muy técnico y complicado y el 8% señalaron que el tema no se vinculaba con su trabajo.
- La mitad de los/as entrevistados/as señalan que han aplicado todo lo aprendido; en las razones de no aplicación destaca el que no hace parte de su trabajo (20% total, 28% en ONG y 12% en OPC), no han tenido oportunidad el 12% y el 6% no se siente bien capacitado.
- El 57% señala el sexo seguro (uso consistente del condón) como el principal mensaje preventivo (48% en ONG y 67% en OPC), el 24% señalan sobre las actitudes, el 18% señala información general sobre VIH (28% en ONG y 8% en asociaciones).
- 61% señalan la comunicación interpersonal como el medio más eficaz de transmitir el mensaje (48% en ONG y 75% en OPC) dentro de ellos el grupo de pares es privilegiado en las asociaciones (29% frente a solo 4% en ONG). Un 38% piensa que es mejor en talleres, campañas y medios de comunicación (52% en ONG y 25% en OPC).
- Un 20% declara que conoce algún análisis de la epidemia de VIH en su territorio, mientras un 18% señala conocer los casos positivos para el seguimiento. El 37% conoce los datos nacionales del MINSA y el 22% declara no conocer la situación de la epidemia. La utilidad más importante asignada a esa información es para el 29% de los/as promotores para hacer capacitaciones, para el 22% lo asocian a planificar las acciones, un 14% para el diálogo con PC, un 8% para el seguimiento de PVIH y un 8% para tener más conocimiento.
- El 86% hicieron sugerencias para mejorar la capacitación, entre ellas: 24% sugiere actualizar los temas, 16% mejorar las metodologías, 16% hacer más capacitaciones o más seguido, 12% sugiere capacitar o cambiar a los/as capacitadores/as, 12% mejorar la logística y 4% sugieren que las organizaciones asuman más responsabilidad (selección de quien envían, dar más seguimiento).

4.3.2 Resultados y procesos de la capacitación en las universidades.

Sin lugar a dudas el componente de inserción de los contenidos de la prevención combinada en el ámbito de las instituciones formadoras del personal de salud, tiene un alto valor estratégico que trasciende el buen desempeño que se ha registrado en el cumplimiento de las metas de la capacitación pre-servicio (estudiantes) y en-servicio (docentes), en la medida en que constituye una innovación estructural que se expresa en la asimilación del paquete pedagógico en la malla curricular de las carreras de medicina,

enfermería y farmacia, constituyéndose en intervención con sostenibilidad futura en el tiempo, de manera que el conjunto de nuevos profesionales graduados tendrá un efecto de cambio global en el sistema de salud.

Diversos factores han confluído para condicionar el cumplimiento de metas de desempeño o de los resultados como efectos de las metas cumplidas en el conjunto de las instituciones académicas, entre ellos ameritan destacarse:

La calidad de la oferta

Los paquetes y maletas pedagógicas/as son el resultado de una amplia experiencia de URC y DELIVER que en el escenario nicaragüense inicia con la experiencia adquirida en conjunto con la carrera de enfermería del POLISAL de la UNAN Managua, alrededor de los temas de atención materno-infantil, Planificación familiar y VIH (TAR, prueba) en el periodo 2008-2010, que logra sistematizar los desarrollos que en estos tres temas se venían teniendo a nivel de los hospitales públicos.

La oferta se logró concretar con base a un diseño metodológico fundamentado en cuatro pilares: conocimiento científico actualizado, las normas y protocolos del MINSA, el enfoque del mejoramiento continuo de la calidad que se conjugan en módulos estructurados en base a las metodologías avanzadas de la pedagogía y la didáctica (desarrollo de competencias) que logran unir teoría y práctica articulando aulas y unidades de servicio al servicio del aprendizaje.

Estos productos se ofertan a diversas universidades que rápidamente las adoptan por reconocimiento de la calidad de sus diseños y el reconocimiento del prestigio profesional de quienes realizan las capacitaciones de docentes; evidentemente el producto se valora no solamente por su aporte en los temas específicos, sino que también responde a la necesidad de contar con metodologías sostenibles para a formación continua, que se expresa en motivación para asumir una propuesta pedagógica muy bien estructurada y con apoyos didácticos de alta calidad. Cabe destacar que el cuerpo docente de algunas universidades extrajo de la experiencia de implementación importantes propuestas de ajuste y complementación que fueron incorporadas en los Paquetes que fueron así validados y enriquecidos.

En este sentido debe destacarse también la voluntad y flexibilidad mostrada por las autoridades universitarias para la adaptación de temas en las mallas curriculares de las carreras con base a su propia experiencia.

El paquete pedagógico de la prevención combinada del VIH se diseña de manera plena para FY13, incluye los contenidos de la prevención combinada y de la comunicación para el cambio de comportamiento, atención a las PVIH, el sistema de monitoreo y evaluación y el componente de gestión de insumos esenciales preparado por parte de DELIVER y se implementa en los últimos tres años. La asociación con carreras de farmacia logra generar más amplia motivación para diseñar una maleta pedagógica que trasciende el tema específico de VIH para proyectarse como asignatura de gestión de insumos esenciales.

Evaluación y mejoramiento continuo de la calidad.

Ya sea como tema específico dentro de una asignatura o como asignatura completa, la oferta pedagógica del Programa VIH/USAID va logrando la progresiva incorporación en los planes de estudio y currículo,

con elementos que incluso son producto del mejoramiento de los diseños iniciales, puesto que todas las clases y prácticas del paquete cuentan con instrumentos de evaluación (listas de chequeo, cumplimiento de estándares, etc) cuyos resultados han constituido el contenido de eventos interuniversitarios para realizar colaborativos de la calidad.

El enfoque de desarrollo de competencias constituyó una novedad para la mayor parte de docentes y directivas universitarias, más aún cuando llevaba consigo parámetros muy claros para la evaluación, que no solo trascendían la medición de la memorización de información, si no que permite incluso evaluar indirectamente el proceso docente al precisar áreas temáticas o competencias que se registran con debilidad en una proporción significativa de los/as estudiantes, que deriva en motivación docente para actualizar contenidos y mejorar metodologías.

Instrumentos pedagógicos.

Fue muy frecuente la referencia de docentes, directivos e incluso estudiantes, acerca de la gran utilidad de los instrumentos, equipos, material audio visual y material didáctico que se incluye en los paquetes y maletas pedagógicas; que además de motivar a la mayor participación en el proceso de aprendizaje permite la mayor claridad y fijación de conceptos así como una mayor aproximación a las condiciones de aplicación de conocimientos y técnicas aprendidas.

Socialización e intercambio

Contar con evidencias de cambios en motivación, participación, en cumplimiento de estándares y en las propias evaluaciones académicas, han facilitado la identificación de debilidades y de buenas prácticas que inducen de inmediato a la socialización al interior de las carreras y facultades, así como al intercambio entre varias universidades; particular importancia ha sido asignada a los colaborativos de mejoramiento de la calidad que se han promovido con la participación de universidades diferentes, estableciendo lazos de colaboración antes inexistentes.

Destaca también en este aspecto, la evaluación regional de proyectos que ha permitido el intercambio de experiencias entre diferentes países.

Transición en cambio de paradigmas

Tanto el enfoque de la prevención combinada como las evaluaciones del propio ámbito de la comunidad educativa (directivos, docentes, estudiantes) de las carreras, ha confrontado los enfoques médico-biologicistas y por tanto en la valoración de los abordajes preventivos-curativos. Particularmente la encuesta realizada en 2013 que puso en evidencia el alto nivel de estigma y discriminación en razón de la identidad sexual prevaleciente en estudiantes y docentes dio lugar a la incorporación de los módulos de género, derechos humanos y estigma y discriminación como parte del paquete pedagógico, lo que ha venido modificando esta situación, principalmente en el reconocimiento de la necesidad del cambio y en el nivel de compromiso que docentes y estudiantes observan en las directivas de carrera y facultad. Si bien se han logrado cambios significativos, aún persiste una amplia proporción de estudiantes y docentes que no identifican la incidencia de las desigualdades de género o del EyD en las capacidades de protección ante el VIH o en el manejo de la TAR y en las probabilidades de su adherencia y continuidad en los ambientes familiares y comunitarios.

El E&D ha sido abordado en los procesos de formación docente, desde una metodología participativa, para confrontar mitos, prejuicios hacia el tema de VIH e identidades sexuales, reconociendo cómo afectan a las poblaciones claves y a las personas con VIH. Entre los principales temas abordados se destacan: El marco conceptual básico referido al género, estigma y discriminación, conocimiento del marco legislativo a nivel nacional y su relación con el marco internacional y las políticas institucionales de USAID en materia de género y la identificación de los principales desafíos para la transversalización del enfoque de género más allá del concepto tradicional.

Escenarios de prácticas

La existencia de clínicas de atención a PVIH para llevar a cabo prácticas de estudiantes de medicina de la UCAN y UNAN-León han puesto de manifiesto el alto valor que para el cumplimiento de los objetivos pedagógicos tiene contar con espacios concretos para la articulación teórico-práctica necesaria para el desarrollo de competencias. Por ello, la existencia de clínicas en la UPOLI y BICU son una oportunidad para la práctica y para la medición de indicadores de calidad en prevención VIH.

Asimismo, es reconocida la gran debilidad que significa no contar con escenarios favorables para el contacto con poblaciones claves y el desarrollo de prácticas de prevención combinada, en tanto los servicios vinculados a las universidades son predominantemente de enfoque preventivo y con altos niveles de discriminación y estigma a estas poblaciones. En estas condiciones, los cambios esperados en términos de la prevención primaria que incluyan confianza de las PC y por tanto accesibilidad en condiciones de “No discriminación” están limitados. En contraste, las universidades podrían valorar el escenario de prácticas que podrían representar las organizaciones de la Red PrevenSida, lo que ya fue recomendado en la “Evaluación del Desempeño del Programa VIH/USAID” realizada en 2013.

La perspectiva de los sujetos de la capacitación

En las entrevistas realizadas a docentes de las universidades incluidas en el programa, se extraen algunos hallazgos relevantes en este tema:

- Un 61% de los 41 docentes entrevistados/as señala la alta incidencia de las relaciones de género en las capacidades individuales de decisión y acción de protección frente al VIH. Sin embargo aún el 37% de docentes declaran que no comparten esa afirmación.
- El 44% de los/as docentes señalan que en su institución si hay prácticas de discriminación en razón al género, En contraste, el 85% de los/as docentes universitarios/as, perciben que en su institución si hay compromiso con mejorar las prácticas de género.
- El 41% de los/as docentes señalan que en la universidad si hay estigma y discriminación por razones de la identidad sexual. En contraste, el 73% de los/as docentes universitarios/as, perciben que en su institución si hay compromiso con reducir el estigma y discriminación en razón de la identidad sexual.
- Los mayores aprendizajes en docentes se asocian mayoritariamente a un mejor desempeño en su trabajo en atención a pacientes con VIH (32%), un 29% a las metodologías de trabajo con estudiantes, una quinta parte (20%) a los temas de DDHH/EyD y los restantes (12%) limitan su utilidad al tener más conocimientos.

- Los temas más motivantes varían según perfil, pero resalta un 34% que señalan los temas de DDHH/EyD, de nuevo un 27% de docentes que señalan el manejo de TAR en personas con VIH, y un 17% que mencionan los métodos de prevención.
- El 73% señalaron satisfacción con todos los temas en que habían participado, los más mencionados en los que no gustaron destacan métodos de prevención (12%), monitoreo y evaluación (7%) y temas gerenciales (5%). El 2% señalaron deficiente metodología del facilitador (falta de motivación, temas repetitivos, ética, participación, etc), el 17% señalaron que el tema era muy técnico y complicado y el 5% señalaron que el tema no se vinculaba con su trabajo.
- El 32% señala el sexo seguro (uso consistente del condón) como el principal mensaje preventivo, el 24% señalan sobre las actitudes, el 27% señala información general sobre VIH y el 15% señalan que el autocuidado.
- Solo el 36% señalan la comunicación interpersonal como el medio más eficaz de transmitir el mensaje dentro de ellos el 24% privilegian los mecanismos “cara a cara”. Un 64% piensa que es mejor en talleres, campañas y medios de comunicación.
- Un 5% de los docentes declara que conoce algún análisis de la epidemia de VIH en su territorio, mientras un 10% señala conocer los casos positivos para el seguimiento. El 51% conoce solo los datos nacionales del MINSA y el 32% declara no conocer la situación de la epidemia. La utilidad más importante asignada a esa información es para el 49% de los/as docentes para utilizarlos en sus clases. 32% declaran no saber cómo utilizar la información de la epidemia.
- El 75% de los docentes hicieron sugerencias para mejorar la capacitación de USAID/VIH, entre ellas: 17% sugiere actualizar los temas, 7% mejorar las metodologías, 34% hacer más capacitaciones o más seguido, 2% sugiere capacitar o cambiar a los/as capacitadores/as.

4.3.3 Factores con incidencia global en el componente de capacitación

Además de los factores que operan en la especificidad de los dos ámbitos de acción del “Programa VIH/USAID, se identifican algunos factores de índole global, en el sentido que inciden como elementos comunes o como condiciones gerenciales que rigen globalmente el programa.

Liderazgo y gerencia del Programa.

Una de las característica bastante singular del Programa VIH/USAID en Nicaragua, es el nivel de coordinación y cooperación existente a nivel de los proyectos o socios implementadores tanto nacionales como regionales; bajo la convocatoria y conducción de la misión USAID realizan con periodicidad reuniones de evaluación, análisis e intercambio que mantienen una gerencia bastante comprensiva tanto de los cambios de situación en la propia implementación de los proyectos como de los ajustes que son necesarios para dar respuesta a la orientaciones derivadas del proceso PEPFAR que incluyen cambios anuales de indicadores, actual DATIM, entre otras.

La evaluación pudo constatar con base a actas de sesiones, el continuo ejercicio de monitoreo y de la marcha de las acciones y de las incidencias que la afectan, así como de los acuerdos adoptados para ajustar normas y estándares a las eventuales orientaciones de ajuste que emanan de PEPFAR.

Cabe destacar que este nivel de funcionamiento gerencial que otorga unicidad y fortaleza que facilita y promueve el buen desempeño y la consecución de resultados, también otorga al Programa el reconocimiento de sus aportes técnicos, metodológicos y gerenciales por parte de las autoridades de la

respuesta nacional, hecho que a su vez ha facilitado la incidencia de la misión en decisiones consensuadas en las cuales destaca:

- la financiación a una misma organización por una sola fuente, que ha facilitado la planificación de las coberturas poblacionales y territoriales de manera congruente con el FM
- el consenso logrado en la estimación de las poblaciones clave a nivel municipal y departamental
- el intercambio y cooperación en metodologías e información para el monitoreo unificado de la respuesta nacional

Aun cuando todas las metas y objetivos fueron cumplidos algunos factores incidieron negativamente entre ellos: el contexto sociocultural de los participantes representó una limitante para asumir con responsabilidad y compromiso su participación de manera efectiva en los procesos de capacitación; la rotación constante de recursos humanos de las ONG, los procesos de subvención no fueron continuos y de las 24 ONG que fueron capacitadas por PASMO, sólo el 10% recibieron mentoría para la implementación de metodologías de cambio de comportamiento. Adicionalmente, en el marco de implementación de los proyectos hubo falta de claridad en la definición de algunos indicadores.

Contribución de los proyectos regionales

Como efecto de la alta coordinación y colaboración existente a nivel de la gerencia estratégica del programa, son amplios los beneficios que reciben los componentes de la capacitación de la participación de los proyectos regionales, entre ellos destacan:

La contribución de programas regionales como PASMO se focalizó en la generación de Información estratégica mediante estudios en poblaciones claves y encuestas TraC así como la capacitación y visitas de acompañamiento a las organizaciones de la red PrevenSida en metodologías para el abordaje de PC y PVIH. Debe destacarse la contribución de PASMO en el diseño de los contenidos y metodologías de la capacitación en el área temática de la prevención combinada.

PASCA por su parte ha contribuido en el fortalecimiento institucional mediante la asistencia técnica para la elaboración y evaluación de planes, políticas y estrategias procurando la articulación de diferentes actores de la respuesta nacional. La asistencia técnica ha permitido la generación de información estratégica a través del estudio Modelo de Modos de Transmisión (MoT), la elaboración del Informe GARP, MEGAS 2014 y estudios de estigma y discriminación entre otros. Asimismo lideró el proceso de profilaxis post exposición ante situaciones de violencia sexual, aplicó la medición de ambiente político en VIH (API), desarrolló dos diplomados de Monitoreo y Evaluación.

Resulta de alta relevancia identificar como el desarrollo de éstas múltiples acciones de asistencia técnica brindadas por PASCA confluyen al escenario general del Programa Bilateral como parte del componente de capacitación, en tanto constituyen procesos capacitantes en tanto siempre cuentan con equipos de trabajo delegados por la coordinación de la respuesta nacional como contraparte, que al final del proceso (aprender-haciendo) han desarrollado sus capacidades para realizar de manera más independiente los estudios e informes.

También PASCA en sinergia con el proyecto Alianzas II, promovió la integración de la empresa privada (COSEP) en la respuesta nacional lo que facilitó el desarrollo de políticas de VIH en 12 empresas y la capacitación de 10,350 trabajadores en temas de estrategia de prevención combinada del VIH aplicada a poblaciones claves, personas positivas, violencia de género, el estigma y la discriminación asociados al VIH y la diversidad sexual de trabajo beneficiando a trabajadores del sector textil, agro-industria, salud y

turismo. En el último período, PASCA ha iniciado una estrategia de acompañamiento a nivel de las CONISIDAS departamentales, iniciando por la más compleja que es Managua, esta estrategia abre nuevas posibilidades de interacción con la Red PrevenSida y las Universidades.

Uso de la tecnología de información y comunicación

El Programa VIH/USAID ha incorporado progresivamente mayores recursos tecnológicos no solo para facilitar los procesos de gerencia y gestión propios de los proyectos implementadores (flujo de información y documentación), sino también para facilitar el desarrollo de acciones de fortalecimiento ya que permiten realizar sesiones de intercambio, consultas y mentoriag con organizaciones y universidades ubicadas en los lugares más alejados, resolviendo así las dificultades para brindar asistencia técnica con la frecuencia necesaria en tanto son las que más debilidades presentan.

Versatilidad de los proyectos implementadores.

En el contexto del liderazgo de la misión y la alta coordinación lograda entre los proyectos implementadores, también debemos destacar la capacidad demostrada por ellos para ajustarse y realizar cambios sobre la marcha ya sea a las nuevas orientaciones surgidas de PEPFAR o por que el monitoreo ha permitido la identificación de problemas que deben ser superados o de buenas prácticas que deben ser asumidas y replicadas. En este contexto, el equipo gerencial, registra múltiples ejemplos de logros en la complementariedad y sinergias de sus acciones en tanto los proyectos han sido siempre oportunidades para mediar los intereses de los grupos beneficiarios.³¹

Por otra parte el nivel de cohesión de los socios ha facilitado diseñar, implementar y evaluar intervenciones que permiten la toma de decisiones más fundamentadas y oportunas.

Regionalización de las capacitaciones.

Tanto para la Red PrevenSida como para las universidades, ha resultado de gran beneficio la modalidad de realizar eventos de capacitación en cabeceras departamentales que resultan de mayor acceso para promotores/as de organizaciones y docentes de universidades ubicadas en la misma región, en donde incluso pueden asistir en mayor número y con mayor proximidad a su propio entorno.

Interacción entre la capacitación y la sostenibilidad.

Evidentemente en la medida en que el tiempo del programa avanza, la preocupación por asegurar la sostenibilidad se incrementa, la inquietud adquiere una dimensión más específica en términos del aporte que desde el componente de capacitación se puede hacer al respecto.

Habría que señalar en primera instancia, que las organizaciones que han logrado el cumplimiento de los estándares de desempeño en las tres áreas de medición (gerencia, administración y prevención) los han mantenido en las mediciones subsecuentes de los años siguientes, al contrario, logrados índices mayores al 75% con que se gradúan, continua incrementando los logros hasta llegar a niveles calificados de “eExcelencia” que en algunas organizaciones completan índices del 100% de cumplimiento. Evidentemente esta sostenibilidad cuenta con riesgos como la rotación del personal capacitado y las

tensiones a que están sometidas las organizaciones en el nivel interno y externo con respecto a las relaciones en el entorno institucional que dicho sea de paso con el mejor funcionamiento de las CONISIDAS municipales y departamentales.

La actual transición de las prioridades del énfasis preventivo hacia los cuidados de las PVIH, apuntala la mayor estabilidad de las asociaciones de población clave en la medida en que estas hacen parte de sus propios asociados y cuentan con mayores potencialidades de incidencia a nivel familiar y comunitario para el trabajo de continuidad y grupos de autoayuda.

En el caso particular de la universidades, la sostenibilidad de los logros es más clara, en tanto han sido incluidos elementos estructurales como la incorporación de los paquetes pedagógicos en las mallas curriculares en un escenario de las más altas condiciones de estabilidad laboral del país como es el caso de los/as docentes universitarios/as.

A este análisis habría que complementar otras dimensiones de la sostenibilidad como son:

Sostenibilidad política: en general es evidente que el programa cuenta con reconocimiento y relevancia política que puede ser capitalizado aún más si desde la experiencia de los tres elementos que confluyen en la capacitación (monitoreo y evaluación, procesos formativos y gestión de la calidad) se consolida la amplia experiencia acumulada de sistematizar las buenas prácticas para traducirlas en herramientas pedagógicas, aun mas cuando se cuenta con sistema organizado basado en evidencias orientadas a mejorar el desempeño. El programa y sus socios tienen experiencias previas para generar paquetes pedagógicos, dicha experiencia debe ser capitalizada, para que además de ofertar un modelo debidamente validado para la prevención del VIH, se oferte también un modelo de fortalecimiento institucional que sustente el modelo de atención y en cuyo eje se conciba además de los instrumentos pedagógicos una relación de responsabilidad compartida público privada que delimite y articule los roles en un proceso continuo de intercambio para la mejora de la calidad para la prevención del VIH como parte consustancial de la respuesta nacional.

El programa bilateral y los proyectos regionales han generado diversos y múltiples productos útiles a las autoridades políticas nacionales y locales (Estudios, metodologías, sistemas de información y de MyE, gestión de la calidad, etc) en base a los cuales la propia Red de organizaciones de sociedad civil y las universidades pueden establecer un rol más protagónico en las instancias de coordinación (CONISIDAS) a nivel nacional, departamental y Municipal.

Sostenibilidad social: que está dada por el propio fortalecimiento de las organizaciones y de la dinámica de su funcionamiento como red, en el sentido de fortalecer las relaciones de intercambio, de mejoramiento, de compartir buenas prácticas. Sin embargo, destacamos de nuevo la necesidad de diferenciar en forma estratégica las ONG's de las OPC, no solo para ajustar mejor los procesos de capacitación a las capacidades diferenciadas sino que por su naturaleza misma tienen una proyección social y política diferente; las OPC aseguran un vínculo estrecho con sus poblaciones asociadas porque se trata de un mismo grupo poblacional, que permanecerá como tal, por su sentido de identidad y pertenencia, mientras que las ONG ni poseen esos vínculos poblacionales y cuentan con la dependencia para la obtención de fondos que los hace menos estables al tener que competir por los fondos en mercados cada vez más estrechos y están en riesgo de cambiar de misión y de grupos de población a fin de asegurar su supervivencia.

La fuerza que ha adoptado el componente de DDHH y la lucha contra la discriminación y la violencia, en la medida que se consoliden y generen nuevas formas de trabajo dentro de las poblaciones en riesgo y con la población en general, la base social podrá tener una perspectiva de más largo plazo.

Sostenibilidad económica: evidentemente el único componente que tiene la perspectiva de sostenibilidad es el proceso reproductivo de los recursos humanos de las universidades y en la medida que se consolide los módulos y maletas pedagógicas en los planes de estudio de todas las universidades involucradas, de hecho en tanto, egresen nuevo personal de salud graduados de sus carreras se espera que sea sostenible su incidencia al incorporarse al sistema general de salud. Para las ONG como red de PrevenSida tienen amplio margen de incertidumbre, aún más cuando la epidemia se consolide en proceso de control y por tanto, puedan cambiar las políticas que a nivel mundial están generando y distribuyendo fondos para este fin. Las alianzas que puedan consolidarse en el conjunto de la respuesta nacional y principalmente alrededor de alianzas con los servicios públicos que asignen roles articulados aportan a dicha sostenibilidad.

4.4 Contribución de la capacitación en la igualdad de género. (Q4)

Por la propia naturaleza del programa³², en el sentido de enfocarse a la prevención del VIH y concentrarse en PC, el enfoque de género y la incidencia y promoción de la equidad es parte sustancial de las temáticas y eventos de capacitación; así como de las restantes modalidades como las visitas de asistencia técnica y colaborativos de mejoramiento. Esta condición ha determinado que todos los proyectos hayan incluido en sus diseños de acción, capacitación y MyE, las consideraciones de género que a su vez también se expresan en el enfoque de derechos humanos y la lucha contra el estigma y discriminación por razones de identidad sexual.

4.4.1 Red PrevenSida

Este enfoque ha generado una dinámica que en los dos últimos dos años (FY14, FY15) ha adquirido una magnitud muy amplia y diversa; que no solo incluye el hecho de que esta temática ha cubierto más de la tercera parte de las participaciones en eventos de capacitación de todo el programa, si no que se ha traducido en acciones concretas tales como la formulación de los Planes locales y uno nacional sobre de incidencia en derechos de la población LGBTI, así como para OPC; TRANS, HSH, TS y PVIH que fueron acompañadas para el diseño de un Plan Estratégico para su abordaje integral, mediante una matriz de determinantes sociales de la salud, en el que fueron definidos acciones y actores claves para reducir la el EyD y la VBG en esta población. De la misma manera el acompañamiento fue extendido hacia el desarrollo de capacidades de sus promotoras para la conformación de los grupos de ayuda mutua.

Específicamente en los eventos de capacitación contenidos en el registro de PrevenSida, de las 1,382 personas capacitadas en los cinco años, el 46% son mujeres, 45% son hombres y 9% son TRANS. Se destaca además, que de manera menos perceptible pero no menos eficaz, los contenidos en capacitación del modelo de prevención combinada, resaltan en la comunicación interpersonal el efecto de las relaciones de género que se traducen en relaciones de poder en el ejercicio de la sexualidad, y que deben modificarse para que en condiciones de equidad se desarrollen capacidades de libre protección ante el VIH.

Con el fin de aumentar la participación de poblaciones claves en las actividades de USAID fueron subvencionadas dieciocho organizaciones de las comunidades LGBTI, doce de ellas fueron beneficiadas en el marco del Proyecto Abogacía de las ONG para reducir el estigma y discriminación y violencia basada en género contra la comunidad LGBTI de Nicaragua, que se llevó a cabo a través de USAID|PrevenSida, NDI y PASCA, lo que permitió el fortalecimiento del enfoque de derechos humanos contribuyendo a la reducción del estigma y la discriminación.

Previo a la selección de estas doce ONG, el NDI realizó una línea de base que identificó brechas de conocimientos y habilidades en: cultura organizacional, planificación estratégica, abogacía para ejercer políticas públicas, violencia basada en género y estigma y discriminación³³ y las recomendaciones estuvieron centradas en la conformación de equipos para la réplica de capacitaciones en comunicación y materiales educativos y la inclusión de temas como la resolución de conflicto entre otras, las que ya fueron implementadas por el proyecto.

Como producto de estas intervenciones se encuentra la elaboración de planes y acuerdos con autoridades municipales así como un Plan Nacional de Ciudadanía que describe las barreras de acceso a la reivindicación social y el cumplimiento de los derechos humanos de la población LGBTI. Otro de los grandes logros fue el reconocimiento y posicionamiento de las LGBTI como referentes en la promoción y la defensa de los derechos humanos en sus territorios. Entre las doce subvenciones se incluyeron a las organizaciones LGBTI de las comunidades indígenas y afrodescendientes a fin de apoyar sus intervenciones para la deconstrucción de los fundamentalismos religiosos que constituyen la base social de exclusión.

La dinámica del VIH visibiliza una faceta crítica de la violencia sexual y VBG que se vincula a tres factores de riesgo: la transmisión de ITS y VIH; el ocultamiento de la condición de seropositividad al VIH para evitar situaciones de violencia con las consecuentes prácticas sexuales desprotegidas; y el encubrimiento situaciones de violencia sexual limitando las posibilidades de acceso a atención profiláctica del VIH. Por tanto ha sido fundamental incluir entre los programas de prevención del VIH intervenciones que apunten hacia la reducción de la homofobia, y el respeto de los derechos humanos de todas las personas especialmente de las comunidades más estigmatizadas y discriminadas; HSH, TRANS, TS y PVIH. En este sentido se promueve el fortalecimiento de capacidades y de liderazgos de estos grupos que les permita ejercer sus derechos sexuales y prácticas sexuales más seguras.

A nivel global, el programa ha contribuido al reconocimiento de que Nicaragua experimenta avances no solo en los servicios preventivos a PC y PVIH sino en el fortalecimiento de normativas jurídicas que reducen el estigma y la discriminación y que han sido promovidas por la gestión y el liderazgo de las mismas PC que forman parte de la red PrevenSida.

4.4.2 Universidades

Si se considera que en las universidades predomina de manera cuasi absoluta los modelos de interpretación de la salud de tipo médico-biologicista e individual en detrimento de los enfoques de determinación social de la salud que fomenta la existencia de discriminación y estigma por razones de género e identidad sexual; destaca entonces la evidencia de avances significativos en la sensibilización que al respecto manifiesta el personal docente, visto desde la perspectiva de la necesidad de mayores avances. Pero preocupa el sesgo aun existente hacia los conocimientos y prácticas orientadas a la práctica médica tradicionalmente centrada en la atención curativa (atención de PVIH/TAR) centrada en

las unidades hospitalarias y sin compromiso comunicacional con las poblaciones. La vinculación de las prácticas con la Red de PrevenSida, pueden dar lugar a acelerar los procesos de sensibilización y vinculación comunicacional con las poblaciones.

Se introdujo en las facultades de medicina y enfermería de universidades públicas y privadas el tema de la VBG como punto de partida de diversas actividades de prevención en esta temática y como parte de la estrategia de PEPFAR para reducir la incidencia de VIH³⁴, el cual está contenido dentro de un paquete pedagógico que ha sido transferido a docentes y estudiantes de 8 universidades del país abordándose antecedentes y generalidades de la VBG, tipos de violencia, factores de riesgo, evidencias de VBG en género, estadísticas y marco legal a fin de sensibilizarlos en la importancia del respeto de los derechos humanos de las personas y la asociación entre VBG y VIH. Se logró incorporar esta temática a los programas de estudios de las carreras de medicina y enfermería de las universidades y se desarrollaron las capacidades en el personal docente para impartirlas.

En las entrevistas realizadas a promotores/as de las organizaciones de la red de PrevenSida y a docentes de las universidades incluidas en el programa, se extraen algunos hallazgos relevantes en este tema:

- 68% de 90 personas entrevistadas señala la alta incidencia de las relaciones de género en las capacidades individuales de decisión y acción de protección frente al VIH (73% en promotores/as y 61% en docentes). Sin embargo aún el 22% de los/a promotores/as (N49) y el 37% de docentes (N41) declaran que no comparten esa afirmación.
- 4% de los/as promotores/as señalan que en su organización si hay prácticas de discriminación en razón al género, esa tasa se amplía a 44% en el caso de los/as docentes que perciben discriminación de género en sus universidades. En contraste, el 98% de los/as promotores/as y el 85% de los/as docentes universitarios/as, perciben que en su institución si hay compromiso con mejorar las prácticas de género.
- 6% de los/as promotores/as señalan que en su organización si hay estigma y discriminación por razones de la identidad sexual, esa tasa se amplía a 41% en el caso de los/as docentes que perciben este tipo de discriminación en sus universidades. En contraste, el 94% de los/as promotores/as y el 73% de los/as docentes universitarios/as, perciben que en su institución si hay compromiso con reducir el estigma y discriminación en razón de la identidad sexual.

De la prevención se ha pasado a enfatizar cuidados, a agregar estigma y discriminación y VBG, género para todos los implementadores.

4.5 La calidad de los sistemas de registro y documentación. (Q6)

La dinámica de permanente aprendizaje, cambio y mejora que evidencia el programa se sustenta en una cultura de sistemática medición y producción de indicadores que permiten monitorear el cambio situacional que en los diferentes periodos de gestión vayan ocurriendo, así como de un claro compromiso con la obtención de resultados que requieren asegurar la calidad de las decisiones, acciones y procesos que se gerencia.

Una manifestación inequívoca de esta cultura y compromiso es el volumen de recursos y esfuerzos destinados al desarrollo y control de calidad de los sistemas de registro y documentación, así como a los

procesos de evaluación colectiva que se vinculan a los ciclos de mejoramiento continuo de la calidad que novedosamente han promovido las instituciones socias de USAID en el desarrollo del programa.

De hecho, es muy meritorio de este programa, contar con sistemas de registro que han constituido un factor dinamizador de los procesos evaluativos, de aprendizajes y de mejora en forma muy participativa y de estrecho vínculo entre los diferentes niveles gerenciales del programa. El programa cuenta además con un sistema de documentación de las actividades realizadas con formatos normados y formas de archivo estandarizados, esta documentación contiene los reportes de la información más relevante en cada actividad realizada por ejemplo: talleres de capacitación, visitas de asistencia técnica, colaborativos de mejoramiento, sesiones colectivas para productos específicos (planes, informes, etc.).

Destaca en primera instancia, el Sistema de Registro Único (SRU), que a su vez contiene tres subcomponentes, registro PC que registra personas y atenciones preventivas que se les ha brindado, el subcomponente de registro de la consejería y prueba voluntaria (CPV) que registra personas que las han recibido en cada periodo, y el tercer subcomponente que por ser el registro de las personas que han participado en los diferentes eventos de capacitación de gran interés para los objetivos de la presente evaluación. El SRU es una herramienta de análisis y seguimiento de USAID Nicaragua, que se utiliza para cumplir con las directrices internas establecidas por PEPFAR, por ejemplo, de prevención de VIH se pasó a enfatizar cuidados, se incluyó E&D, VBG y normas de género para todos los proyectos implementadores.

La fuente primaria del registro está constituida por el reporte de actividad y las plantillas de participantes que se le adjuntan. De esta forma, parte de la información provienen de quien coordina o hace de responsable de cada evento (fechas de inicio y términos, número de horas, tema, organización que brinda, nombre de facilitador/a, tipo de formación,) y en parte por cada persona participante que llena sus datos individuales en la plantilla (nombre, sexo, edad, municipio de procedencia, organización a que pertenece). Al diseño inicial, fueron agregadas nuevas variables como las referidas a la fecha de nacimiento, número de sesiones, aprobación del curso, notas de pre test y pos test y la asistencia a las sesiones con diferenciación matutina y vespertina (am y pm).

Las salidas identificables del sistema parten de definir como unidad de análisis la participación que se identifica como cada registro en la base datos, en el cual se digitan repetidamente las cualidades atribuibles al evento (fechas de inicio y finalización, horas/sesiones, tema, tipo de formación) mientras las cualidades atribuibles a la persona participante esta individualizado en cada registro, por lo tanto, el sistema gira alrededor del número de participantes que puede ser desagregado por edad, sexo, organización a que pertenece, temas, que constituyen la configuración de los reportes del sistema.

Al parecer los reportes mencionados definidos alrededor del número de participantes han dado respuesta a las necesidades gerenciales y de rendición de cuentas hasta ahora planteadas, sin embargo, destacamos que los dos indicadores PEPFAR a que responde el registro (H.2.2 y H.2.3)³⁵ parten de definir como unidad de análisis a la persona trabajadora (comunitario, para-social o de salud) y asumen su conteo a partir del completamiento de un programa de capacitación pre o en servicio, que por lo general, en el concepto de programa podría trascender el concepto de “evento o taller de capacitación”

tal y como se documenta en los programas de iniciación de gerencia con el CIES (8 módulos o eventos) y de prevención con CEPRESI (6 módulos o eventos).

Las adiciones a la base de datos realizadas en FY14 y FY15, constituyen mejoras muy significativas en términos de que establecen como unidad de tiempo las sesiones (de cuatro horas) y el control de la asistencia am y pm, así como la adición de la evaluación académica para poder configurar el criterio de “completamiento” del programa o del taller. Sin embargo, estas medidas pierden algo de su efecto cuando por decisión gerencial se incorporan a la base de datos solo aquellas personas que previo a la digitación conocemos que “Aprobaron” el taller, además de que no resulta eficiente incorporar variables en los que el 100% de los registros se sabe de antemano que tienen la misma respuesta. A solicitud del equipo evaluador y con la amable disposición del responsable de MyE, se digitaron para FY15 los participantes que no aprobaron cada evento (por inasistencia o pos-test) resultando en 7% el índice de “reprobación”; este indicador aún no ha sido objeto de seguimiento y las entrevistas refieren que no hay ninguna acción dirigida a su corrección en los eventos, ni alguna acción dirigida a las personas que reprueban.

En la revisión realizada, los indicadores PEPFAR están muy bien documentados en términos de su precisión de las dimensiones poblacionales y operacionales en que debe ser construido; sin embargo no se logró contar con alguna precisión o ajuste a las realidades del Programa en Nicaragua, de forma que no se pudo establecer con claridad la relación existente entre la interpretación de los indicadores a que responde el registro y de cómo se operacionaliza el indicador en el conjunto de campos (variables) que hacen parte de la base de datos. Por ejemplo, con cual variable (o conjunto de variables) se define “Trabajador comunitario o para-social” (tipo de organización?) o como definir en la base de datos un “programa de capacitación pre-servicios o en servicio” ya que el campo que podría estar asociado como es “Tipo de formación” contempla cuatro opciones que incluyen 1-Formación continua, 2-Entrenamiento en el trabajo, 3-Entrenamiento por computadora, 4-Aprendizaje a distancia; que en su tabulación básica aplica el 91% de los registros (participantes) a la formación continuada y en los dos últimos años esta opción llega al 98% y 99%.

La persona no tiene asignado un código único, a pesar de no contar con las complejidades que si existen en el SRU ya que se trata de personas contratadas para el desarrollo de actividades abiertas y públicas. La única posibilidad de identificación de persona, depende de la calidad del registro en un campo texto totalmente abierto para la digitación del nombre y apellidos. La revisión de la base de datos permitió encontrar múltiples maneras de escribir un mismo nombre (dos nombres, solo primer nombre, dos apellidos, solo primer apellido, mayúsculas, minúsculas, con acento, sin acento, además de una o varias letras mal ubicadas) de tal manera que solo reconstruyendo una sola forma de escribir el nombre es posible identificar con objetividad una misma persona. De la misma manera, no existen variables en la base de datos que diferencien el “evento de capacitación” ni el “Programa de capacitación). No es diferenciable si los/as participantes hacen parte de una organización subvencionada o de una no subvencionada.

En el FY14 se realizaron 58 visitas de campo del área de monitoreo y evaluación y se realizaron 51 visitas de campo a catorce organizaciones subvencionadas en FY15 para abordar; la construcción de indicadores del Plan de M&E, la georeferenciación, bases de datos del RU, aplicación ciclos de mejora de calidad para

superar las dificultades con la calidad de los datos recogidos, registrados y analizados, uso de herramientas informáticas, utilización de herramientas de recolección de información y la organización y la aplicación de la guía de control de calidad de los datos, coaching para los responsables de M&E para la introducción de los datos en el sistema de registro automatizado. Instalación y entrenamiento sobre el sistema de comunicación electrónica TIME VIEWER 10.0.

Particular relevancia debe otorgarse al sistema de medición y seguimiento del cumplimiento de estándares de desempeño en gerencia, administración y prevención que PrevenSida ha realizado desde que configuró la línea de base con las organizaciones participantes en 2010 y cuya última medición realizada en septiembre de 2014 evidencia muy significativos niveles de mejora, demostrando ser la herramienta que midiendo los resultados ha orientado el componente de capacitación en las diferentes modalidades anotadas, así pues los talleres, las visitas, los colaborativos. De contar en la línea de base de 28 organizaciones con solo tres ONG's en rango mayor del 75% de cumplimiento, ha pasado a evidenciar el desarrollo obtenido con diecisiete organizaciones con puntajes mayores a ese umbral y trece de ellas en condición de excelencia. Pero también permite observar que siete organizaciones (todas ellas asociaciones de PC) están por debajo del umbral del 61% y sin mostrar cambios significativos en el último periodo. Actualmente se está realizando la medición en FY15 para identificar cambios.

Especial importancia se asigna a los procesos de consolidación del eje de la Gestión de la calidad que en concreto se están llevando a cabo con nueve organizaciones para la formulación de los “Programas de gestión de la calidad” y que después de un acompañamiento intensivo del equipo de PrevenSida ya son cinco las organizaciones que cuentan con su programa concertado y con las estructuras que lo implementaran (Comité de gestión de la calidad).

La configuración de estos programas en cada organización ha constituido un vigoroso proceso de acompañamiento y asistencia técnica con los equipos de garantía de calidad, a fin de asegurar la plena comprensión, valoración y manejo de las metodologías incluidas tales como: medición de satisfacción de usuarios, diseño de estrategias de servicio y de gestión de quejas, reclamos y sugerencias, análisis del clima organizacional, evaluación del desempeño e implementación de ciclos de mejora. Sin duda alguna, el proceso representa grandes desafíos en tanto se trata de colocar en un solo instrumento, diversas metodologías cuya implementación representa adelantar procesos complejos en una dinámica que finalmente fusione el sistema de monitoreo y evaluación con el componente de capacitación en un solo proceso de gestión de la calidad como fundamento de la efectividad y la sostenibilidad del modelo de prevención combinada.

V. CONCLUSIONES

El análisis realizado ha recogido suficiente evidencia para afirmar que la dinámica continua de cambios para la validación y consolidación del modelo de prevención combinada para enfrentar la epidemia de VIH, como propósito global del Programa Bilateral de VIH de USAID Nicaragua, cuenta como sustento fundamental el componente de capacitación en la medida en que de manera combinada con sistemas de monitoreo que continuamente aportan evidencias de buenas prácticas o de insuficiencias que deben ser superadas, se traducen en procesos continuos de mejora de la calidad para el desarrollo de nuevas competencias y opciones de fortalecimiento institucional de la red de organizaciones y universidades que hoy conforman una propuesta de acción exitosa y eficaz.

El proceso transitado en los últimos cinco años pone de manifiesto una gran capacidad de cambio y aprendizaje del programa para ajustar la marcha no solo a las directrices de PEPFAR, sino también por el propio enriquecimiento que deriva de la experiencia y del constante proceso de monitoreo y evaluación que genera oportunidades de reflexión, intercambio e innovación. En este proceso de maduración programática el componente de capacitación ha sido clave en tanto asimila aprendizajes y retroalimenta metodologías y eventos que motivan dinámicas de cambio y constante mejora. En este sentido se han caracterizado tres fases del desarrollo del Programa que se identifican con cambios significativos del Programa USAID/VIH y con ajustes relevantes del componente de capacitación:

Fase de diseño e inicio, (2010-FY11) que representó un gran desafío ya que no solo se trataba de un cambio estructural en términos de enfoque, metodología y población, si no que debía hacerse en un escenario de organizaciones dispersas, con disímiles tipos y grados de desarrollo y capacidad gerencial y de prestación de servicios y con niveles significativos de conflictividad dados los antecedentes de contradicción entre las instituciones públicas y las ONG's.

La capacitación absorbió el gran desafío de estimular un cambio estructural de paradigmas y enfoques (epidemia concentrada, comunicación interpersonal, cambio de comportamiento, etc) y de estrategias de acción (focalización en PC, con fuertes barreras de acceso y exclusión social por EyD; con base a organizaciones de sociedad civil tradicionalmente dispersas, con enfoques y culturas de servicios contrarios y con marcada debilidad gerencial, administrativa y en oferta de servicios. El desafío fue cumplido, el Programa inicia con gran dinamismo, pero al final del primer año no hay cambios en el cumplimiento de los estándares. (Por parte de ONG/OPC).

Fase de expansión/validación. Con rápido crecimiento de cobertura basado en las poblaciones con mayor acceso y con establecimiento de vínculo y confianza en las poblaciones PC de más difícil acceso. Se concluyen capacitaciones pre servicio y se inicia en servicio Se valida modelo de acceso y se inician cambios significativos en el cumplimiento de los estándares.

Fase de consolidación: Se orienta al predominio de la calidad y la sostenibilidad, se reajustan indicadores con este enfoque y la capacitación se orienta también hacia la calidad (pequeños grupos, énfasis en visitas de acompañamiento). (Ver anexo I tabla 19)

El análisis realizado del cumplimiento de las metas propuestas, permite señalar el excelente grado de cumplimiento de todas las metas y objetivos para trascender y situar el centro de la reflexión en el propósito ulterior que alienta los procesos de capacitación en términos de dinamización del cambio cuantitativo y cualitativo en sentido más estratégico para cada periodo tanto en la red PrevenSida como en las universidades.

De la innovación frente al desafío de un nuevo modelo de prevención inédito y con base a organizaciones incipientes o con culturas y prácticas contrarias, fue a partir de la capacitación que se sistematiza la experiencia previa y los aportes de agentes externos para abordar la fase de inicio y la de expansión acelerada experimentando y validando las propuestas para arribar a un momento de consolidación que se expresa con mucha claridad en la sistematización de herramientas para poner la calidad como el elemento que asegura la eficacia y la sostenibilidad.

Los resultados más claros del componente de capacitación se observan en la matriz (semáforo) de la evaluación del cumplimiento de estándares gerenciales, administrativos y de prevención del VIH; el claro cambio de rojo a verde como color predominante en la comparación entre 2010 y 2014, habla por sí mismo de la magnitud del cambio en el desarrollo de las capacidades en el ámbito de la Red de PrevenSida, mientras en las universidades la asimilación de la propuesta pedagógica (sea en paquete o en maleta) en los planes de estudio y la motivación a cambios de paradigmas en los enfoques médicos y sociales (DDHH/EyD) ponen de manifiesto resultados ostensibles.

Es precisamente el mantenimiento en todo el periodo de la sistematicidad de la medición del cumplimiento de los estándares, lo que permite concluir en lo general que la capacitación entendida en su sentido amplio (evento, asistencia y acompañamiento, colaborativos, etc) ha mantenido una correspondencia con las necesidades del desarrollo de las organizaciones.

La aceptación y asimilación en el marco curricular de la oferta pedagógica en las universidades pone en evidencia no solo la correspondencia con una necesidad clara y manifiesta sino un gran aporte con valor agregado cuando docentes afirman estar aplicándola en otros temas diferentes al VIH.

La situación general del programa a la fecha se caracteriza por un periodo de transición y de cambio donde la calidad y la sostenibilidad se constituyen en el parámetro de validación de los dos modelos que oferta a la respuesta nacional, es decir:

- Un modelo de atención que de la prevención combinada centrada en las PC busca integrar un solo modelo de atención integral y continuada articulando la atención médica y psicosocial a PVIH.
- Una red consolidada de organizaciones y universidades fortalecidas y capaces de auto sostener procesos endógenos de mejora y cambio en interacción mutuamente beneficiosa y con un nivel destacado en la participación con las instancias de la respuesta nacional y local.

Esta condición representa un gran desafío de ajuste para el componente de capacitación del programa, que aunque ya está en marcha con propuestas de alto valor estratégico como la formación de Facilitadores/as en las propias organizaciones para la prevención, el MyE, la Gerencia, los DDHH/EyD, requiere también de solventar insuficiencias y ajustarse a un nuevo ámbito de demandas que se derivarán de la aplicación de instrumentos como el SIMS y los programas de gestión de la calidad.

La valoración general recogida acerca de la capacitación en los sujetos sociales del programa, pone en evidencia una alto grado de satisfacción con el aprendizaje y los procesos y eventos en los que han participado, de manera que confirman que en lo general el componente ha respondido a la expectativas y necesidades de las personas, de las organizaciones y universidades, pero también ponen de manifiesto limitaciones que deben ser superadas.

Red PrevenSida:

Se completa el tercer año en que el propio equipo de PrevenSida ha asumido plenamente la responsabilidad de la capacitación dirigida a su Red; de forma que el amplio conocimiento con que cuentan de cada organización constituye una ventaja para la planificación de talleres, visitas y colaborativos y responder a las necesidades y demandas.

Sin embargo, si bien cada evento cuenta con una definición de objetivos, metodologías y formas de evaluación, se perciben como eventos independientes sin una clara o explícita estructuración de las acciones en la forma articulada como programa o conjunto de programas que no solo den respuesta a las condiciones actuales si no a las perspectivas estratégicas teniendo presente consideraciones como:

- Las demandas que surjan de la aplicación de SIMS y programas de gestión de la calidad.
- La naturaleza diferencial entre las ONG's y las de OPC, que deriva no solo en sus características actuales (menor escolaridad, conflictividad, vínculo más estrecho con poblaciones, etc) si no en sus potencialidades futuras en términos de la sostenibilidad social y política. Las evidencias de indicadores muy diferenciados en las tres fuentes de información (registro único, cumplimiento de estándares y entrevista a promotores/as) ratifican este criterio.
- La progresividad en el desarrollo de las competencias, requieren una secuencia temática y de articulación de eventos de capacitación diversos (talleres de inicio, de actualización, visitas de acompañamiento, colaborativos). Las evidencias de alta proporción de personas que en los cinco años solo tuvieron participación en solo un taller, cuestiona este principio.
- Lo anterior deriva a su vez en la necesidad de centrar los procesos en las personas (como individuos y colectivos) por perfiles ocupacionales (promotores/as, gerentes, administrativos) en las que se busca desarrollar competencias que responden a necesidades institucionales. La evidencia de personas que han tenido más de diez participaciones en diferentes temáticas, o el señalamiento de que el tema no se vincula con su ámbito de trabajo, son expresiones de las debilidades en este sentido.
- La cooperación con organizaciones no subvencionadas tiene un gran valor de cooperación e intercambio y fortalece las posibilidades de sostenibilidad política, pero no hay una definición clara en términos de su peso en las participaciones, ni el tipo de eventos o programas que pueden ser ofertados.

El desarrollo de los eventos de capacitación en lo general ha sido bien calificado, pero se evidencian debilidades en *algunos* eventos:

- Temas repetitivos, no solo porque la persona debe llegar al mismo taller al que ya asistió previamente, sino porque los/as capacitadores /as no actualizan sus presentaciones ni sus metodologías.
- Debe considerarse los señalamientos del uso de metodologías no participativas o poco motivantes
- Si bien la incorporación del mapeo ha avanzado en el conocimiento de la situación en el territorio, es bastante manifiesto el limitado conocimiento o habilidades de análisis epidemiológico, de hecho no se ha incorporado el principio de los “cuatro conoces” orientado por PEPFAR

El programa consideró en su diseño la integración del tema de equidad de género como eje transversal en cada uno de sus componentes lo que se ha concretado mediante la incorporación de las comunidades LGBTI en actividades, capacitaciones y subvenciones que han fortalecido no solo sus capacidades organizacionales sino sus propios liderazgos que han tenido como resultado la elaboración de planes

estratégicos, planes municipales y nacionales para la reducción del EyD y la VBG, así como la participación en espacios de toma de decisiones en la respuesta nacional.

El SRU de capacitación ha respondido hasta ahora a las demandas gerenciales y de rendición de cuentas, pero puede ajustarse para responder a otras demandas gerenciales:

- Debe diferenciarse la unidad de análisis en persona, por tanto se debe asignar código único que puede ser sencillo combinando organización, perfil y persona.
- El sistema solo responde a la participación, no establece como unidad el evento ni el programa.
- Existen campos poco útiles y no se incluyen variables simples pero relevantes (subvención, tipo de organización)

Universidades

El proceso de transferencia en las instituciones formadoras de recursos humanos en salud también fue desarrollado en cuatro etapas: la primera corresponde a la sensibilización a decanos de las facultades y coordinadores de carrera sobre la importancia de contar con esta valiosa herramienta, la segunda etapa se caracterizó por el involucramiento del personal docente en los talleres promovidos por USAID|ASSIST, la tercera etapa fue de información a partir de los talleres que se desarrollaron desde una metodología participativa, desde un enfoque de derechos humanos y de género, la cuarta etapa es la revisión y reajuste al currículo educativo con el propósito de incorporar los contenidos sobre VIH en las asignaturas, esta incorporación de contenidos ha implicado definir estrategias metodológicas, establecer competencias, capacidades y reajustes en cuanto a la organización de los contenidos.

La incorporación de la oferta pedagógica del programa en las universidades se encuentra en franco proceso de consolidación y con grandes potencialidades:

- Existe franco compromiso de las universidades para dar sostenibilidad al legado de USAID.
- La continuidad del proceso de atención podría estar asegurada como tema de los módulos.
- De acuerdo a las modalidades universitarias existe oportunidad para el vínculo teórico - práctico en la prevención primaria y secundaria mediante el trabajo desarrollado en centros de salud y comunidades.
- Existen pocas oportunidades para el fortalecimiento de las acciones de adherencia e integración social de las PVIH. Se requiere integrar más el enfoque social y reducir el sesgo clínico en las preferencias temáticas de los/as docentes.
- Se perciben debilidades significativas entre las alianzas de la red de PrevenSida y las universidades.
- El tema de los DDHH/EyD se ha posicionado ya en el ámbito académico y si bien pueden existir procesos internos que los fortalezcan, la resistencia persiste en tanto el único ámbito de aprendizaje sean las aulas o los hospitales.

- La comunidad universitaria percibe como muy valioso el trabajo desarrollado por USAID y considera que debe ser continuado a fin de consolidar estos avances.
- La actualización de los temas en la capacitación es una demanda de los propios docentes, este aspecto tiene especial efecto en el ambiente académico que vive del principio del conocimiento científico más reciente.
- La incorporación de temas de prevención del paquete pedagógico en algunas universidades es aún una actividad pendiente dado que el corto tiempo no permitió avanzar (UNICIT)

VI. RECOMENDACIONES

La consolidación del modelo que oferta el programa a la respuesta nacional, dependen del fortalecimiento en la perspectiva de su calidad y sostenibilidad, ello ya cuenta con estrategias e instrumentos que ya están en implementación, el componente de capacitación requiere ajustarse mejor a las necesidades actuales y a las perspectivas estratégicas del propio programa.

Misión

1. Sería de gran valor emprenderse un esfuerzo de sistematización de la experiencia en el componente de capacitación que ponga en evidencia los procesos de articulación con los sistemas de M&E y con procesos de mejora continua de la calidad.
2. Es de la mayor importancia que en el más corto plazo se configure una propuesta de modelo de atención integral y continuado en VIH, el modelo actualmente en vías de consolidación y validación de prevención combinada constituye la base para articular los cuidados continuados a las PVIH que deben no solo asegurar la adherencia y continuidad de la atención médica si no también la plena integración familiar y social.
3. El enfoque de desarrollo de competencias y cumplimiento de estándares necesarios a los modelos de atención y gerencia que el programa ha validado, es un parámetro fundamental para lograr un mayor ordenamiento de los procesos y eventos de capacitación que se ofertan, los cuales deben contar con algún grado de diferenciación según tipo y necesidades de las organizaciones (ONG, OPC, capacidades actuales, etc)
4. Debe realizarse una revisión más detenida de las implicaciones que la implementación del SIMS y los programas de gestión de la calidad tendrán para la capacitación. Aplicados estos dos instrumentos, los resultados pueden traducirse en mayores y más diversificadas demandas de capacitación y acompañamientos.

Socios

5. La mayor estructuración de las ofertas de capacitación en la forma de programas dirigidos a perfiles y tipos de organización, podría beneficiar la eficacia el desarrollo de las competencias individuales y de las capacidades institucionales.
6. La prioridad asignada a la continuidad de la atención requiere de enfatizar en el componente de prevención secundaria, principalmente lo referido al acceso y adherencia al tratamiento así como la integración social de las PVIH (grupos de autoayuda, respeto, solidaridad y apoyos familiares y comunitarios). En este sentido, el modelo de atención debe culminar su validación en una dimensión más integral que trasciende la prevención primaria, ello requiere de ajustar las estrategias de capacitación y acompañamiento diferenciado según roles de las OPC, las ONG's y las universidades, en tanto tienen diferenciales posibilidades no solo de desarrollo de sus capacidades sino también diferentes perspectivas en la sostenibilidad de los modelos de atención dada su naturaleza y vínculos con las poblaciones clave.

7. El componente de capacitación debe incorporar algún módulo de capacitación pedagógica y didáctica de las personas que serán las facilitadoras en los eventos de capacitación a fin de mejorar las metodologías utilizadas, asegurando actualización de temas, motivación y participación.
8. Se debe modificar el registro único, en primera instancia para corregir las discrepancias existentes entre reportes y registro y en segunda instancia para incrementar y colocar como unidades de análisis a las personas, los eventos y los programas, según otras demandas o utilidades gerenciales que puedan ser contempladas. Sería beneficioso incorporar variables de estratificación que siendo sencillas permita mayor análisis para las decisiones gerenciales, además de mejorar la rendición de cuentas con la precisión de los indicadores.
9. Debe incorporarse en la oferta pedagógica tanto de las Red PrevenSida como de las universidades las metodologías de análisis epidemiológico y de actores sociales a fin de desarrollar el principio de los “cuatro conoces” de PEPFAR, tanto para disponer de evidencias que fundamenten decisiones locales de orientación de servicios y establecimiento de alianzas locales como para contar con evidencias con mayor poder comunicacional en tanto puedan enriquecer el dialogo “cara a cara” o en grupos de pares en la prevención combinada, así como en actividades de sensibilización para los cuidados e integración de las PVIH en la prevención secundaria.
10. Debe incorporarse en la oferta pedagógica tanto de las Red PrevenSida como de las universidades las metodologías de análisis epidemiológico y de actores sociales a fin de desarrollar el principio de los “cuatro conoces” de PEPFAR, tanto para disponer de evidencias que fundamenten decisiones locales de orientación de servicios y establecimiento de alianzas locales como para contar con evidencias con mayor poder comunicacional en tanto puedan enriquecer el dialogo “cara a cara” o en grupos de pares en la prevención combinada, así como en actividades de sensibilización para los cuidados e integración de las PVIH en la prevención secundaria.
11. La formación de facilitadores por área temática para que constituyan punto focal en cada organización para el desarrollo de una “masa crítica” que desarrolle de manera más endógena procesos de capacitación vinculados a la gestión de calidad, con seguridad dará un salto de calidad en los procesos de capacitación por su mayor cercanía y conocimiento de la realidad local. Este nuevo actor debe hacer visible los productos de su trabajo y su contribución al desempeño y resultados del componente de capacitación como un todo, por tanto debe contar con un registro primario y una posibilidad de incorporar su registro al sistema global.
12. Debe articularse el componente PrevenSida con el componente universidades, esta noción además de la perspectiva de mayor sostenibilidad estratégica tiene un eje operativo centrado en capacitación/formación en el sentido de ofrecer una ámbito de enseñanza práctica a manera de pasantías de los/as estudiantes cuyo intercambio beneficiaría a las dos partes con la profundización de la promoción de DDHH/EyD y el fortalecimiento del enfoque social y de continuidad de la atención en las organizaciones y universidades. El trabajo que realiza actualmente PASCA con las CONISIDAS departamentales podría vincularse a la consecución de este objetivo.

13. En este sentido es importante establecer alianzas entre universidades y OPC para realizar pasantías que fortalezcan habilidades en cuanto a sistema logístico y almacenamiento en los estudiantes de las carreras de farmacia y mayor sensibilización en los estudiantes de medicina en cuanto al estigma y la discriminación que sufren las PVIH y diversidad sexual.
14. En el proceso de fortalecimiento de capacidades, la alianza entre ONG/OPC y universidades podría incluir la acreditación de los cursos recibidos en la posibilidad de ser reconocidos como parte de Programas académicos que podrían incluir la eventual validación como parte de la formación Técnica (media o superior) o de diplomados o maestría en el caso de promotores o docentes que cuentan con alguna profesión acreditada.

Regional de USAID

15. El completamiento y validación del modelo de atención integral y continuada requiere de ajustes en diferentes niveles ya mencionados que no pueden resolverse en el horizonte temporal de vigencia actual del programa VIH/USAID en Nicaragua; este completamiento y validación amerita una revisión de los tiempos y financiamientos previstos.
16. PASCA puede potencializar su contribución al programa bilateral, en primer instancia con su actual orientación de acompañar los procesos de las CONISIDAS Departamentales a partir de lo cual podría fortalecer tanto a la red de PrevenSida como a las Universidades fortaleciendo su presencia en esas instancias y facilitando como canal de acceso a información epidemiológica y de los actores sociales locales a fin de fortalecer los “cuatro conos”. La presentación de todos sus estudios y productos con enfoque de ajuste a lo local podría ser de alta motivación para diálogos y reflexiones que fortalezcan sus capacidades.
17. Por su parte PASMO, además de ajustar sus estrategias de asistencia técnica, podría contribuir de manera relevante a la configuración del modelo de atención integrada y continua en sus expresiones generales y locales.

Otros donantes

18. El modelo de atención integral y continuidad del VIH en poblaciones claves debe ser diseñado, implementado en un periodo de tiempo suficiente para ser validado y una vez se cuente con esta validación debe ser sistematizada la experiencia para ser ofertado por otros financiadores (FM) como aporte a la respuesta nacional y eventualmente compartido con otros países.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. USAID/Nicaragua (2015). Documento de Términos de Referencia de Evaluación del desempeño del Componente de capacitación del Programa Bilateral de VIH.
2. USAID/Nicaragua (2007). Evaluación Programa de Salud. Editor 2007.
3. Ministerio de Salud. Situación Epidemiológica del VIH Nicaragua, Año 2014. Nicaragua: MINSA; Diciembre 2014.
4. CONISIDA. Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Nicaragua. Periodo de cobertura: Enero de 2008 - diciembre de 2009. Managua. Marzo, 2010. p 21
5. PSI Research Division, "NICARAGUA (2012): Estudio TRaC de VIH/SIDA Trabajadoras Sexuales Femeninas en Managua, Chinandega, Masaya, Nueva Segovia y RAAS. 3a Ronda nacional. PSI Social Marketing Research Series, 2012 <<http://www.psi.org/resources/publications>>.
6. MINSA, CDC, UVG y Fondo Mundial (2014). Estudio de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH y Sífilis en Poblaciones Vulnerables y en Mayor Riesgo al VIH. Nicaragua 2014
7. USAID|PASCA (2013). Estigma y discriminación asociados al VIH. Encuesta de opinión pública. Nicaragua. <http://www.pasca.org/userfiles/INFORME%20EYD%202013%20NICARAGUA%20VFINAL%20FEBRERO%202014.pdf>. [Acceso el 27 de agosto del 2015]
8. Instituto Nacional de Información de Desarrollo. MINSA. (2012) Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/2012. Nicaragua 2012. Disponible en www.inide.gob.ni/endesa/EndesaI1_12
9. USAID Nicaragua, Evaluación de medio término del programa bilateral de VIH: 2007 - 2013, U.S. de la Agencia para el Desarrollo Internacional, Editor. 2014.
10. Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA). Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y sida 2011-2015. Nicaragua 2011.
11. Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA). Política Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida.2006. Nicaragua 2006.
12. Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA). Medición del Gasto en Sida; MEGAS 2012. Editor. 2014.
13. El Fondo Mundial. Nuevo modelo de Financiamiento del Fondo Mundial 2014. Disponible en: www.theglobalfund.org/.../core/.../Core_NewFundingModel_Brochure_e
14. Marco de Cooperación para apoyar la implementación de la respuesta Regional de Centroamérica al VIH/ Sida entre el gobierno de los Estados Unidos y los gobiernos de Centroamérica (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá). Marzo 2010. Disponible en <http://www.pepfar.gov/documents/organization/139196.pdf>.
15. Entrevista Dr. Oscar Núñez. Septiembre 2015. USAID|PrevenSida. Managua, Nicaragua. EYJR.
16. USAID|PrevenSida. Informe Anual de Proyecto FY2011. Nicaragua: PrevenSida; 2011.
17. Oficina del Inspector General. AID 2014. Auditoría del Programa de Prevención de VIH USAID/Nicaragua. 2014.
18. USAID|PrevenSida. 2015. Evaluación de la participación de las ONG que representan a las poblaciones claves y personas con VIH en la Respuesta Nacional al VIH. Editor 2015.

19. USAID|PrevenSida. 2014. Evaluación del desempeño técnico del programa de prevención del VIH en poblaciones claves con fondos KPCF. Nicaragua 2014.
20. USAID/DELIVER Informe anual de Proyecto FY13. Nicaragua: DELIVER; 2013
21. USAID/HCI. Informe final del período de asistencia técnica de USAID (QAP/HCI) en salud materna-infantil, planificación familiar y VIH/sida (2000-2013) Nicaragua 2013.
22. USAID/ DELIVER Informe anual de Proyecto FY2013. Nicaragua: DELIVER; 2013
23. USAID/ DELIVER Informe anual de Proyecto FY2014. Nicaragua: DELIVER; 2014
24. USAID/ DELIVER Informe anual de Proyecto FY2015. Nicaragua: DELIVER; 2015
25. USAID/ ASSIST Informe Anual de Proyecto 2015. Nicaragua: ASSIST; 2014
26. Entrevista Dr. Oscar Núñez. Septiembre 2015. USAID|PrevenSida. Managua, Nicaragua. EYJR.
27. USAID/ PREVENSIDA Informe anual de Proyecto FY2014. Nicaragua: PrevenSida; 2014
28. USAID/PREVENSIDA Informe anual de Proyecto FY2015. Nicaragua: PrevenSida; 2015
29. Diagnóstico sobre el control interno y las condiciones de almacenamiento de los insumos médicos en 16 ONG's que atienden a PEMAR. Proyecto DELIVER, 2013.
30. PEPFAR. Monitoring, Evaluation, and Reporting Indicator Reference Guide. Marzo 2015
31. Entrevista Dra. Marianela Corriols. Septiembre 2015. USAID|Nicaragua. Managua, Nicaragua. EYJR.
32. Política equidad de género USAID
33. USAID/PREVENSIDA Capacidades institucionales y técnicas de las organizaciones de la sociedad civil que son de la comunidad LGBT Línea de base. Managua, Nicaragua. Octubre 2013.
34. PEPFAR. Guía del Programa para la Integración de la Prevención de la violencia de género y la respuesta en los programas de PEPFAR ([http: / /www.aidstar-one.com/focus_areas/gender/resources/pepfar_gbv_program_guide](http://www.aidstar-one.com/focus_areas/gender/resources/pepfar_gbv_program_guide))
35. PEPFAR. Monitoring, Evaluation and Reporting Indicator Reference. Guide. Marzo 2015.

ANEXOS

ANEXO I: Tablas

Tabla I.USAID/Nicaragua Socios y Proyectos Implementadores

Implementing partner/project name	Activities	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
PSI/PASMO- Proyecto de Prevención de VIH Sida	Prevention: BCC, VCT Quality	x	x	x	R	R	R	R	R
IntraHealth/Capacity	HSS-Hospital quality services		x	x					
NicaSalud/Famisalud	Prevention in rural settings	x	x	x					
URC/HCI	PMTCT, S&D, VCT		x	x	X	x	x	x	
URC/ASSIST	Pre-service training							x	x
MSH/Pronicass	HSS and pre-service training	x	x	x	x				
URC/PrevenSida	Combined Prevention among key populations; pre-service and in service training with NGOs					x	x	x	x
JSI/Deliver	Logistic and pre-service training with universities					x	x	x	x
RTI/Alliances 2 [®]	Prevention in work places, in service training for private sector							x	X
Futures Group/PASCA	Policy Environment and Strategic information				x	x	x	x	
SCMS	Logistics						x		

Fuente: TDR Evaluación del Componente de Capacitación VIH. Nicaragua 2015

Tabla 2. Bilateral HIV program in Nicaragua under the Central America Partnership Framework (2010-2015)

Component	Problem addressed	Objectives	Strategic interventions/ Key activities	Implementing Partners/Projects
<i>Prevention</i>	Insufficient coverage of primary and secondary preventive services for key populations	To increase healthy behaviors among key populations to reduce HIV transmission	<p>Develop and implement innovative cost effective, context appropriate and evidence based preventive interventions.</p> <p>Improve the screening, diagnosis and treatment of STIs.</p> <p>Expand access to VCT services for key populations at all levels</p>	<p>PSI/PASMO: HIV Regional combined prevention</p> <p>URC: Prevensida</p>
<i>Health System Strengthening</i>	<p>Dependence on external aid</p> <p>Institutional weaknesses</p> <p>ARV/rapid tests stockouts</p>	<p>To build capacity in service delivery, health work.</p> <p>force and essential medical products</p>	<p>Strengthen institutional capacity to improve and expand HIV/AIDS quality service delivery to key populations, including laboratories.</p> <p>Develop methodologies and implement activities to improve institutional and human resource capacity to respond effectively to the HIV/AIDS epidemic among key populations.</p> <p>Strengthen the commodities and supply chain management systems to ensure minimum stock-outs, delays and increased coverage</p>	<p>URC: Prevensida JSI: Deliver</p> <p>SCMS Regional</p>
<i>Strategic information</i>	<p>Insufficient use of information.</p> <p>Insufficient knowledge of key</p>	To build the capacity to monitor and use information that enhances understanding of the	Strengthen M&E by promoting the use of data for decision making.	<p>Futures Group: HIV Regional PASCA</p> <p>URC: Prevensida</p>

Component	Problem addressed	Objectives	Strategic interventions/ Key activities	Implementing Partners/Projects
	<p>populations.</p> <p>Lack of effective register system.</p>	<p>epidemic and enables appropriate actions to be taken</p>	<p>Support the development of sustainable and harmonized information systems including new approaches suitable to concentrated epidemics.</p> <p>Strengthen the collection, analysis, interpretation, and dissemination of data to characterize the epidemic focusing on high-risk and vulnerable populations.</p>	<p>PSI/PASMO: HIV Regional combined prevention</p> <p>JSI: Deliver; URC: Prevensida</p>
<i>Policy Environment</i>	<p>Limited GON funding.</p> <p>Stigma and discrimination.</p> <p>Gender inequities.</p> <p>Insufficient participation from other sectors (other GON, private sector, NGOs)</p>	<p>To improve the policy environment for reaching the ultimate goal of Universal access to HIV/AIDS services</p>	<p>Support the development and implementation of policies with multisectoral involvement to reduce stigma and discrimination (related to sexual orientation, sexual identity, HIV status, occupation and other), gender based violence and gender inequities.</p> <p>Strengthen the design, management and implementation of GF HIV grants.</p> <p>Promote multisectoral involvement and CSO capacity to effectively participate in strategic planning, policy design, implementation and monitoring.</p>	<p>Futures Group: PASCA</p> <p>URC: Prevensida</p>

Fuente: TDR Evaluación del Componente de Capacitación VIH. Nicaragua 2015

Tabla 3. Indicadores de monitoreo del componente del Programa VIH/USAID

No	Indicadores	Proyecto (línea investigativa)
	INDICADORES DE PROVISION DIRECTA DE SERVICIOS DE PREVENION Y CUIDADOS	
1	No de Individuos recibiendo CPV y recibiendo sus resultados	PrevenSida (prueba rápida)
2	No de personas con VIH recibiendo un paquete mínimo de servicios preventivos y de cuidados	PrevenSida (prevención y cuidados)
3	No de PEMAR alcanzados con Prevención Combinada a.- Trabajadores Sexuales b.- Usuarios de drogas inyectables c.- Hombres que tienen sexo con Hombres d.- Otras poblaciones vulnerables	PrevenSida (prevención PC) Alianzas II (prevención trabajadores sector privado)
	INDICADORES DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	
4	No Laboratorios con capacidad para realizar pruebas clínicas	PrevenSida (FSS-laboratorio)
5	No de nuevos trabajadores de salud graduados de institución pre servicios	HCI y ASSIST (médicos, enfermeras) DELIVER (médicos, enfermeras, farmaceuticos)
6	No de trabajadores comunitarios que completan un programa de capacitación pre servicios	PrevenSida (gerencia, administración, técnicos VIH)
7	No de Trabajadores de salud capacitados en servicios	HCI, DELIVER (profesores universitarios) PrevenSida (trabajadores de ONGs) Alianzas II(médicos y enfermeras de puestos de salud de empresas)
8	No de ONG fortalecidas con asistencia técnica	PrevenSida (PAC) DELIVER (logística) ASSIST (pre servicio)
	Ejes transversales - Género (VBG, LGBTI) - Estigma y Discriminación - Fortalecimiento Institucional	Todos los proyectos

Fuente: TDR Evaluación del Componente de Capacitación VIH. Nicaragua 2015

Tabla 4. Matriz metodológica según las preguntas de los TDR

Pregunta	Tipo de pregunta	Tipo de información	Metodología	Fuente de Datos	Método de muestreo
QG	Descriptiva	Cuantitativa, cualitativa	Análisis de resultados	Q1-Q5	Todo el proceso
Q1, Q2, Q3	Comparativo	Cualitativa, cuantitativa	Revisión de la literatura	Secundaria	Todos los documentos disponibles
Q1, Q2, Q3	Comparativa	Cuantitativa, cualitativa	Revisión de informes de desempeño de proyecto (cumplimiento de indicadores) Observación y visitas de campo a una muestra de implementadores, contrapartes, y beneficiarios Discusiones de grupos focales Entrevistas individuales y grupales usando guías o cuestionarios	Primaria	Conveniencia en relación con el total de capacitados en todo el período 100% de proyectos, ONGs y universidades activas 5 proyectos 12 ONGs 8 universidades
Q4, Q6	Normativa	Cualitativa y cuantitativa	Análisis de resultados	Secundaria	Todos los documentos
Q5	Descriptiva	Cualitativa	Análisis de resultados	Secundaria	Todos las conclusiones

Fuente: Plan de Trabajo. Evaluación del Componente de Capacitación VIH. Nicaragua 2015

Tabla 5. Instrumentos de evaluación según niveles de gerencia

QG ¿Hasta qué punto el programa U SAID/Nicaragua VIH ha implementado con éxito el componente de capacitación?	
Q1: Basado en los indicadores seleccionados para monitoreo del componente de capacitación del Programa de VIH en Nicaragua	hasta qué punto el Programa de VIH USAID/ Nicaragua alcanzó sus objetivos esperados hasta la fecha y ¿cuál es la cobertura
Q2: Para los componentes que han progresado como se esperaba	a) ¿Cuál es el nivel de logro en cada componente? b) ¿Fueron los diseños del programa validadas para asegurar éxito en el desempeño? c) Para los objetivos de VIH que se lograron, ¿existe el potencial para sostener este logro? Si no, ¿qué debe hacerse para aumentar la sostenibilidad? d) ¿Cuáles son los riesgos para seguir avanzando y qué se puede hacer para mitigar esos riesgos? e) ¿Cuál fue la contribución del programa regional de VIH a los avances logrados en cada uno de los componentes estratégicos? f) ¿Hasta qué punto los factores externos, como los acontecimientos inesperados dentro del país, ayudaron al progreso? g) ¿Hubo aspectos particularmente positivos de diseño de cada proyecto, implementación y evaluación que contribuyeron al logro de resultados?, si es así, ¿Cuáles son?
Q3: Para aquellos componentes donde no se ha avanzado como se esperaba:	a) ¿Cuál es el nivel de logro en cada componente?, b) ¿Qué causó la falta de plena realización? c) ¿Qué acciones se tomaron para intentar mejorar el logro de los objetivos de los componentes y qué impacto han tenido? d) ¿Son los diseños (incluyendo personal de proyecto, gestión y presupuesto) y enfoques técnicos de proyectos apropiados y adecuados? Si no, que se necesita cambiar para mejorar los logros? e) ¿Hubo aspectos particulares de cada proyecto en el diseño, implementación y evaluación que contribuyó a la falta de logro de resultados? Si es así, ¿Cuáles fueron? f) ¿Hasta qué punto factores externos, como los acontecimientos inesperados dentro del país, obstaculizaron el progreso?
Q4: ¿Ha contribuido a la equidad de género el componente de capacitación USAID/Nicaragua VIH?	a) ¿Los proyectos integraron consideraciones de género en su diseño, actividades e indicadores, y desarrollaron medidas para aumentar la participación de las poblaciones vulnerables en las actividades del Programa de USAID. Sí es así cómo lo hicieron y cuál ha sido el impacto? b) ¿Los proyectos integraron consideraciones específicas de LGBT, incluyendo actividades específicas para abordar el estigma y la discriminación entre estas poblaciones claves? ¿Qué específicamente han hecho y qué resultados obtienen? c) ¿Aplicaron estrategia para aumentar la sostenibilidad de estos logros de género? Si es así, que hicieron?
Q5: ¿Cuáles son las recomendaciones en los distintos niveles?	Local, contrapartes, mecanismos de implementación, sistema de M & E de la Misión, TraiNet, y el Sistema de registro único?
Q6: ¿Cuál fue la calidad de registro de las actividades de capacitación en los diferentes niveles	

Fuente: TDR Evaluación del Componente de Capacitación VIH. Nicaragua 2015

Tabla 6. Instrumentos de evaluación según niveles de gerencia

Nivel	Instrumento	Sector
Gerencia estratégica	Guía de entrevista a USAID	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dra. Marianela Corriols 2. Lic. Marcela Villagra
	Guía de entrevista a directores de proyectos socios de USAID	<ol style="list-style-type: none"> 1. PrevenSida: CoP, asesores en DO, calidad M&E 2. DELIVER: CoP, Universidades/M&E 3. HCI-ASSIST: CoP, Universidades, M&E 4. USAID PASCA: CoP 5. USAID Prevención Combinada: CoP
Gerencia operativa con ONGs	Guías de entrevistas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Directoras y directores de ONG 2. Personal técnico y administrativo 3. Personal de Promotoría 4. Beneficiarias y beneficiarios de las poblaciones claves
Gerencia operativa con universidades y otros socios	Guías de entrevistas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Decanos 2. Coordinadoras y coordinadores de carreras 3. Coordinadoras y coordinadores de áreas 4. Personal docente 5. Estudiantes
	Guía de entrevista	COSEP- Representantes del sector privado

Fuente: Plan de Trabajo. Evaluación del Componente de Capacitación VIH. Nicaragua 2015

Tabla 7. Entrevistas Gerencia USAID

No	Personas entrevistadas	Institución
1	Marianela Corriols	USAID
2	Marcela Villagra	USAID
3	Carolina Arauz	USAID DELIVER
4	Maritza Narváez	URC USAID
5	Ivonne Gómez	URC USAID
6	Danilo Núñez	USAID ASSIST
7	Yudy Wong	USAID PrevenSida
8	Oscar Núñez	USAID PrevenSida
9	Rafael Arana	USAID PrevenSida
10	Ana Christian Largaespada	USAID PASCA
11	Martha Karolina Ramírez	USAID PASMO
12	María Lourdes Aragón	USAID PASMO
13	Miguel Orozco Valladares	CIES-UNAN
14	Norman Gutiérrez	CEPRESI

Fuente: Base de Datos. Evaluación del Componente de Capacitación VIH. Nicaragua 2015

Tabla 8. Proceso de trabajo de campo

No	Territorio	ONG/Universidad/ Empresas	Poblaciones metas	Fechas
1	Managua	SOCIOS/USAID		07- 12 sept
		CEGODEM	HSH	21-12 de oct.
		CEPRESI	HSH	
		ANICP +VIDA	PVIH	
		ASONVIHSIDA	PVIH	
		IXCHEN	TS	
		OVI	HSH	
		ADESENI	TRANS	
		UNAN- MGA	Estudiantes - docentes	
		UNAN-Managua	Coordinador de área	12 de octubre
		UNICYT	Estudiantes - docentes	22-25 sept.
		POLISAL	Estudiantes - docentes	22-25 sept.
		UPOLI	Estudiantes - docentes	01-03 de Oct.
		COSEP	Empresas	28 sept.
		CIES		30 sept.

2	Masaya	ODETRANS	TRANS	29 sept.
3	Chinandega	GAO	PVIH	22-23 sept.
4	León	GAO	PVIH	
		UNAN- LEON	Estudiantes - docentes	
5	Matagalpa	FAREM Matagalpa	Estudiantes - docentes	23-24 sept.
		Agente de cambio	Director ONG	23-24 sept.
6	Ocotal	CEPS	HSH y Poblaciones móviles	28-29 sept.
7	Rio San Juan	Fundación San Lucas	TS, PVIH, HSH y Poblaciones móviles	28-29 sept.
8	RAAN	Movimiento de Diversidad Sexual	HSH, TRANS, TS	30 sept- 01 Oct.
		URACCAN	Estudiantes - docentes	
9	RAAS	Asociación Campaña Costeña Contra el Sida.	HSH, TRANS, TS	30 sept- 01 Oct.
		Movimiento de Diversidad Sexual	HSH, TRANS, TS	
		BICU	Estudiantes - docentes	

Fuente: Plan de Trabajo. Evaluación del Componente de Capacitación VIH. Nicaragua 2015

Tabla 9. Entrevistas Universidades

Departamentos	Universidades	Encuestas			Total
		Coordinación	Docentes	Estudiantes	
RACS	BICU	3	9	21	33
Matagalpa	FAREM	1	3	0	4
Managua	POLISAL	7	2	5	14
León	UCAN	2	3	12	17
León	UNAN-LEÓN	2	10	14	26
Managua	UNAN-Managua	6	6	57	69
Managua	UNICIT	1	1	19	21
Managua	UPOLI	1	3	13	17
RACN	URACCAN	1	4	7	12
TOTAL		24	41	148	213

Fuente: Base de Datos. Evaluación del Componente de Capacitación VIH. Nicaragua 2015

Tabla 10. Entrevistas Organizaciones

Departamentos	Organizaciones	Encuestas			
		Gerencia	Promotores	Voluntarios PEMAR	Total
RACS	ACCCS	1	4	1	6
LEON	ADESENI	1	3	2	6
MATAGALPA	AGENTE DE CAMBIO	1			1
RACN	AMODISEC	1			1
MANAGUA	ANIC+VIDA	2	5		7
MANAGUA	ASONVIHSIDA	1	2		3
MANAGUA	CEGODEM	1	6		7
MANAGUA	CEPRESI	1	3		4
MANAGUA	CEPS	1			1
NVA SEGOVIA	CEPS OCOTAL	1	4	5	10
RIO SAN JUAN	FUNDACION SAN				
	LUCAS	1	3	4	8
LEON	GAO	2	4	3	9
MANAGUA	IXCHEN	4	5	1	10
RACS	MDS-RAAS	1	3	1	5
MANAGUA	ODETRANS	1	3	1	5
MANAGUA	OVI	2	4		6
Total		22	49	18	89

Fuente: Base de Datos. Evaluación del Componente de Capacitación VIH. Nicaragua 2015

Tabla 11. Cumplimiento de Metas e Indicadores Claves

COMPONENTE	AREAS TEMÁTICAS	N° de personas	Total participaciones
Gerencial	Diseño plan estratégico	5	5
	Facilitadores en gestión financiera	19	33
	Facilitadores Gerencia, liderazgo y PE y operativa	16	52
	Facilitadores Gestión del conocimiento, M&E	5	19
	Garantía de la calidad	34	62
	Gestión de la Calidad	5	10
	Uso de Herramientas en geo referencia	7	18
	Uso de QGIS mapeo de puntos georreferenciado	0	15
Derechos Humanos, Estigma y Discriminación	Estigma y discriminación	9	14
	Facilitadores en promoción y defensa DH	28	71
	GÉNERO	15	46
	Género	22	47
	Trata de personas	2	45
	Trata de persona	2	39
Prevención	Facilitadores en prevención combinada	5	21

	Prevención combinada	45	91
	Prevención y atención combinada PVIH	23	31
Monitoreo y Evaluación	Excel intermedio	5	9
	Facilitadores en M&E y Registro Único	9	20
	Facilitadores en registro único	8	29
	Registro único de PEMAR y PVIH	31	57
Prueba VIH	Actualización en pruebas de VIH	5	16
	Realización de prueba rápida de VIH	16	23
Total		316	773

Fuente: Informes Anuales Proyectos USAID 2010-2015. Nicaragua 2015

Tabla 12. Listado de ONG apoyadas por USAID|PrevenSida. 2011- 2015

No.		LB				Evaluación a sept 2014				Calificación
		Gerencia	Admón y finanzas	Serv. Preventivos	Global	Gerencia sept 14	Admón y finanzas sept 14	Serv. Preventivos sept 14	Global sept 14	
1	CEPRESI	80.0%	83.3%	83.8%	82.3%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	Excelente
2	IXCHEN	70.0%	95.0%	68.0%	94.8%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	Excelente
3	FADCANIC	77.5%	100.0%	33.0%	64.6%	100.0%	100.0%	99.0%	99.6%	Excelente
4	GAO	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	100.0%	100.0%	100.0%	99.6%	Excelente
5	OVI	41.3%	61.7%	56.0%	52.5%	100.0%	99.0%	100.0%	99.6%	Excelente
6	ICAS	62.5%	90.0%	57.0%	67.1%	100.0%	98.3%	99.0%	99.2%	Excelente
7	CEPS	91.3%	88.3%	95.0%	91.5%	93.8%	97.0%	100.0%	96.7%	Excelente
8	FSL	51.3%	61.7%	26.0%	42.7%	93.8%	100.0%	100.0%	96.3%	Excelente
9	CEGODEM	35.0%	25.0%	25.0%	28.3%	97.5%	95.0%	94.0%	95.4%	Excelente
10	ANICP+VIDA	40.0%	53.3%	37.5%	42.7%	100.0%	100.0%	94.0%	95.4%	Excelente
11	ASONVIHISDA	52.5%	36.7%	56.3%	41.4%	91.3%	100.0%	91.3%	95.4%	Excelente
12	ACCCS	27.5%	30.0%	43.8%	34.1%	100.0%	93.3%	100.0%	93.3%	Excelente
13	GAVIOTA	51.3%	61.7%	26.0%	42.7%	90.0%	93.3%	86.0%	89.0%	Graduada
14	MDS-RAAS	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	100.0%	70.0%	98.0%	91.7%	Necesita mejoramiento
15	ADESENI	30.0%	41.7%	36.3%	35.5%	78.8%	70.0%	90.0%	81.7%	Necesita mejoramiento
16	MODISEC RAAN	32.5%	25.0%	25.0%	27.5%	88.8%	89.0%	56.7%	82.0%	Necesita mejoramiento
17	IDSDH	50.0%	63.3%	52.0%	60.1%	61.3%	63.3%	88.8%	72.3%	Necesita mejoramiento
18	RDS	62.5%	66.6%	61.3%	64.5%	62.5%	93.3%	71.3%	74.5%	Necesita mejoramiento
19	AGENTE DE CAMBIO	32.5%	31.7%	51.0%	40.3%	57.5%	90.0%	87.0%	77.1%	Necesita mejoramiento
20	ADISNIC Matagalpa	43.8%	50.0%	25.0%	40.0%	57.5%	80.0%	70.0%	69.5%	Necesita mejoramiento
21	MOVISEX RSJ	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	63.8%	46.7%	77.5%	64.0%	Necesita mejoramiento
22	ODETRANS	27.5%	25.0%	56.3%	35.3%	58.8%	41.7%	75.0%	56.7%	Necesita intensa AT
23	ADISNIC Chinandega	36.3%	25.0%	41.3%	36.0%	43.8%	43.8%	35.0%	53.8%	Necesita intensa AT
24	ANIT	26.3%	25.0%	32.5%	28.6%	40.0%	73.3%	53.8%	50.3%	Necesita intensa AT
25	HIJAS DE LA LUNA	25.0%	38.3%	40.0%	34.3%	42.5%	41.7%	45.0%	43.3%	Necesita intensa AT
26	Digeorsex	25.0%	25.0%	25.0%	46.3%	42.5%	30.0%	46.3%	42.0%	Necesita intensa AT
27	MOJUJS	25.0%	25.0%	42.0%	32.7%	31.3%	31.7%	53.8%	38.0%	Necesita intensa AT

Fuente: Informes Anuales Proyectos USAID 2010-2015. Nicaragua 2015

Tabla 13. Cobertura PrevenSida

Cobertura a poblaciones-Red PrevenSida															
Proyectos	FY11			FY12			FY13			FY14			FY15		
	Meta	Total	%	Meta	Total	%	Meta	Total	%	Meta	Total	%	Meta	Total	%
No de Individuos recibiendo CPV y recibiendo sus resultados															
PrevenSida	10000	9255	93	10745	6472	60	10000	12509	125	14000	14305	102	10000	9150	92
No de personas con VIH recibiendo un paquete mínimo de servicios preventivos															
PrevenSida				300	404	135	300	780	260	500	1125	225	500	2485	497
No de PEMAR alcanzados con Prevención Combinada															
PrevenSida	155000	141739	91	35000	30220	86	37000	69425	188	54500	72955	134	37000	38988	105
Trabajadoras sexuales	15500	11833	76	3000	2925	98	3500	6885	197	4500	7952	177	3500	6178	177
HSH	57350	39479	69	7245	6560	91	20000	21603	108	29430	34319	117	20000	22436	112
Otras poblaciones	82150	90436	110	25000	20696	83	13500	40905	303	20570	30684	149	13500	10372	77
Allianza2							10000	10350	104						

Fuente: Base de datos e Informes anuales de USAID|PrevenSida.

Tabla 14. Cumplimiento de indicadores 2011-2015

Desarrollo de capacidades institucionales-Red PrevenSida															
Proyectos	FY11			FY12			FY13			FY14			FY15		
	Meta	Total	%												
No Laboratorios con capacidad para realizar pruebas clínicas															
PrevenSida	4	5	125	4	2	50	5	8	160	5	7	140	10	7	70
No de trabajadores comunitarios que completan un programa de capacitación pre servicios															
PrevenSida	60	37	62				46	35	76	71	128	180			
No de Trabajadores de salud capacitados en servicios															
PrevenSida	260	428	165	500	733	147	500	794	159	560	1044	186	150	630	420
No de ONG fortalecidas con asistencia técnica															
PrevenSida	8	8	100	12	12	100	20	18	90	20	28	140	20	14	70
DELIVER							16	16	100	42	42	100	12	12	100
ASSIST													3	3	100

Fuente: Base de datos e Informes anuales de USAID|PrevenSida.

Tabla 15. Porcentaje de cumplimiento de indicadores del Proyecto-Red PrevenSida.

Indicador/Proyectos	FY11-FY15		
	Meta	Total	%
No de laboratorios que realizan la prueba			
PrevenSida	28	29	104
No de trabajadores capacitados en pre-servicio			
PrevenSida	177	200	113
No de trabajadores de la salud capacitados en servicios			
PrevenSida	80	80	100
DELIVER	70	70	100
ASSIST	3	3	100

Fuente: Base de datos e Informes anuales de USAID|PrevenSida.

Tabla 16. Capacitación en pre-servicio y servicio en universidades

No de nuevos trabajadores de salud graduados de institución pre servicios															
Proyectos	FY11			FY12			FY13			FY14			FY15		
	Meta	Total	%	Meta	Total	%	Meta	Total	%	Meta	Total	%	Meta	Total	%
HCI				1000	692	69	500	829	166						
No de nuevos trabajadores de salud graduados de institución pre servicios															
Proyectos	FY11			FY12			FY13			FY14			FY15		
	Meta	Total	%	Meta	Total	%	Meta	Total	%	Meta	Total	%	Meta	Total	%
ASSIST										500	423	85	550	661	120
No de nuevos trabajadores de salud graduados de institución pre servicios															
Proyectos	FY11			FY12			FY13			FY14			FY15		
	Meta	Total	%	Meta	Total	%	Meta	Total	%	Meta	Total	%	Meta	Total	%
DELIVER							100	156	156	150	61	41	150	208	139

Fuente: Base de datos e Informes anuales de los proyectos socios de USAID

Tabla 17. Capacitación en servicio en universidades

No de Trabajadores de salud capacitados en servicios															
Proyectos	FY11			FY12			FY13			FY14			FY15		
	Meta	Total	%	Meta	Total	%	Meta	Total	%	Meta	Total	%	Meta	Total	%
ALLIANZA2							100	127	127						
No de Trabajadores de salud capacitados en servicios															
Proyectos	FY11			FY12			FY13			FY14			FY15		
	Meta	Total	%	Meta	Total	%	Meta	Total	%	Meta	Total	%	Meta	Total	%
HCI	0			190	528	278	300	328	109	50	107	214	50	55	110

Fuente: Base de datos e Informes anuales de los proyectos socios de USAID

Tabla 18. Actividades de transferencia técnica a universidades DELIVER 2014-2015

Universidad	Carrera	Actividades para la Transferencia Técnica
UNAN-León	Facultad de Ciencias Químicas	Creación de Asignatura de Farmacia de Comunidad y texto guía. Capacitación 105 estudiantes Creación Aula Virtual Elaboración de texto "Metodología de Investigación en salud aplicada a la elaboración de trabajos monográficos".
	Facultad de Ciencias Médicas	Incorporación de 4 temas del PP en módulos de Administración y Gerencia en Salud y Atención Primaria en Salud
UNAN-Managua	Enfermería	Incorporación de 6 temas del Paquete pedagógico. Capacitación 16 docentes 40 estudiantes
	Farmacia	Implementación Maleta pedagógica en Farmacia comunitaria y de hospitales. Capacitación 51 docentes. Fortalecimiento del aula tecnológica de farmacia
BICU	Medicina	Entrega paquete pedagógico (4) para docentes y estudiantes (30) Logística y uso racional.
UCAN- León	Farmacia	Entrega paquete pedagógico (12) revisión de contenidos.

UNICIT	Farmacia	Elaboración del Programa de la asignatura Administración Farmacéutica y de laboratorio con un texto guía (MP).
--------	----------	--

Fuente: Informes anuales USAID | DELIVER

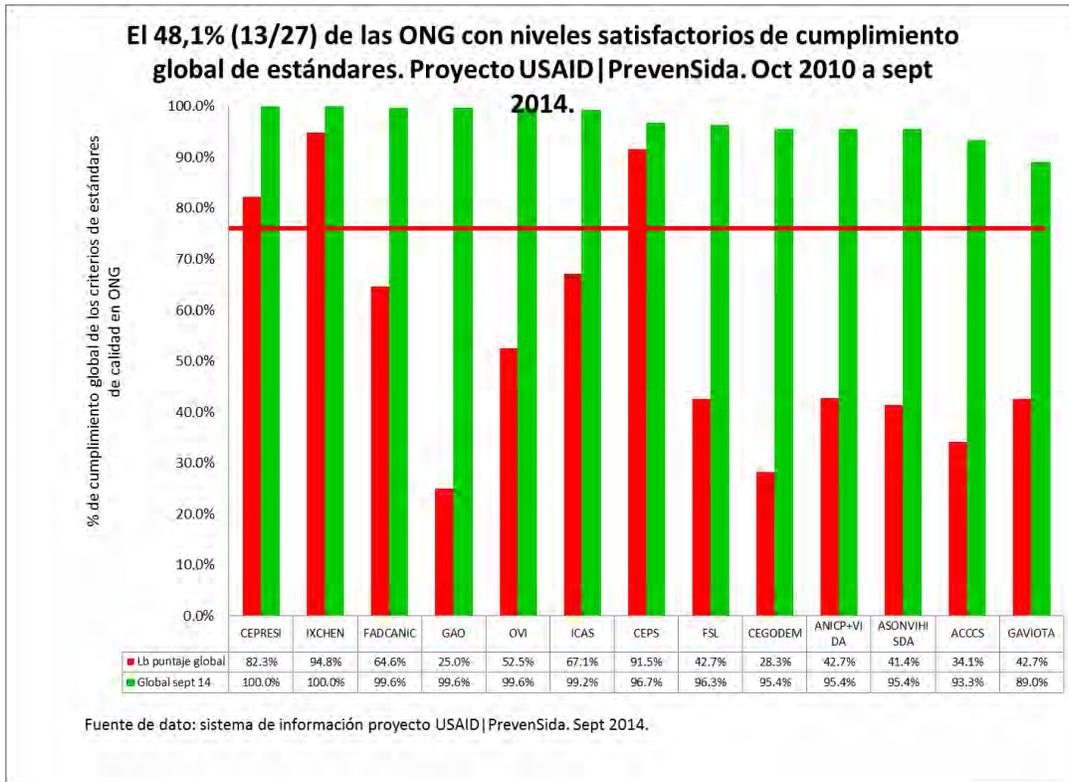
Tabla No. 19. Fases para la consolidación del componente de capacitación del Programa Bilateral de VIH/USAID Nicaragua.

Antes de 2010	Diseño e inicio 2010-2011	Expansión 2012-2013	Consolidación PC 2014-2015	Validación modelo integral y continuado
Salud Materna y perinatal, PF Descentralización de TAR y CPV Manejo sintomático de ITS Trasmisión vertical de VIH	Definición de modelo de Prevención combinada y Comunicación para el cambio de comportamiento	Validación de modelo de accesibilidad, generación de confianza en Población clave	Modelo preventivo y de atención a PVV centrado en la calidad y sostenibilidad	Modelo integral y continuado con enfoque social y de DH/EyD
Elaboración de protocolos, estándares e indicadores de calidad	Definición de estándares para OSC (Gerencia, Admón, Prevención)	Idem	Aplicación de SIMS/PEPFAR, formulación de planes de gestión de calidad	Revisión y reformulación de estándares según modelo integral y continuado y según SIMS y PGC
Capacitación en servicio de equipos multidisciplinares y responsables de farmacia	Diseño y desarrollo de dos programas de capacitación pre-servicio. Gerencia (CIES)-Prevención (CEPRESI)	Capacitación en servicio (Equipo PrevenSida). Prioridad modelo de prevención en medianos y grandes grupos	Capacitación en pequeños grupos, mayor desarrollo de visitas de asistencia técnica y "couching". Prioridad DDHH/EyD	Formulación de programas por competencias y perfil. Ajuste a diferenciación de ONG/OPC/Universidades
Sistemas de registro, sistematización del monitoreo	Diseño y primer reporte anual del Sistema de registro único basado en "contactos". Discrepancias en reporte de graduados de capacitación pre-servicio	Discrepancias en número de participaciones en capacitación en servicios, entre reportes y registro	Discrepancias en número de participaciones en capacitación en servicios, entre reportes y registro	Registro identifica participaciones, personas, eventos y programas. Se da seguimiento diferenciado ONG/OPC, subvencionadas y no subvencionadas
	Línea de base de cumplimiento de estándares (Sep/2010), 1ª medición de seguimiento (Sep/2011). No hay variación significativa	Todas las ONG's sobrepasan índice de 75% de cumplimiento de estándares. Solo minoría de OPC es lento el desarrollo de sus capacidades	Mayoría de ONG's sobrepasan índice de 95% de estándares cumplidos.	Ajustados estándares con prioridades derivadas de SIMS y PGC

Fuente: Informes Anuales USAID/Nicaragua

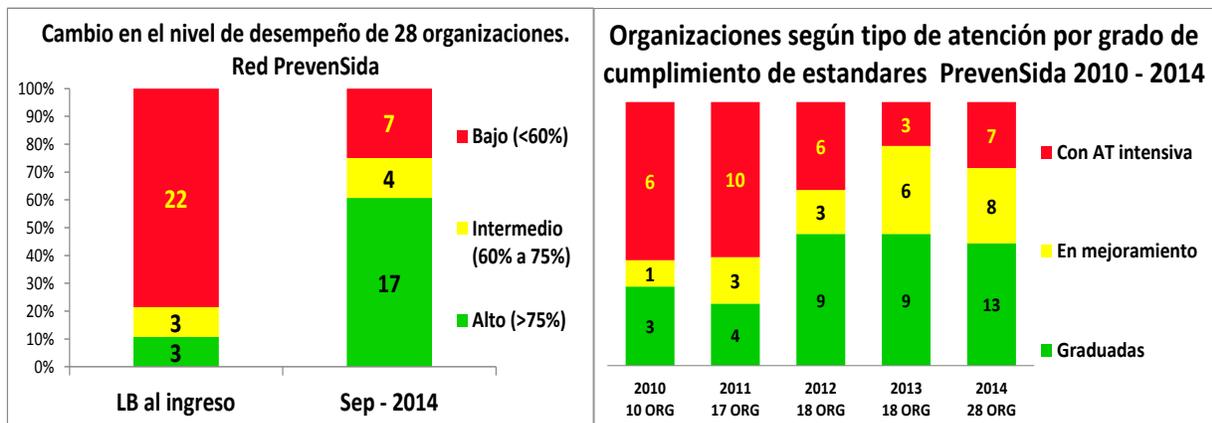
ANEXO 2. Gráficos

Gráfico No.1. Niveles de cumplimiento de las ONG según estándares de medición



Fuente: Informe FY15 PrevenSida

Gráfico No.2. Organizaciones según nivel de desempeño en el cumplimiento de estándares



Fuente: Informe Anuales de USAID | PrevenSida

Gráfico No.3. Nivel de cumplimiento entre ONG y OPC

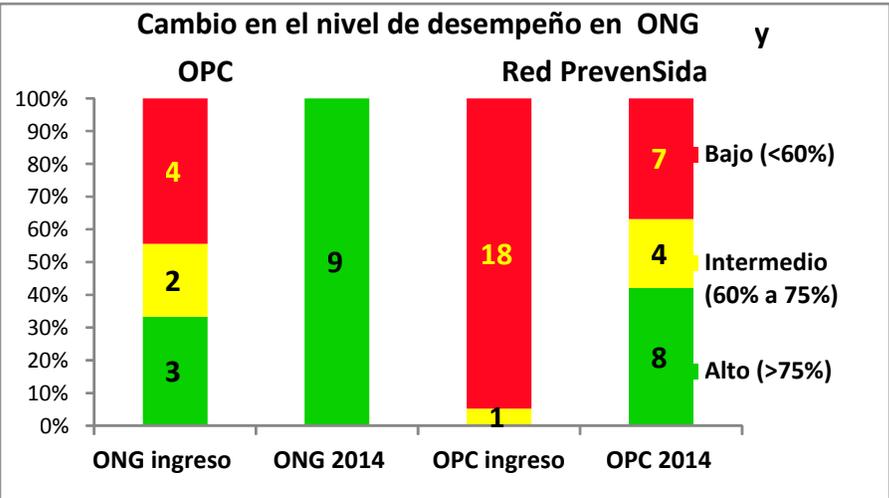
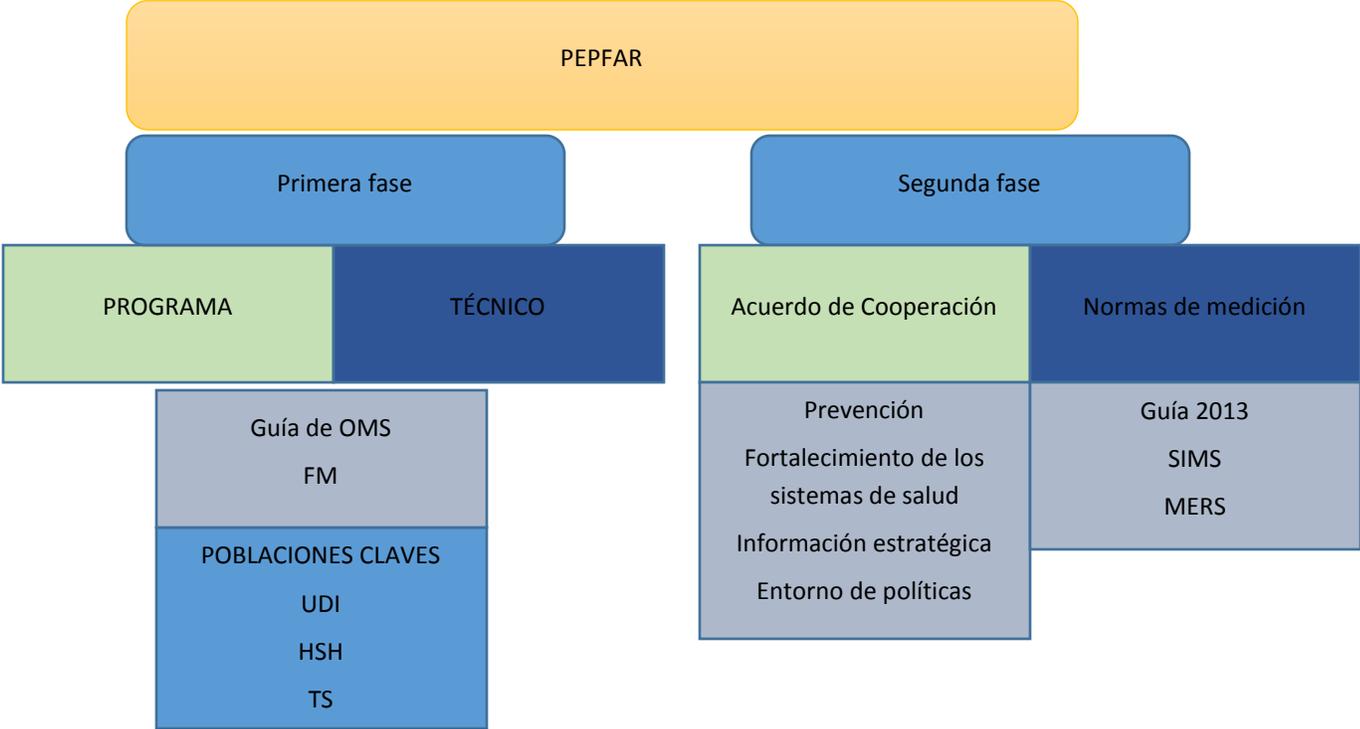


Gráfico 4. Fases de PEPFAR en Nicaragua



ANEXO 3. Cronograma y Entregables

TAREA	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
1. Proponer el plan de trabajo y la metodología y breve reunión con USAID. Del 21-27 Ago.	■				
2. Recopilar información (fuentes secundarias) Del 21 Ago-04 de sept.	■				
3. Realizar entrevistas con los socios y Misión. Del 28 - 11 de sept.		■			
4. Llevar a cabo la revisión de toda la información disponible / evidencia de indicadores componentes de capacitación VIH. Del 05 - 19 de Sept.			■		
5. Llevar a cabo visitas a los grupos beneficiarios seleccionados. Del 21 de sept- 03 Oct.			■		
6.Redacción y envío de primer borrador. Del 03 al 31 de Octubre			■		
6. Redacción y presentación a la USAID de primer borrador del informe de evaluación (Q1-Q5). Del 31 de oct. Al 06 nov.				■	
8. Redacción y presentación del segundo borrador (español) a USAID para su revisión y aprobación. Del 06 -21 nov.				■	
9. Validación del informe español con socios y beneficiarios. Del 23 -28 nov.				■	
10. Informe final elaborado y presentado (español) para la aprobación de USAID. Del 30 nov-05 dic.					■
11.Revisiones y comentarios de USAID. Del 07 -12 dic.					■
12. Informe final traducido al Inglés y presentado para la USAID. Del 12 -19dic.					■
Aceptación USAID					■

Fuente: Plan de Trabajo. Evaluación del Componente de Capacitación VIH. Nicaragua 2015

Productos:

El equipo de evaluación completará los siguientes productos:

1. Plan de trabajo y metodología: El equipo de evaluación propuso un plan de trabajo conciso y metodología. El plan de trabajo y herramientas de recolección de datos propuestos se presentaron a la contraparte de la evaluación de USAID Nicaragua y a los proyectos socios a través de una reunión para su aprobación por el Comité de las Regiones a más tardar seis días hábiles a partir de la firma del contrato (10 páginas).
2. Revisión y análisis documental: Los proyectos socios de USAID facilitaron información en físico y digital para el proceso de evaluación y para la elaboración de instrumentos de recolección de información. Se elaboraron 4 instrumentos de recolección de información: guía de entrevistas a personal directivo de las ONG y coordinadores de carrera de las universidades, guía de entrevista a PEMAR y estudiantes, guía de entrevistas a personal docente y de Promotoría de las organizaciones, así como una guía de entrevistas a personal de USAID.
3. Realización de trabajo de campo: Se llevó a cabo el proceso de recolección de información en las organizaciones y universidades, previas coordinaciones con los proyectos socios de USAID. Esta fase se desarrolló en tres semanas de trabajo de campo.
4. Procesamiento y análisis de información: Una vez aplicados los instrumentos se procedió realizar el procesamiento de la información cuali-cuantitativa generada del proceso de trabajo de campo y de la revisión documental, posteriormente se contrastó la información cuantitativa y cualitativa obtenida de la revisión documental y de los hallazgos en las bases de datos, como resultado de esta fase se cuenta con un informe borrador. Esta fase se llevó en 5 semanas
5. Presentación de resultados preliminares: En una reunión con socios de USAID el equipo de evaluación presentará las principales conclusiones y recomendaciones a través de una presentación de PowerPoint. La retroalimentación de estas presentaciones será incorporada en el primer proyecto de informe. Una vez firmada la lista de asistentes se presentará a Firmado lista de asistentes se presentó a la USAID como prueba de interrogatorio para fines de pago. Esta actividad se realizará en la primera semana de noviembre.
6. Proyecto de Informe de Evaluación de un proyecto de informe completo de los resultados y las recomendaciones se presentará a USAID / Nicaragua siguiendo el formato que se encuentra en la Sección XVIII de la Declaración de Trabajo. El informe debe describir claramente los resultados, conclusiones y recomendaciones. USAID proporcionará comentario sobre el proyecto de informe en el plazo de una semana de la presentación y el equipo va a preparar una versión actualizada del informe de evaluación (segundo proyecto de informe).
7. Eventos de validación: El segundo proyecto de informe serán validados a través de dos eventos separados para compartir resultados de la evaluación con los interesados para su revisión y comentarios: A) Asociados en la ejecución (estimado 10 participantes), b) las contrapartes (estimado 30 participantes). Todos los costos asociados con la celebración de los eventos (alquiler de local, refrescos, etc.) estarán cubiertos por el contratista. Firmado lista de asistentes se presentó a la USAID para ambos eventos como prueba de pago.
8. Evaluación final INFORME: El equipo consultor presentará un informe final en Inglés que incorpora las respuestas a los comentarios de la USAID y sugerencias de validación. Al recibir la aprobación del informe final de la USAID, 30 impresos / copias en papel con formato del informe se presentarán a la USAID, así como las versiones electrónicas en formato PDF y Microsoft Word.

ANEXO 4. Información Electrónica Disponible

Type of documents	Electronic access:
USAID documents	<p>HIV/AIDS Country profile. http://transition.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/lac/nicaragua_profile.pdf PEPFAR: http://www.pepfar.gov/about/index.htm Partnership Framework in Central America 2010-2015: http://www.pepfar.gov/countries/frameworks/central_america/index.htm</p>
Census and surveys Demography and health surveys	<p>Census 2005: http://www.inide.gob.ni/censos2005/CifrasCompleto.pdf ENDESA 2006/7. http://www.inide.gob.ni/endesa/Endesa_2006/InformeFinal06_07.pdf Encuesta Medicion Nivel de Vida http://www.inide.gob.ni/Emnv/Informe%20EMNV%202009.pdf</p>
Legal situation	<p>Ley 238. "Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA" http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127761.pdf</p>
Health sector	<p>Ministry of Health Health situation analysis 2000-2011: http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_content&view=article&id=24&Itemid</p>

Fuente: TDR. Evaluación del Componente de Capacitación VIH. Nicaragua 2015

STATEMENT OF WORK

HIV TRAINING COMPONENT EVALUATION

I. INTRODUCTION

Nicaragua, with a population of around 6 million, has a net population growth rate of 1.3 percent (2010) and is the second-poorest nation in the Western Hemisphere. USAID has supported health and other development programs in Nicaragua continuously since 1991, with significant expansion following Hurricane Mitch in 1998. The health program has focused on maternal and child health, water and sanitation, family planning/reproductive health (FP/RH), and HIV/AIDS.

Since 1998, USAID has been a leading donor in HIV assistance to Nicaragua, working closely with the GON, the private sector and multiple local NGOs, providing technical assistance on prevention, management, logistics and financial systems; and training health care providers and NGOs to ensure high quality services.

A Strategic Objective Agreement (SOAG) (signed 8/19/03) between the governments of the USA, acting through USAID, and Nicaragua, defined USAID's health program for the USAID strategy period 2003-2008. The SOAG did not include an HIV component, but some HIV activities were funded in different projects (PASMO, Famisalud, ADRA). The goal of USAID/Nicaragua's Office of Health and Education (OHE) for the Mission's 2003-2008 strategy, which was subsequently extended through 2013, is to contribute to achieving "Healthier, Better Educated People." The strategic objective (SO) framework includes three intermediate results (IR): IR 3.1 "Increased and Improved Social Sector Investment and Transparency", 3.2 "Increased and Improved Basic Education Opportunities" and 3.3 "Improved Integrated Management of Child and Reproductive Health", two of which are related to health.

From 2003-2009, Nicaragua's HIV program was funded through USAID Nicaragua and regional projects and some funds were invested in the FamiSalud project. The programmatic focus of the USAID support in this period was Health System Strengthening and Prevention. However, once the PEPFAR's Central America Partnership Framework (2010-2015) was signed, the HIV component of USAID's Health Program in Nicaragua was implemented as part of the regional strategy through a combination of projects – some field support implementing mechanisms based in USAID/Washington, regional projects and others developed exclusively for Nicaragua.

Table 1 USAID/Nicaragua implementing partners and projects

Implementing partner/project name	Activities	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
PSI/PASMO- Proyecto de Prevención de VIH Sida	Prevention: BCC, VCT Quality	x	x	x	R	R	R	R	R
IntraHealth/Capacity	HSS-Hospital quality services		x	x					
NicaSalud/Famisalud	Prevention in rural settings	x	x	x					
URC/HCI	PMTCT, S&D, VCT		x	x	x	x	x	x	
URC/ASSIST	Pre-service training							x	x
MSH/Pronicass	HSS and pre-service training	x	x	x	x				
URC/PrevenSida	Combined Prevention among key populations; pre-service and in service training with NGOs					x	x	x	x
JSI/Deliver	Logistic and pre-service training with universities					x	x	x	x
RTI/Alliances 2 [®]	Prevention in work places, in service training for private sector							x	X
Futures Group/PASCA	Policy Environment and Strategic information				x	x	x	x	
SCMS	Logistics						x		

These projects were designed to address four priority components identified in the PF:

Table 2 Bilateral HIV program in Nicaragua under the Central America Partnership Framework (2010-2015)¹

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

¹ Partnership Framework in Central America 2010-2015: http://www.pepfar.gov/countries/frameworks/central_america/index.htm

Component	Problem addressed	Objectives	Strategic interventions/ Key activities	Implementing Partners/Projects
	Gender inequities. Insufficient participation from other sectors (other GON, private sector, NGOs)	access to HIV/AIDS services	gender based violence and gender inequities. Strengthen the design, management and implementation of GF HIV grants. Promote multisectoral involvement and CSO capacity to effectively participate in strategic planning, policy design, implementation and monitoring.	

HIV funding

At national level, USAID/Nicaragua has invested US\$ 111,857, 000 in health programs between FY98-FY12. Of that total, US\$16,500,000 has been invested in HIV activities, representing 14.7% of the total health budget.

II. PROGRAM IDENTIFICATION DATA

HIV bilateral program

Program implementation dates: October 1, 2010 – September 30, 2016

Program evaluation dates: October 1, 2010 – to date

Program planned funding: \$9,000,000 approximately

Training Component planned funding: 30%

Implementing partners/Bilaterally-funded projects:

- University Research Corp (URC)/PrevenSida (2010-2016)
- John Snow, Inc/DELIVER (2010-2015)
- URC/Health Care Improvement Project (2007-2013)
- URC/ASSIST Project (2013-2016)
- Research Triangle Institute (RTI) Alliances 2 (2010-2013)

USAID/Nicaragua, GD Office Chief: Angela Cardenas

USAID/Nicaragua HIV Advisor: Marianela Corriols

USAID/Nicaragua M&E Officer: Marcela Villagra

Funding source: Mission funded – PEPFAR funds

III. BACKGROUND

USAID's HIV/AIDS Program²

Since the launch of USAID's HIV/AIDS program in 1986, the Agency has been on the forefront of the global AIDS crisis. Today, with more than 34 million people living with HIV worldwide, USAID is a key partner in the U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), the largest and most diverse HIV/AIDS prevention, care and treatment initiative in the world.

The key areas for HIV/AIDS programming are:

Prevention: USAID combines and tailors its prevention efforts to meet the varying needs and situations of the people it serves. These efforts can include helping people make healthy decisions, such as delaying sexual initiation, limiting the number of sexual partners, and using condoms correctly and consistently.

Care and Support: USAID is committed to providing HIV/AIDS care and support to those in need, including orphans and vulnerable children. The Agency supports pain and symptom management as well as psychological, social, and spiritual services.

Treatment: USAID is committed to improving access to AIDS treatment and supports a range of programs in this area, including the Supply Chain Management System project, which assists in the delivery of safe and reliable HIV/AIDS medicines and supplies to programs around the world. In addition, USAID is working to train health care providers and establish programs for clinical services, including screening and treatment for opportunistic infections like tuberculosis.

Research: USAID supports research on the development of products to prevent HIV infection and transmission, including vaccines and microbicides.

Sustainability and Health Systems Strengthening: USAID supports the efforts of partner countries to make their health care systems strong and sustainable. Agency support focuses on any or all of the aspects of a health care system, such as the quality of its workforce, its ability to gather and use health information, and its capacity to acquire and deploy equipment, supplies, and drugs. Building strong and sustainable health systems is a crucial step on the path toward universal access to comprehensive HIV programs.

The President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)³

The President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) is the U.S. Government initiative to help save the lives of those suffering from HIV/AIDS, and the largest by any nation to combat a single disease. It is driven by a shared responsibility among donor and partner nations and others to make smart investments to save lives. It is the largest component of the U.S. President's Global Health Initiative. The HIV epidemic requires a comprehensive, multi-sectoral

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

³ PEPFAR: <http://www.pepfar.gov/about/index.htm>.

approach that expands access to prevention, care and treatment. The current PEPFAR program focuses on transitioning from an emergency response to promoting sustainable country programs. Key principles for program sustainability include: country-owned and country-driven, address HIV/AIDS within a broader health and development context; build upon our strengths and increase efficiencies.

Partnership Framework between USG and Central America⁴

With PEPFAR funding, the Partnership Framework (PF) between the USG and Central America is a five-year plan (2010-2014) outlining the priority areas for HIV programming in which the participating partners, including host governments, national and regional organizations, the USG, and other major donors will devote their efforts and resources. The overall purpose of the PF is to reduce HIV/AIDS incidence and prevalence in Most at Risk Populations (MARPs) in the Central American region by joining resources and coordinating initiatives to enable a robust and more effective response to the region's epidemic. It represents a consensus to focus on evidence-based approaches, tailored to the concentrated epidemic, and it is based on governments' commitment to fighting HIV/AIDS. It is a technical assistance model, aiming to increase country ownership and sustainability. Once national capacity is strengthened in each of the participating countries, it is expected that each country will continue fighting the epidemic with local and other donor resources, with minimum input from the USG. The PF address four major gaps in HIV programming in the areas of prevention, health system strengthening, strategic information and policy environment.

HIV epidemic in Nicaragua⁵

With only 0.2 percent of the adult population estimated to be HIV positive, Nicaragua has one of the lowest HIV prevalence rates in Central America. HIV was first detected in Nicaragua in 1987, after concentrated epidemics had been reported in other Central American nations. The onset of the epidemic was likely delayed by Nicaragua's 10-year civil war and an economic blockade, both of which left the country isolated for several years. Relatively high condom use among sex workers, low infection rates among injecting drug users, and a ban on the commercial sale of blood also slowed HIV transmission.

According to Nicaragua's Ministry of Health (MOH), by September 2013, there were 8,450 reported cumulative cases of HIV positive individuals; of them, 1030 have died, 6,628 people currently are living with HIV, 741 have AIDS, and the condition is unknown in 51 cases. The prevalence rate in 2012 was 220/100,000 and the incidence rate, 17.5/100,000. In the last

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

⁵ HIV/AIDS Country profile. http://transition.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/lac/nicaragua_profile.pdf

quarter reported, 94 percent of HIV cases occurred among 15 to 59 year olds, and sexual activity was the primary mode of HIV transmission, accounting for 98.8 percent of HIV infections. Only 1.2% occurred through vertical transmission.

HIV prevalence among men who have sex with men (MSM) is significantly higher (9.3 percent) than among sex workers (1.1 to 1.9 percent) or the general population (0.2 percent). A 2007 study by UNAIDS demonstrated infection levels among MSM were 38 times higher than among the general population (UNAIDS, 2009). Given that more than 40 percent of MSM are actually bisexual, this group is an important bridge and explains the increasing number of cases reported among women in the country (UNGASS, 2010). The increase in cases reported among women could also be related to increased testing of women through the PMTCT program.

Condom use also varies among at-risk populations. Six surveys in 2009 from the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria showed condom use rates at last sex of 94 percent among female sex workers with a client (FSWs), 63 percent among MSM, 58 to 65 percent among youth, 45 percent among mobile populations, and 35 percent among prisoners. When a strict definition of consistent condom use (when used always, in any act) was applied, the rates drop to only 19 percent among MSM and 60 percent among FSWs. Among sex workers, low condom use rates were reported among partners when compared to clients (PASMO, 2009).

Factors that put Nicaraguans at risk of HIV infection include early sexual debut and social pressures to have multiple sex partners, accompanied by low risk perception. According to the 2006–2007 Demographic Health Survey (DHS), 44 percent of women aged 15 to 24 had sex before age 18. The DHS also showed that 76 percent of women interviewed knew about HIV/AIDS and ways to prevent it, but only one-third believed they were at some risk of infection. Additionally, only 11 percent of women engaging in high-risk sex (sex with a non-marital, non-cohabitating partner) had used a condom the last time they had sex. Many women and girls also have limited abilities to negotiate sex or condom use due to gender-based violence and sexual abuse. Among women aged 15 to 49, one in four had witnessed her father abuse her mother, and one in five was physically abused before age 15. Moreover, conservative religious and social values often make it difficult to talk about sex and ways to protect oneself from disease or unwanted pregnancy.

Previous evaluations

In 2007, USAID Nicaragua performed a Health Program Evaluation (GH Tech, 2008) which reviewed the HIV situation and Mission activities from 2003 to 2007. At that time the epidemiological situation was similar to the current situation. The epidemic remained concentrated in high-risk groups, largely among FSW and MSM in urban areas along the northwest corridor, the border and coastal areas. The HIV prevalence in the general population was less than one percent, but was higher among high-risk groups: men who have sex with men (MSM, 9%) and female sex workers (FSW, >1%). Incidence figures from the MOH documented a

sharp increase in the number of new cases of HIV and AIDS from 2000 to 2007, with 94% of new cases being transmitted sexually. Perinatal transmission was only 4%.

USAID-supported interventions concentrated on preventing the spread of the disease. The evaluation found that the two most cost-effective interventions, free distribution of condoms and social marketing of condoms, were implemented by the MOH and by the non-US funded PASMO project, respectively (funded by other donors). USAID funds were concentrated on the next three most cost-effective interventions reported by scientific literature: behavior change communication (BCC) with high-risk groups, voluntary counseling and testing (VCT), and BCC for indigenous males. Only one of the less effective interventions in a concentrated epidemic (prevention of mother-to-child transmission - PMTCT) received USAID support.

The evaluation recognized the exemplary work done by URC-HCI to develop a PMTCT model, ensure testing of pregnant women and carry out a training program to reduce stigma in hospitals; and by PSI/PASMO to support BCC among men and women engaged in high-risk behaviors. The evaluation also identified some gaps: a great need for data on prevalence for planning and evaluation and more focus on prevention and high-risk populations. The report included five strategic recommendations: 1) Conduct zero-prevalence and behavioral surveys of high-risk populations; 2) Discontinue funding MOH PMTCT activities; 3) Emphasize primary prevention as the main intervention; 4) Expand primary prevention among high-risk groups through a consortia of NGOs; and 5) Unless significant additional funding is available, avoid several popular interventions that only had limited effects on prevention.

The Mission proposes a midterm performance evaluation to assess the accomplishments of USAID/Nicaragua's HIV bilateral program training component from 2008-2012 and to establish recommendations for the remaining years of the Central America Partnership Framework. The evaluation will not include training activities prior to 2007 because those were covered in a previous evaluation.⁶

IV. PURPOSE OF THE EVALUATION

USAID/Nicaragua is searching for a contractor that can evaluate the Mission's HIV bilateral program training component.

The purpose of the evaluation is to assess the performance of the training component of USAID/Nicaragua's HIV bilateral program training component since 2010, including progress on recommendations from the 2007 health program evaluation, identify key factors contributing to or impeding results and establish recommendations for program adjustments for the remaining years of the Central America Partnership Framework and beyond. Specifically, this evaluation will serve the purposes of both accountability and learning.

⁶ Reynolds, J. Bongiovanni, A, GH Tech Consultants. USAID Nicaragua Health Program Evaluation. April 2008.

The expected audiences are both internal (USAID and Embassy) and external (GON, donors and civil society, including NGOs, universities and the private sector).

V. EVALUATION QUESTIONS

General Question:

To what extent has the USAID/Nicaragua HIV program successfully implemented the training component?

Specific Questions

Q1: Based on the indicators selected to monitor the HIV program training component in Nicaragua (Attachment 1), to what extent has the USAID/Nicaragua HIV program achieved its expected targets to date and what is the coverage?

- a) Combination Prevention with key populations and PLWA: PrevenSida
- b) Voluntary Counseling and Testing: PrevenSida, HCI, ASSIST
- c) Institutional Strengthening for NGOs: Prevensida.
- d) Logistic System: Deliver.
- e) HIV/AIDS clinical care: HCI, ASSIST.
- f) Stigma and discrimination: Prevensida, HCI
- g) Gender: All
- h) Technical transference to Universities and Nursing Schools: All

Q2: For components that have made progress as expected:

- a) What is the level of achievement in each component?
- b) Were the individual project designs and original assumptions valid to ensure successful performance?
- c) For HIV indicator targets that were achieved, is there the potential to sustain this achievement? If not, what needs to be done to increase sustainability?
- d) What are the risks to continued progress and what can be done to mitigate those risks?
- e) What was the contribution of the HIV regional program to the progress achieved in each strategic component?
- f) To what extent have external factors, such as unexpected events within the country, helped progress?
- g) Were there particularly positive aspects of each project's design, implementation and evaluation that contributed to the achievement of results? If so, what were they?

Q3: For those components where progress has not been achieved as expected:

- a) What is the level of achievement in each component?
- b) What caused the lack of full accomplishment?
- c) What actions were taken to try to improve achievement of the components' objectives and what impact did they have?

- d) Are the individual project designs (including project staffing, management and budget) and technical approaches appropriate and adequate? If not, what needs to change to improve accomplishments?
- e) Were there particular aspects of each project's design, implementation and evaluation that contributed to the lack of achievement of results? If so, what were they?
- f) To what extent have external factors, such as unexpected events within the country, hindered progress?

Q4: Has the USAID/Nicaragua HIV training component contributed to gender equity?

- a) Did projects integrate gender considerations into their design, activities and indicators, and develop measures to enhance participation of vulnerable populations in USAID's HIV program activities? If so how did they do so and what has been the impact?
- b) Did projects integrate specific LGBT considerations, including specific activities to address stigma and discrimination among these key populations? What specifically did they do and what results did they achieve?
- c) Did strategy implementation increase the sustainability of these gender-specific achievements? If so, how?

Q5: What are the recommendations (for USAID Nicaragua, counterparts, donors and other stakeholders) to improve the likelihood of sustainability of USAID's HIV training component?

Q6: How was the quality of the register of training activities, at different levels: local counterparts, implementing mechanisms, Mission M&E System, Trainet and Unique Register System?

VI. METHODOLOGY

As mentioned before, the purpose of this evaluation is to assess the performance of the USAID/Nicaragua's HIV training component, including progress on recommendations from the 2007 Health Program Evaluation, and to make recommendations for the next five years.

Considering this purpose, the evaluators should use various methods to assess the different training components of the HIV program to answer all the questions outlined above. Though the evaluators will propose the methods they feel are appropriate at different stages of the assessment, these methods must be approved prior to use by USAID. All activities should be carried out in consultation with USAID/Nicaragua to ensure that the evaluation team has the fullest possible background and contact information. USAID/Nicaragua will provide overall technical leadership and direction for the evaluation team throughout the assignment.

The methodological instruments to be used should focus on obtaining qualitative information (opinions, experiences, etc.) and quantitative data from counterparts, implementers, partners, beneficiaries, GON entities, NGOs, private sector, and other donors. The following methods or a selection of them are highly recommended for the assessment:

- Literature review
- Review of project documents
- Observation and field visits to a sample of implementers, counterparts, and beneficiaries
- Focus group discussions
- Individual and group interviews using checklists or questionnaires

The evaluation team should consider starting the assessment with a review of the electronic sources and documents cited below, as well as by reviewing project documents. The team should also make site visits and conduct interviews with key actors. The Mission expects the evaluation team to present strong quantitative and qualitative analyses that addresses key HIV bilateral program indicators and to develop a situation analysis of the current situation with an eye to identifying gaps that fit with USAID's core competence.

The evaluators will be expected to develop a detailed explanation of the proposed methodology for carrying out the evaluation, and share it with USAID/Nicaragua for approval before the assessment is implemented. The methodology should include a mix of tools appropriate to the evaluation's objectives.

VII. EXISTING DATA

Sources of information: The evaluation team will be expected to meet with members of the USAID/Nicaragua HIV Team, USAID Nicaragua senior management, the staff of the on-going bilateral and regional projects that work/have worked on HIV (Prevensida, DELIVER, HCI-ASSIST, PASMO, PASCA), as well as with other key technical players and counterparts at national and local levels.

The Mission's HIV specialist will provide all existing documentation (hard or electronic copies) related to the bilateral HIV program and coordinate inputs from the active projects (PrevenSida, Deliver, ASSIST) and closed projects (HCI, Alliances2) that have contributed to program implementation.

USAID/Nicaragua and its active implementing partners will provide the evaluation team with a package of briefing materials (on a CD or link), including:

- USAID Evaluation Policy and checklist for evaluation reports
- USAID Gender Policy
- USAID Nicaragua Gender Analysis 2012
- Central American Partnership Framework
- Central American Partnership Framework Implementation Plan
- Project descriptions

- Project annual plans and reports
- M&E plans and reports
- Health Program Evaluation, 2007
- Educational and other materials developed
- National HIV/AIDS Strategic Plans
- National HIV reports
- Matrix that lists implementing partners and their activities

The team may find it useful to consult a broad range of additional background documents apart from those provided by USAID/Nicaragua. These may include documents that relate to HIV situation in Nicaragua.

VIII. DELIVERABLES

The evaluation team will complete the following deliverables:

1. **Work plan:** The evaluation team is expected to propose a concise work plan and methodology. The work plan and proposed data collection tools will be submitted to USAID Nicaragua for approval by the COR no later than six working days after Contract signature (10 pages).
2. **Debriefing with USAID and partners:** In this meeting, the evaluation team will present the major findings and recommendations through a PowerPoint presentation. Feedback from these presentations will be incorporated into the first draft report. Signed list of attendees shall be presented to USAID as proof of debriefing for payment purposes.
3. **Draft Evaluation Report:** A complete draft report of the findings and recommendations shall be submitted to USAID/Nicaragua following the format found in Section XVIII of the Statement of Work. The report should clearly describe findings, conclusions and recommendations. USAID will provide comment on the draft report within one week of submission and the team will prepare an updated version of the evaluation report (2nd draft report).
4. **Validation events:** The 2nd draft report will be validated through two separate events to share evaluation results with stakeholders for review and comment: a) Implementing partners (est. 10 participants), b) counterparts (est. 30 participants). All costs associated with holding the events (rental of venue, refreshments, etc.) shall be covered by the contractor. Signed list of attendees shall be presented to USAID for both events as proof for payment.
5. **Final evaluation report:** The consultant team will submit a final report in English that incorporates responses to USAID's comments and validation suggestions. Upon receiving USAID's approval of the final report, 30 printed/formatted hard copies of the report will be submitted to USAID, as well as electronic versions in Microsoft Word and PDF formats.

Deliverables must be submitted in both hard copy and electronic form to:

Marianela Corriols

Family Planning Specialist

USAID/Nicaragua

Km. 5.5 Carretera Sur

Managua, Nicaragua

mcorriols@usaid.gov

IX. TIMELINE

To complete the required deliverables, it is estimated that a maximum of 4 months will be required. A notional schedule is included below for reference:

Estimated timeline

Task	Month 1				Month 2				Month 3				Month 4			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Propose work plan and methodology and brief meeting with USAID	■															
2. Collect information (secondary sources)	■	■														
3. Conduct interviews with implementing partners and key stakeholders		■	■													
4. Conduct review of all available information/evidence of HIV training component indicators			■	■												
5. Conduct site visits to selected beneficiary groups					■	■										
6. Drafting and submission to USAID of 1 st draft of the evaluation report (Q1-Q5)							■	■								
7. Debriefing meetings with USAID and partners on 1 st draft								■								
8. Writing and submission of 2 nd draft report (Spanish) for USAID review and approval									■	■						
9. Validation of Spanish report with partners and beneficiaries											■					
10. Final report prepared and submitted (Spanish) for USAID approval												■				
11. USAID review and comments													■	■		
12. Final report translated into English and submitted for USAID															■	■

The consultancy is expected to begin in August 2014 and a final report submitted by November 2014.

X. SCHEDULING AND LOGISTICS

The evaluation team shall be responsible for arranging air travel and local ground transportation and accommodation, and providing computers, printers, and other administrative services.

USAID/Nicaragua will provide overall direction to the evaluation team, identify and make available all key documents, and approve the work plan, data collection tools, and various iterations of the report. USAID/ Nicaragua will provide support, as needed, to arrange meetings

with key stakeholders, including implementers, Government of Nicaragua counterparts, donors and beneficiaries.

All costs related to English translation and editing, debriefing and validation/dissemination meetings (venue rental, refreshments, and other logistics expenses) and the production of materials (40 copies of the draft report in Spanish for validation activities, 30 copies of the final report in Spanish, 30 copies of the final report in English) shall be included as part of the proposal budget.

USAID /Nicaragua's HIV specialist will be available to the team for consultations on logistic and technical issues during the evaluation process.

XI. PAYMENT SCHEDULE

Payment schedule will be negotiated with the offeror at the moment of the award.

XII. REPORTING REQUIREMENTS

All deliverables must be approved by the Activity Manager before payment can be made by the Controller's Office, USAID/Nicaragua.

XIII. LOCATION OF WORK

The majority of the work will take place outside of the premises of USAID/Nicaragua Mission in Managua, Nicaragua. The contractor must provide his or her own laptop with appropriate software. Contractor is also responsible for in-country transportation. Should travel to the countryside be required, please note that it is US Embassy policy that rental vehicles must include a local driver.

XIV. REQUIREMENTS

Evaluation team composition

The evaluation team shall be comprised of at least three International or local team members (i.e., Nicaraguans or living in Nicaragua) with the following minimal qualifications:

Team Leader

- Ten years of experience in the design, implementation, and/or monitoring and evaluation of national and/or international health programs.
- PhD or Master's level degree in public health, epidemiology, behavioral science or related field.
- Demonstrated skills in one or more of the following technical areas: monitoring and evaluation of HIV programs, HIV prevention and behavior change methodologies, health system strengthening related to HIV interventions (e.g. treatment and care, development of standards and protocols, logistics systems, in-service and/or pre-service training of health personnel, strategic information, policy)
- Demonstrated skills in gender assessments and/or analysis. Knowledge of USAID Gender Policy or other international policies.

- At least one documented experience working in HIV/AIDS evaluation and serving as team leader for an evaluation.
- Knowledge of PEPFAR.
- Knowledge of the HIV situation in Nicaragua.
- Fluency in spoken Spanish and at least technical proficiency in written English.
- Ability to travel to departments in Nicaragua to conduct evaluation activities.
- Experience working as team leader.
- Strong verbal and written communication skills, including a demonstrated ability to write technical documents and give presentations

Technical Team Members: One (1) Prevention Specialist and one (1) Health System Strengthening Specialist. Each person should have a minimum of:

- Master's level degree or Bachelor degree in public health, epidemiology, behavioral science or related field.
- Experience working on at least 3 health program evaluations in the technical areas associated with the position (Prevention/Health System Strengthening).
- Five years of experience working on issues related to HIV/AIDS programs Central America.
- Knowledge of the HIV situation in Nicaragua.
- Knowledge of PEPFAR.
- Strong verbal and written communication skills, including a demonstrated ability to write technical documents and give presentations.
- Fluency in spoken and written Spanish.

XVI. REPORT FORMAT

The evaluation team should prepare an evaluation report with the following characteristics:

The evaluation report (single spaced, double spaced between paragraphs) is expected to comply with USAID's new Evaluation Policy and checklist for USAID evaluation reports (this requires a 20 pages report however for this evaluation 40 -50 pages report is required, not including executive summary or attachments, among other criteria).

The evaluation report should answer the evaluation questions and conclude whether or not and to what extent the HIV bilateral program training component objectives were accomplished as well as what needs to be done to ensure continued forward progress.

The report should follow the following format:

1. Table of contents
2. List of acronyms and abbreviations
3. Acknowledgements
4. Executive summary: Should include a simple statement of the purpose of the evaluation, a very short description of the program and training component, methodology, key results, conclusions and recommendations. This section selectively highlights only the most important things found in the evaluation report

and is aimed at a wider audience than will read the full report. Concisely state the most salient findings and recommendations.

5. Introduction: Purpose of the evaluation, audience, synopsis of task and statement of the key questions to be answered.
6. Background: HIV/AIDS situation in Nicaragua and history and current situation with respect to the USAID Nicaragua HIV training component. This section should give a factual picture of the current situation with respect to the training component, the implementers and participants, different strategies and projects, external factors that affected the achievement of objectives, and notable achievements and problems, if any, with respect to progress.
7. Methodology: this section will describe evaluation methods, including constraints and gaps.
8. Findings/Conclusions/Recommendations – this section should be organized by each HIV training component and also present data on indicators, issues and outcomes.
 - a. Findings: present key findings, including HIV program indicators evaluation (both quantitative and qualitative)
 - b. Conclusions: present conclusions for the key evaluation questions or other key issues identified during the evaluation. These conclusions should be numbered, followed by a short discussion of each conclusion. Each conclusion represents the evaluators' positive/negative judgments about the facts discussed.
 - c. Recommendations: Each recommendation should also be numbered and concisely stated, usually corresponding to a major conclusion, possibly followed by a short discussion of each recommendation. The recommendations refer to future actions that should be undertaken by USAID, other donors, or country stakeholders and should consider future development activities that could benefit from taking into consideration the lessons learned from the bilateral HIV program experience, its achievements and problems faced, as well as the long-term sustainability of the program in Nicaragua. These recommendations should be presented separately for each stakeholder.
9. References: bibliographical documentation.
10. Annexes: evaluation methods, schedules, interview lists and tables, meetings, interviews and focus groups, etc. These should be succinct, pertinent and readable.

[END OF STATEMENT OF WORK]

programas de PEPFAR (http://www.aidstar-one.com/focus_areas/gender/resources/pepfar_gbv_program_guide) en los

³⁵ PEPFAR. Monitoring, Evaluation and Reporting Indicator Reference. Guide. Marzo 2015.

