

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

MAESTRIA SALUD PÚBLICA

**Evaluación de procesos del Proyecto Fondo Global VIH/SIDA Ecuador:
Resultados del Programa Nacional VIH/SIDA en el periodo 2005-2010**

Elke Ganzenmüller

Tesis de grado presentado como requisito para la obtención del título de Magister en Salud
Pública

Quito, 2010

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Graduados

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

**Evaluación de procesos del Proyecto Fondo Global VIH/SIDA Ecuador:
Resultados del Programa Nacional VIH/SIDA en el periodo 2005-2010**

Elke Ganzenmüller

William F. Waters, Ph.D

Director de la Tesis

Alberto Narváez M.D., Ph.D

Miembro del Comité de Tesis

Benjamin Puertas Donoso M.D., M.P.H.

Director del Programa de Maestría

Victor Viteri Breedy, PhD.

Decano del Colegio de Postgrados

Enrique Noboa, M.D.

Decano del Colegio de Ciencias de la Salud

Quito, 2010

©Derechos de autor

Elke Ganzenmüller

2010

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer al Ministerio de Salud Pública, en especial el Programa Nacional VIH/Sida e ITS por la oportunidad de realizar mi tesis. Durante la elaboración del documento me facilitaron información sobre el tema, espacio para trabajar y tenía la posibilidad de ampliar mi conocimiento.

Gracias también a todas las personas del MSP que participaron en las entrevistas con su tiempo y conocimiento sobre el proyecto, su colaboración era la base para mi tesis.

Agradezco a William Waters, el Director de la tesis, quien me dio importantes pautas en el tema de evaluación.

Gran apoyo recibí de Alberto Narváez, miembro del comité de la tesis. Gracias por su confianza en mi trabajo, su paciencia y su habilidad de salvarme antes de ahogarme en los problemas.

Profesor Gabriel Trueba y Benjamin Puertas, Director de la maestría en Salud Pública de la Universidad San Francisco de Quito me brindaron ayuda tanto en preguntas técnicas como en temas administrativos, muchas gracias por eso.

Finalmente quiero agradecer a todas y todos quienes me escucharon, me dieron consejos, me motivaron y me apoyaron. En representación quiero mencionar Magui López por su opinión crítica en la revisión de la tesis.

No quiero olvidar de mencionar mi familia, no importa si de lejos o de cerca, siempre están a mi lado. Gracias Mama, Stefan, Andrea y Roberto por todo.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar mediante un estudio de caso los procesos a través de los cuales el Programa Nacional de VIH/SIDA ejecutó el proyecto Fondo Global VIH Ecuador en las provincias de Pichincha y Guayas durante el periodo 2005-2010.

Metodología: Se usó un estudio de caso con elementos cualitativos y cuantitativos, aplicando una entrevista semi-estructurada a 9 unidades de diferentes niveles del Ministerio de Salud Pública. Además se examinó el logro de los objetivos a través de indicadores establecidos por el Proyecto Fondo Global VIH Ecuador.

Resultados: Los indicadores que se plantearon para el cumplimiento de los objetivos del proyecto, muestran en el año 2009 buenos resultados, mientras los entrevistados lo perciben como “moderadamente satisfactorio”. En las unidades operativas existe la duda si el MSP dispone de suficiente presupuesto para sostener los logros alcanzados después que se termina el proyecto. Aunque se reporta que los profesionales de las unidades operativas están empoderados, hace falta el compromiso de las altas autoridades, si bien se ha mejorado en el trayecto del proyecto. El punto más débil identificado del proyecto es el sistema de monitoreo y evaluación.

Conclusiones: Sin el proyecto Fondo Global VIH Ecuador no se hubieran logrado los resultados obtenidos, sin embargo la sostenibilidad posterior al proyecto debería ser asegurada.

ABSTRACT

Objectives: Evaluate processes of the Global Fond HIV project in Ecuador implemented by the National HIV/AIDS Program during 2005 to 2010, using a case study in the Pichincha and Guayas provinces.

Method: A case study with qualitative and quantitative elements using semi-structured interviews was applied to 9 different units of the Public Health Ministry. Also the objectives' achievements were examined with established indicators of the Global Fond HIV Ecuador Project.

Results: The project indicators measuring the objectives performance demonstrate good results in 2009, while the interviewed people perceived the performance as “moderately satisfactory”. The operative units doubt that the Public Health Ministry can provide enough budget to sustain the achieved results after the project has ended. Although the professionals of the operative units are empowered, there is a deficiency of the authorities' commitment, even if the commitment was getting better during the project's execution. The most deficiency point identified from the project was the monitoring and evaluation system.

Conclusions: Without the Global Fond HIV Ecuador Project the obtained results couldn't have been achieved, even though the sustainability after the project has to be assured.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	iii
Abstract	iv
Abreviaturas	xii
1. Antecedentes	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Justificación	2
1.3. Objetivos	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
2. Revisión de la literatura	4
2.1. Comportamiento del VIH en el mundo	4
2.1.1. VIH en el mundo	4
2.1.2. VIH en América latina y Ecuador	5
2.2. Estrategias en el Área de VIH	6
2.2.1. Historia de estrategias	6
2.2.2. Estrategias de prevención y de tratamiento	6
2.2.3. Efectividad de las estrategias	7
2.3. Evaluación en Salud Pública	8
2.3.1. Definición de evaluación	8

2.3.2.	Evaluación en programas de VIH/SIDA	10
2.3.3.	Evaluación de procesos	11
2.4.	Estructura del Proyecto Fondo Global-VIH/SIDA	11
3.	Metodología	14
3.1.	Diseño del estudio	14
3.2.	Universo de trabajo y muestra	15
3.3.	Entrevistas	16
3.3.1.	Métodos de recolección de datos	16
3.3.2.	Variables de la entrevista	18
3.3.3.	Análisis	19
3.4.	Procedimientos éticos	21
4.	Resultados	22
4.1.	Logros de los objetivos	23
4.1.1.	Eficacia	25
4.1.2.	Relevancia	46
4.1.3.	Eficiencia	49
4.2.	Sostenibilidad de los resultados alcanzados	50
4.2.1.	Recursos financieros	52
4.2.2.	Condiciones sociopolíticas	53
4.2.3.	Marco institucional	54

4.2.4.	Medio ambiente	56
4.2.5.	Sugerencias para efectos a largo plazo	56
4.3.	Función catalizadora o de replicación	57
4.4.	Logros Alcanzados en la ejecución de actividades y productos	60
4.5.	Desempeño del sistema de Evaluación y Monitoreo	62
4.5.1.	Diseño del sistema M&E	63
4.5.2.	Implementación de M&E	66
4.5.3.	Presupuesto del M&E	67
4.5.4.	Monitoreo a largo plazo	68
4.6.	Evaluación de procesos o eventos que afectan el alcance de los resultados del proyecto	68
4.6.1.	Preparación y disposición para la ejecución del proyecto	69
4.6.2.	Empoderamiento	70
4.6.3.	Involucramiento de actores	72
4.6.4.	Planificación financiera	75
4.6.5.	Estructura y organización	75
4.7.	Percepción del impacto	76
4.8.	Lecciones Aprendidas	77
5.	Discusión	79
6.	Recomendaciones	92

Bibliografía	95
Anexo 1: Tablas	100
Anexo 2: Entrevista a nivel nacional y provincial	103
Anexo 3: Entrevista a nivel local	112
Anexo 4: Escala de Calificación	118

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Resultados de las entrevistas para la evaluación de los logros de los objetivos	24
Tabla 2: Nivel de cumplimiento del indicador “Número de pacientes recibiendo manejo sindrómico de ITS”	29
Tabla 3: Nivel de cumplimiento del indicador “Número de personas capacitadas en manejo sindrómico de las ITS y PTV en unidades de 1ro, 2do y 3er nivel de atención”	30
Tabla 4: Nivel de cumplimiento del indicador “Número de personas con ITS que reciben consejería para pruebas voluntarias y con notificación de los resultados”	31
Tabla 5: Nivel de cumplimiento del indicador “Número de mujeres embarazadas que reciben consejería y que se realizan la Prueba Voluntaria de VIH”	36
Tabla 6: Nivel de cumplimiento del indicador “El número de mujeres embarazadas VIH+ que recibieron profilaxis con ARV”	38
Tabla 7: Nivel de cumplimiento del indicador “Personas viviendo con VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral”	42
Tabla 8: Nivel de cumplimiento del indicador “Número de PVVS que reciben tratamiento para infecciones oportunistas”	44
Tabla 9: Evaluación de la sostenibilidad de los resultados alcanzados	51
Tabla 10: Evaluación de la función catalizadora o de replicación	58
Tabla 11: Evaluación de los logros alcanzados en la ejecución de actividades	60
Tabla 12: Evaluación del desempeño del sistema de monitoreo y evaluación	63
Tabla 13: Evaluación de procesos que afectan el alcance de los resultados del proyecto	69
Tabla 14: Indicadores cambiados en el año 2007	100
Tabla 15: Cobertura en porcentaje de usuarios tamizados de VIH no embarazadas por provincia 2006-2009.	101

Tabla 16: Cobertura (porcentaje) de embarazadas tamizadas para VIH por provincias.

2008-2009 _____ 102

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Estructura de la entrevista _____	17
Figura 2: Calificaciones de satisfacción en cada uno de los variables _____	22
Figura 3: Tendencia de mortalidad por Sida. Ecuador 1999-2008 _____	46

ABREVIATURAS

ARV: Antirretrovírico o antirretroviral

GTZ: Organismo Alemán para la Cooperación Técnica

HSH: Hombres que tienen sexo con hombres

ITS: Infección de Transmisión Sexual

M&E: Monitoreo y Evaluación

MCP: Mecanismo Coordinador del País

ME: Ministerio de Educación

MSP: Ministerio de Salud Pública

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

ONG: Organización No Gubernamental

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PEM: Plan estratégico Multisectorial

PFG-VIH/SIDA: Proyecto Fondo Global VIH Ecuador

PNS: Programa Nacional de VIH/SIDA

PPL: Personas Privadas de Libertad

PPV: Personas que viven con VIH

PTV: Prevención de transmisión vertical

PVVS: Personas viviendo con VIH y SIDA

TS: Trabajadoras sexuales

UNAIDS/ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA

UTG: Unidad Técnica Gerencial del Ministerio de Salud para la implementación del Proyecto Fondo Global-VIH/SIDA

VIH/SIDA: Virus de la Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

1. ANTECEDENTES

Actualmente en el mundo el VIH continúa siendo un problema importante de Salud Pública. Aproximadamente 33.000.000 personas viven en el mundo con VIH (UNAIDS & WHO, 2009b), la mayoría de ellos en países en desarrollo. En los Objetivos de Desarrollo del Milenio el objetivo seis plantea, “Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades”, lo que significa haber detenido y comenzado a reducir, la propagación del VIH/SIDA para el año 2015. El logro de este objetivo no se puede garantizar hasta el 2015, porque existen países donde la prevalencia todavía aumenta (Naciones Unidas, 2009).

Según la UNAIDS/OMS en Latinoamérica no se muestra un cambio visible en las prevalencias y el patrón de la epidemia. Como se mencionó antes, existen países que tienen una mejor respuesta a este problema de Salud Pública que otros.

En Ecuador la epidemia del VIH/SIDA aún se considera como “epidemia concentrada” (MSP, MCDS, & ONUSIDA, 2008) lo cual quiere decir que su prevalencia en gestantes sigue estando por debajo del 1% y por encima del 5% en los grupos considerados de alto riesgo como es el caso de Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales (TS) y personas privadas de libertad (PPL). Sin embargo la epidemia muestra una tendencia al crecimiento y hay evidencia que el VIH aumenta en la población en general (MSP & ONUSIDA, 2008a). Razón por la cual es importante encontrar mecanismos que ayuden a luchar contra esta enfermedad.

1.1. Planteamiento del problema

En el Ecuador se han ejecutado varios proyectos de control y prevención de la transmisión de VIH. Uno de los más importantes es el Proyecto Fondo Global VIH Ecuador (PFG-

VIH/SIDA), que inició sus actividades en el año 2005. Este proyecto definió como meta “disminuir la velocidad de la progresión de la epidemia y el impacto de la infección por VIH”, y se estableció un periodo de cinco años para el alcance de dicho logro. El Fondo Global (FG) actualmente apoya a 140 países, que al igual que el Ecuador están implementando estrategias para disminuir el impacto del VIH y el SIDA en la población (Fondo Mundial, 2009a). Si bien este proyecto se ejecuta desde el 2005 solamente en 18 países el FG ha realizado una evaluación del funcionamiento del proyecto, dentro de estos se incluye Perú, el cual es uno de los pocos países latinoamericanos que realizó una evaluación del proyecto de VIH. Aunque si bien es cierto existen otras evaluaciones, estas únicamente incluyen estudios puntuales en el tema de VIH. En el Ecuador no existen muchas evaluaciones publicadas.

En la medida que no existen evaluaciones de los avances y resultados del PFG-VIH/SIDA se dificulta implementar actividades de mejora, ya que se desconoce cuáles son realmente los nudos críticos que obstaculizan el alcance de los objetivos y metas, y en muchas ocasiones solamente se implementan medidas rutinarias como los talleres de capacitación y otras que poco o nada contribuyen a la solución del problema.

1.2. Justificación

Debido a que la epidemia del VIH es considerado uno de los mayores problemas de Salud Pública (WHO, 2010), es importante conocer no solo el impacto que ha tenido el proyecto, sino también los procesos que se desarrollaron dentro del mismo para el alcance de los objetivos, de tal manera que se pueda determinar las fortalezas, debilidades y lecciones aprendidas, para una mejor toma de decisiones para el futuro.

Un problema ya conocido en los sistemas de monitoreo y evaluación (M&E) es la debilidad en la recolección de datos, lo que afecta negativamente la mayoría de estos proyectos incidiendo de manera directa en la evaluación de su impacto (Global Found, 2009). En Ecuador estos problemas se reflejan también en el hecho que existen datos de prevalencias en VIH muy dispersos y de diferentes instituciones. Por otro lado, al igual que en muchos países latinoamericanos no existe la cultura de M&E, y además no se cuenta con herramientas o instrumentos para ser utilizados en el M&E.

Debido a la importancia de la epidemia y fundamentados en la escasez de conocimiento sobre el análisis, monitoreo y evaluación del programa o proyecto es recomendable realizar este estudio que analiza y evalúa el proyecto que el Fondo Global Ecuador financia.

1.3. Objetivos

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar mediante un estudio de caso los procesos a través de los cuales el Programa Nacional de VIH/SIDA ejecutó el proyecto Fondo Global VIH Ecuador en las provincias de Pichincha y Guayas durante el periodo 2005-2010.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer mediante una entrevista grupal de opiniones de actores claves las fortalezas y debilidades de los procesos de ejecución del Proyecto Fondo Global-VIH/SIDA en las provincias de Pichincha y Guayas.
- Evaluar el cumplimiento de los objetivos ejecutados por el Programa Nacional de VIH/SIDA en el Proyecto Fondo Global VIH Ecuador.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Comportamiento del VIH en el mundo

2.1.1. VIH EN EL MUNDO

El VIH influye negativamente en el crecimiento económico y la pobreza, y ha bajado la esperanza de vida aproximadamente 20 años en los países más afectados (Walker, Walker, & Wadee, 2005), por ello la epidemia del VIH en el mundo es un tema sumamente importante.

Solo en el año 2008, 33.4 millones de personas vivían con el VIH, para ese mismo año 2.7 millones se infectaron con el virus y 2 millones fallecieron por causas relacionadas con este (UNAIDS et al., 2009b). El número de muertos por SIDA por año ha decrecido en los últimos años, lo cual se puede atribuir en parte a un mejor acceso y distribución de los medicamentos Antirretrovirales (UNAIDS & WHO, 2009a). A pesar de lo mencionado anteriormente se estima que a nivel global si bien la epidemia se ha estabilizado, aún los niveles de nuevas infecciones y muertes por SIDA siguen siendo altos.

En el mundo la expansión de la epidemia es muy desigual, la zona más afectada es África, seguida del Caribe. Esta desigualdad también se visualiza en las acciones de los países para enfrentar la epidemia donde algunos de ellos poseen respuestas adecuadas al VIH/SIDA. En aquellos países donde las respuestas son adecuadas les permitirá alcanzar el objetivo 6 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y sobre todo las metas relativas al “acceso universal” para el 2010, lo que no sucederá en la mayoría de países (OMS, ONUSIDA, & UNICEF, 2008).

2.1.2. VIH EN AMÉRICA LATINA Y ECUADOR

En los países de América Latina viven 1.7 millones de personas con VIH/SIDA. Esta epidemia está concentrada en poblaciones de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), trabajadoras/es sexuales (TS) y también gente que usa drogas intravenosas, aunque este último grupo no tiene un papel tan importante como en otras regiones del mundo (UNAIDS 2008). Un hecho preocupante es que el número de mujeres heterosexuales que se infectan con el VIH está también creciendo en algunos países de Latino América, como por ejemplo en Argentina, Chile y Brasil (Cohen, 2006; Dourado et al., 2007; Martínez, Olea, & Chiu, 2006). Sin embargo, una tendencia generalizada sólo se puede notar en América Central (UNAIDS 2008).

En Ecuador se reporta también como epidemia concentrada con tendencia al crecimiento (MSP et al., 2008a). Existen diferencias significativas en las estadísticas de prevalencia de VIH provenientes de distintas fuentes, por un lado el Fondo Global indica que el Ecuador posee 26.000 personas que viven con VIH (Fondo Mundial, 2009b), y por otro lado el MSP ha registrado 14.844 personas que viven con VIH (MSP/PNS). Esta diferencia puede tener su origen en las debilidades ya mencionados del sistema de M&E.

Otro punto importante es que se empieza a observar un aumento de prevalencia en la población general, en los grupos de jóvenes, hombres y mujeres heterosexuales (MSP & ONUSIDA, 2008b). Los casos reportados de las mujeres han aumentado de 33% en el año 2003 a 39,3% en el año 2006, igual como en la población joven, que subió de 46,23% en 2003 a 51% en el 2006 (MSP et al., 2008a).

2.2. Estrategias en el Área de VIH

2.2.1. HISTORIA DE ESTRATEGIAS

Desde el primer caso reportado de VIH en los años 80s, las estrategias adoptadas para prevenir la infección por VIH y tratar el SIDA han cambiado (Estrada & John, 2006). En los primeros años después de que se empezó a identificar la epidemia, las estrategias de prevención de la infección por VIH se enfocaron casi solamente en los grupos de HSH y se caracterizó por mucha discriminación (Anderson, 2009; Frieden, Das-Douglas, Kellerman, & Henning, 2005). En la segunda fase ya no se usó el término de grupos de riesgo, sino se cambió al término de comportamiento de riesgo, ya que este término no solo se refiere a personas con orientación homosexual. Desde el año 2000, se vio la necesidad de enfocar el trabajo en las comunidades y en grupos vulnerables.

En resumen, a través del tiempo se notó un cambio en las estrategias para disminuir la incidencia de VIH/SIDA debido a necesidades cambiantes y lecciones aprendidas que mostraron que algunas estrategias no fueron exitosas (Estrada et al., 2006). En la actualidad, todavía existen inequidades en el acceso al tratamiento o servicios, no solo en países en vía de desarrollo, sino por ejemplo también en países de Europa central. (Atun, McKee, Coker, & Gurol-Urganci, 2008)

2.2.2. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y DE TRATAMIENTO

En la última década las áreas de trabajo se enfocaron en proveer a los pacientes un mejor acceso al tratamiento, y no tanto en la prevención de nuevos casos de VIH. En 87% de los países que tienen como objetivo un acceso universal para el tratamiento se establecieron metas para cumplir, pero solo el 50% de esos países tienen objetivos para estrategias claves

de prevención (UNAIDS 2008). Si bien es cierto que un tratamiento adecuado es importante, sin embargo no se deberían descuidar las estrategias de prevención, ya que solo así se trabaja en evitar la infección por VIH que significa un número más bajo en años de vida perdidos. Otro punto que no se debe olvidar es que las estrategias de prevención de VIH/SIDA son más costo-efectivos que el tratamiento (Creese, Floyd, Alban, & Guinness, 2002).

2.2.3. EFECTIVIDAD DE LAS ESTRATEGIAS

En los últimos años aumentaron los estudios sobre la evidencia de efectos de estrategias de prevención. Algunos países aplicaron estrategias tanto de prevención como de tratamiento que mostraron buenos resultados (Green, Halperin, Nantulya, & Hogle, 2006). En otros en cambio no se pudo lograr mejoras con las estrategias aplicadas, como sucedió en los países de Europa del Este (Atun et al., 2008). El desarrollo de guías de estrategias propende aumentar el uso de aquellas medidas que son efectivas según la evidencia (UNAIDS, 2005), ya que hasta la fecha no existen políticas de utilización de estrategias basadas en la evidencia (Cáceres, 2004). Hay que destacar, que para cada realidad hay que adaptar estas estrategias, por diferentes culturas, creencias y estilos de vida (Atun et al. 2008) o por diferentes estructuras, diferentes niveles socioeconómicos o diferencias en la demografía (U.S.Department of Health and Human Services, CDC, Office of the Director, & Office of Strategy and Innovation, 2005). También debe influir en la toma de decisión si se está trabajando sobre una epidemia generalizada o una concentrada (Wegbreit, Bertozzi, DeMaria, & Padian, 2006). Otra barrera puede ser el rechazo cultural a diferentes temas, como por ejemplo sexualidad (UNAIDS 2005). Aparte de considerar los puntos anteriores, también es importante para la implementación de programas de prevención exitosos que estos sean interinstitucionales e intersectoriales (Atun et al., 2008). Además conviene

estudiar los factores culturales, políticas y económicas que pueden influir en la epidemia del VIH (Buseh et al., 2006).

Por ejemplo existen estrategias que por evidencia se sabe que no tienen mayor resultado positivo, como intervenciones de abstinencia sexual (Underhill, Montgomery, & Operario, 2007). Mientras que en otros casos existe evidencia de la efectividad de estrategias en el tema de VIH/SIDA, como la terapia antirretroviral para prevenir la transmisión madre-hijo, la prevención de la transmisión, sangre segura, pruebas de VIH y dar asesoría y programas de VIH enfocados en la población afectada (Wegbreit et al., 2006). También existe evidencia positiva de otras estrategias de prevención, como programas de educación en escuelas (Ross, Dick, & Ferguson, 2006) y campañas enfocadas a los jóvenes. De igual manera existen pruebas de estrategias que son costo-efectivas (Hogan, Baltussen, Hayashi, Lauer, & Salomon, 2005).

Se plantea, que un mayor compromiso de los países en la prevención de VIH, podría evitar 28 millones infecciones entre 2005 y 2015. Eso es más que la mitad de infecciones nuevas que ocurren en los países en vía de desarrollo lo que no solo significaría menos casos, sino también un ahorro de gastos (Stover et al., 2006).

2.3. Evaluación en Salud Pública

2.3.1. DEFINICIÓN DE EVALUACIÓN

Patton (Patton, 1997) define la evaluación de programas como una colección sistemática de información sobre actividades, características y resultados de programas para hacer juicios sobre el programa, mejorar la efectividad de programas y/o informar decisiones sobre el desarrollo de futuros programas.

La evaluación de programas en el sector de Salud Pública es sumamente importante, dado que hoy en día estas intervenciones se hacen más complejas, pero no se conocen los resultados reales, por lo tanto no se sabe si el programa fue exitoso o no (Linnan & Steckler, 2002). Las estadísticas pueden mejorar, pero sin embargo se debe seguir investigando el porqué se ha mejorado y en que se mejoró, e identificar si no se pueden modificar las estrategias para un mejor éxito. Otro punto que ya se ha mencionado, es la adaptación de los programas a la realidad del país, y dar un seguimiento para identificar posibles problemas.

Debido a que no se ha logrado establecer una cultura de evaluación, tampoco se forman muchos profesionales en este campo de trabajo (Nebot, 2007). Una condición entre otras, para una buena evaluación es disponer de datos reales y continuos, que deberían surgir de un sistema de M&E. Pero es precisamente la falta de implementación de un buen sistema de M&E, una de las debilidades en el diseño de las programas de Salud Pública aunque se recomienda reservar para esto entre el 5% y 10% del presupuesto. Otro punto importante es que los sistemas de información de los países muchas veces no cuentan con una línea de base y no tienen la capacidad de generar los datos oportunos para el sistema de monitoreo y evaluación (M&E) (IHP+ Working Group, 2008).

Otras barreras para implementar o considerar los procesos de evaluación pueden ser la preocupación de los responsables de los proyectos sobre los resultados que pueden encontrar en la evaluación, los cuales podrían no ser favorables, o la presión que podrían obtener los evaluadores del país donde se realiza la evaluación que también puede ser internacional (Taut & Alkin, 2003).

En un programa se pueden evaluar diferentes aspectos, por ejemplo la implementación del programa, si fueron alcanzados los objetivos planteados, sus impactos y también se puede

evaluar el costo efectividad del programa. Así, como se puede evaluar diferentes aspectos de un programa existen diferentes diseños de evaluación como cualitativos, cuantitativos y mixtos. Entonces dependiendo que se quiere saber se escoge el diseño (Naranjo, 2006). Hoy en día se recomienda usar métodos cualitativos y cuantitativos juntos, para llegar a un complemento de métodos (Sale, Lohfeld, & Brazil, 2002). Ya se sabe que los métodos cualitativos sirven mas para procesos y elaborar la hipótesis por qué funciona o no funciona un programa (Rojas, 2004).

Un punto muy importante de mencionar, para que la evaluación no se malinterprete en el futuro es, que no se lo debe entender como sancionadora, pero si como ayuda para la toma de decisiones y mejoras en la implementación del programa (Rojas, 2004).

2.3.2. EVALUACIÓN EN PROGRAMAS DE VIH/SIDA

También en el área de VIH/SIDA las evaluaciones de programas son escasas. El resultado de una búsqueda de literatura sobre evaluaciones de programas de VIH/SIDA fue pobre. Como se mencionó anteriormente existen estudios sobre la efectividad de estrategias, pero no muchas evaluaciones sobre programas enteros. De varios países se encuentra el reporte de progreso UNGASS, que son evaluaciones con indicadores establecidos para medir el progreso del país en la respuesta al VIH (UNAIDS, 2009).

Los instituciones como UNAIDS ofrecen guías con los indicadores, para facilitar a los países la recolección e interpretación de los datos para una mejor respuesta al VIH (UNAIDS, 2009).

2.3.3. EVALUACIÓN DE PROCESOS

Como el nombre dice, este tipo de evaluación se enfoca en los procesos ya sean de un programa u organización. El objetivo de este tipo de evaluación es conocer cómo funciona un programa. Pero aunque el objetivo es entender los resultados es necesario examinar y conocer como se llega a dichos resultados (Patton, 2002). Otro punto es que una evaluación de procesos investiga las fortalezas y debilidades del proceso evaluado y también puede investigar la calidad del mismo (Windsor, Baranowski, Clark, & Cutter, 1994; Patton, 2002).

Los métodos usados son tanto cualitativos como cuantitativos. Muchas veces se usan métodos cualitativos en este caso, porque tienen la propiedad de poder explicar los contextos de los procesos. La información obtenida permite tanto emitir un criterio sobre los procesos evaluados, como tomar mejores decisiones a las autoridades. Además sirve para la réplica de programas porque al conocer más a detalle su transcurso, se puede optimizar la implementación del programa que se quiere replicar (Patton, 2002).

2.4. Estructura del Proyecto Fondo Global-VIH/SIDA

El Fondo Mundial (Fondo Global) es una asociación público-privada, que desde su fundación en 2002 se convirtió en “el principal organismo para financiar programas de lucha contra el VIH, la tuberculosis y la malaria”. Ahora el Fondo Global facilita para la lucha contra el SIDA la cuarta parte del financiamiento mundial (Fondo Mundial, 2009a).

Los proyectos financiados por el Fondo Global (FG) a nivel mundial y en el Ecuador deben ser ejecutados en forma conjunta entre la sociedad civil, incluyendo a las Personas que Viven con VIH/SIDA (PVVS), e instancias gubernamentales. Estas instancias se

encuentran reunidas en el Mecanismo Coordinador de País (MCP) el cual actúa bajo los lineamientos del FG para la supervisión y coordinación del proyecto (agregar nombre del proyecto Ecuador), coordinar la presentación de propuestas para el país, efectuar el seguimiento de la ejecución de las actividades en el marco de programas aprobados, monitoreo y evaluación de las propuestas de VIH/SIDA, TB y Malaria (Fondo Mundial, 2004).

Otra función del MCP es proponer al o los Receptores Principales (RP) el cual es el beneficiario de la subvención, dicha subvención está escrita en mutuo acuerdo entre el RP y el FG y en él se establecen los fondos que se destinarán al programa, las condiciones de dicha subvención y los resultados que deberá alcanzar el programa en el plazo correspondiente. Los Receptores Principales pueden destinar los fondos a otras organizaciones (subreceptores) que realizan intervenciones bajo de la supervisión del receptor principal. (Fondo Mundial, 2009c). En el caso de Ecuador el MCP nombró como receptores principales al Ministerio de Salud Pública (MSP), quien fue el responsable de la administración, ejecución técnica y financiera de los objetivos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 del Proyecto VIH Ecuador y quien estuvo bajo la supervisión y asesoramiento general del MCP. Para cumplir con estos objetivos el MSP firmó convenios con los siguientes subreceptores: Programa Nacional VIH/SIDA (PNS), Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Ecuador, Dirección de Rehabilitación Social, Ministerio de Educación, Instituto Nacional de Higiene del MSP y la Cruz Roja Ecuatoriana.

Como Receptor Principal 2 el MCP nombró a CARE Internacional, como ONG Gerencial, quien se responsabilizó de la administración, ejecución técnica y financiera de los objetivos 1, 3, 5, 8 y 9 del Proyecto Ecuador, los cuales estaban destinados a la ejecución de proyectos de prevención coordinados por las ONG's.

Como se mencionó anteriormente el PNS como subreceptor del MSP se comprometió en el cumplimiento de objetivos:

1. **Objetivo 3¹**: Facilitar el acceso de la población a centros de servicios de consejería y pruebas voluntarias con el fin de ampliar el acceso a pruebas diagnósticas y consejería
2. **Objetivo 4**: Ampliar la cobertura del manejo sindrómico de las ITS
3. **Objetivo 5**: Mejorar la disponibilidad de condones
4. **Objetivo 6**: Fortalecer la atención materno-infantil y disminuir la transmisión del VIH de la madre-hijo
5. **Objetivo 7**: Ofertar a las PVVS atención integral que incluya la entrega de ARV

Para la implementación del proyecto, el PNS lo realizó a través de la red de servicios del MSP la que está conformada por diferentes niveles.

- Nivel nacional: PNS
- Nivel provincial: Dirección provincial de salud (DPS)
- Nivel local: Áreas de Salud. El presente trabajo se realizó en Centros de Salud

¹ Tal y como está planteado este objetivo no fue una responsabilidad para el PNS en el PFG-VIH/SIDA, sin embargo este objetivo fue asumido por el PNS como parte de su plan de trabajo desde el principio del proyecto FG. Por lo tanto en este trabajo se tratará el objetivo 3 como si fuera responsabilidad del PNS a efecto de tener una mejor visión de lo que se ha avanzado en consejería y pruebas rápidas.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño del estudio

Con el estudio se quiere dar una visión general sobre el funcionamiento (Yin, 2003) del Proyecto Fondo Global VIH Ecuador (PFG-VIH/SIDA) en el subreceptor Programa Nacional de VIH/SIDA (PNS) en Pichincha y Guayas.

Para la evaluación se usó la herramienta de estudio de caso, que se aplica por ejemplo en el caso que la pregunta de investigación es “como” o “por qué” (Yin, 2003), y también cuando no existe mucho conocimiento sobre las dinámicas en el caso que se investiga (Gillham, 2000). Este método da la posibilidad de ayudar a encontrar una explicación para los procesos o hechos investigados y tiene la ventaja de ser un estudio mixto, con componentes cualitativos y cuantitativos (Gillham, 2000).

La metodología de la presente evaluación consiste en dos partes. La primera es una encuesta semi-estructurada, dirigida a personas que trabajan en el proyecto, preguntando su opinión sobre las fortalezas y debilidades en la ejecución del programa. Esta entrevista contiene tanto una parte cualitativa como cuantitativa, porque aparte de las preguntas abiertas, los entrevistados deben primero calificar las preguntas en tres categorías (ver capítulo 3.3.1). La segunda parte examina si se cumplió con los objetivos planteados mediante los indicadores establecidos del PFG-VIH/SIDA, con el fin de conocer si la ejecución de las intervenciones fue exitosa.

3.2. Universo de trabajo y muestra

Como el PFG-VIH/SIDA se implementó bajo la estructura existente del MSP (ver capítulo 2.4) se usó un muestreo en dos etapas. En la primera etapa se seleccionaron las provincias, en la segunda etapa se escogieron las unidades operativas y un hospital con una Unidad de Atención Integral en VIH.

La selección de las provincias obedece a criterios de prioridad. Se escogió la provincia Pichincha, con la capital del Ecuador Quito, en donde se han centralizado muchos recursos del proyecto y también presenta altas frecuencias de casos y muertes, aunque no está entre los lugares de alta prioridad. La segunda provincia es el Guayas, que mayor número de casos y muertes acumula y en donde se han concentrado intervenciones y recursos.

A nivel provincial se aplicó la entrevista en la Dirección Provincial de Salud (DPS) y en la segunda etapa se eligen las unidades operativas. Adicionalmente se trabajó con un hospital en cada provincia, ya que tienen las Unidades de Atención Integral en VIH. Finalmente se aplicó la entrevista a nivel nacional, en este caso en el PNS y en la Unidad Técnica Gerencial del Ministerio de Salud para la implementación del Proyecto Fondo Global-VIH/SIDA (UTG). En total son 9 entrevistas que se realizaron en las dos provincias en los diferentes niveles institucionales, aplicando al equipo responsable.

En los capítulos de resultados y discusión, se usa para las unidades entrevistadas una codificación en la siguiente manera:

Provincia	Nivel	Código
Nacional	Programa Nacional VIH/SIDA	PNS
	Unidad Técnica Gerencial del Ministerio de Salud para la implementación del Proyecto Fondo Global-VIH/SIDA	UTG
Pichincha	Dirección Provincial de Salud	DPSP
	Jefatura de área de salud: La Tola	PLT
	Jefatura de área de salud: Cayambe	PC
	Hospital Enrique Garcés: unidad de atención integral de VIH	PHEG
Guayas	Dirección Provincial de Salud	DPSG
	Jefatura de área de salud: Samborondon	GS
	Hospital Jose Rodriguez Maridueña: unidad de atención integral de VIH	GHJRM

3.3. Entrevistas

3.3.1. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La parte de la evaluación de los procesos, se realiza con una entrevista semi-estructurada colectiva. La estructura de la entrevista está basada en una evaluación realizada anteriormente para el FG con los mismos fines (Narváez, 2009) y adaptada a la realidad de la presente evaluación. Estas entrevistas también se adaptan a los diferentes niveles estudiados. En el Anexo 2 se encuentran las preguntas para el nivel nacional y provincial, y en el Anexo 3 la del nivel local. En general se encuentran primero las preguntas concretas, después las valoraciones cuantitativas de los entrevistados y las opiniones y explicaciones sobre la valoración de la pregunta (Figura 1). En la parte de las opiniones hubo espacio

para discusiones entre los entrevistados. Finalmente hay un espacio para la existencia de documentos de respaldo. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas.

El número de personas entrevistadas en un grupo depende del número del equipo de trabajo de cada unidad. La entrevista con la UTG se realizó solamente con una persona, los otros se realizaron con grupos entre 2 y 5 personas para captar una opinión más objetivo.

Para obtener una información completa, se recogieron tres aspectos en cada pregunta

- Valoración cuantitativa de los entrevistados:

Estas se clasifican en las categorías: 1) Sí, completamente, 2) Parcialmente, 3) No , 4) N / A no aplicable

- Opiniones de los entrevistados sobre el porqué de la valoración a cada pregunta

Se presenta el resumen de la respuesta realizado por el evaluador

- Documentos que apoyen las opiniones de los entrevistados

Parametros	Respuestas	Notas del Evaluador	Existe documentación de respaldo ?
	Si - completamente Parcialmente No - no totalmente N/A		
A - Logro de objetivos y resultados planeados			
A1. Eficacia			
A1	Se obtuvieron los resultados planeados en el Objetivo3 a cargo del MSP. (Comparando resultados actuales con línea de base). Explique cómo se obtuvieron	Partly Las metas se han ido incrementando y se han conseguido buenas coberturas. En embarazadas 90%, ITS 20% a 60%, el año pasado 80%, Meta en TB 2009 es 7200 (meta planteado) pruebas alcanzados 5000. Consejeros en Áreas de Salud aproximadamente 5000, se hacen pruebas en 168 áreas de salud.	Pedir reportes

Figura 1: Estructura de la entrevista

3.3.2. VARIABLES DE LA ENTREVISTA

Las variables son el esqueleto de la entrevista e incluyen todos los temas principales de la evaluación.

Las variables principales del estudio y su codificación según pregunta:

1. Logros de los objetivos previstos:

- 1) Eficacia: A1 – A7
- 2) Relevancia: A8 – A10
- 3) Eficiencia: A11 – A14

2. Sostenibilidad de los logros alcanzados:

- 1) Recursos financieros: B1 – B4
- 2) Condiciones sociopolíticas: B5 – B7
- 3) Marco institucional y gobierno²: B8 – B11
- 4) Medio ambiente: B12
- 5) Otras: B15 - 17

3. Función catalizadora o de replicación: C1 – C5

4. El logro de resultados y actividades: D1 – D4

5. Evaluación de los Sistemas de Monitoreo y Evaluación:

- 1) Diseño del sistema de M&E: E1 – E12

² Esta parte no se incluye en las entrevistas para el nivel local

- 2) Plan de Implementación de M&E: E13 – E16
- 3) Presupuestos y financiamiento para las actividades de M&E: E17
- 4) Monitoreo a largo plazo: E18 – E19

6. Evaluación de los procesos que afectan el logro de los resultados del proyecto:

- 1) Preparación y disposición: F1 – F5
- 2) Empoderamiento: F6 – F12
- 3) La participación de los actores: F13 – F21
- 4) La planificación financiera³: F22 – F23
- 5) Estructura y organización del programa³: F24 – F27

Las codificaciones se usaron en todo el documento para comprender la fuente de información.

3.3.3. ANÁLISIS

Análisis de entrevistas colectivas:

- Análisis estadístico de la valoración cuantitativa de cada pregunta. Para cada sección, que se definen por las variables, se calculó un puntaje. Con el fin de transformar las categorías de las respuestas en valores ordinales, se asignaron los siguientes valores: Sí, completamente = 2, Parcialmente = 1 y No = 0. No aplicable no se cuantifica.
 - a) De cada categoría se suma el valor obtenido de las preguntas correspondientes
 - b) Se suma para cada pregunta el valor esperado de 2 (= totalmente)

³ Esta parte no se incluye en las entrevistas para el nivel local

- c) Se calcula el resultado final, multiplicando el valor obtenido con seis y después dividir por el valor esperado. A igual manera se calcula el puntaje total.

Para procesar los datos cuantitativos se usó Excel 2007.

El cálculo se explica en el siguiente ejemplo:

Variable	Valor obtenido	Valor esperado	Resultado
A. Logro de objetivos	20	32	$(20*6) / 32 = 3,75$
A1. Eficacia	6	10	$(6*6) / 10 = 3,6$

Fuente: Narváez, 2009

Los resultados cuantitativos se transformaron en niveles de satisfacción:

Muy satisfactorio	Satisfactorio	Moderadamente satisfactorio	Moderadamente insatisfactorio	Insatisfactorio	Muy insatisfactorio
6,0 a 5,1	5,0 a 4,1	4,0 a 3,1	3,0 a 2,1	2,0 a 1,1	1,0 a 0

Fuente: Narváez, 2009

- Análisis de los contenidos de la entrevista. El contenido de cada entrevista se analizó utilizando una matriz de análisis de contenidos. Los hallazgos más relevantes se clasificaron y agruparon de acuerdo a las variables de la investigación.

Análisis de archivos estadísticos

El cumplimiento de los objetivos se revisó mediante los indicadores que se plantearon en el PFG-VIH/SIDA.

En una revisión de documentos y datos del PNS y del FG se colectaron los datos disponibles. No se realizó una comprobación de los datos obtenidos, más bien se confió completamente en ellos.

Los archivos estadísticos utilizados fueron los Reportes Cuatrimestrales de la UTG del periodo Q3 hasta P18 y la base de datos del PNS de los indicadores usadas para el PFG-VIH.

En base a los datos colectados, los indicadores y las metas planteados del PFG-VIH/SIDA se hizo un análisis sobre:

- Cambio en las metas o indicadores
- El logro de los objetivos.

Los datos estadísticos de los indicadores se obtuvieron en el PNS y el FG.

3.4. Procedimientos éticos

El estudio intenta tener un efecto positivo a futuros proyectos del Fondo Global de VIH y asegurar la sostenibilidad de los resultados actuales en Ecuador, y por lo tanto lograr un impacto a largo plazo sobre la salud de la población. La identificación de debilidades y fortalezas pueden ayudar para diseñar futuros proyectos y mejorar estrategias ya implementadas. La naturaleza de la estrategia de la investigación incluye actitudes, experiencias y opiniones, por lo tanto la identificación de los informantes puede tener consecuencias no deseadas, como represalias de los autoridades. Para evitar este problema, se mantuvo la confidencialidad y el anonimato de los entrevistados.

Todos los participantes fueron informados sobre el objetivo del estudio antes de la entrevista. A los participantes se permitió retirarse cuando lo querían. No se grabó la entrevista cuando un entrevistado negó el permiso o se sintió incómodo en su presencia.

4. RESULTADOS

La Figura 2 muestra las calificaciones de las variables estudiadas. El resultado de la evaluación del PFG-VIH/SIDA de los entrevistados en total fue de 3,65 (moderadamente satisfactorio). La variable Rol potencializador recibió el puntaje más alto de “satisfactorio”, los otros cinco variables no sobrepasan una calificación de “moderadamente satisfactorio” y la variable con el puntaje más bajo fue el desempeño del M&E.

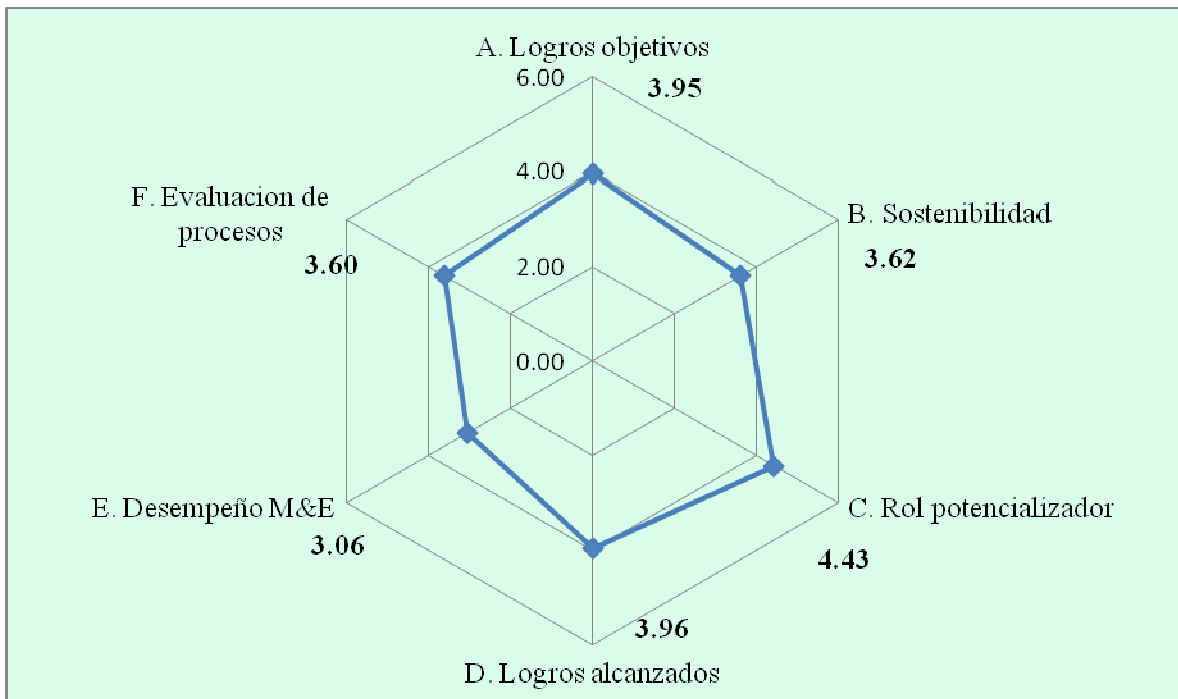


Figura 2: Calificaciones de satisfacción en cada uno de los variables

Muy satisfactorio	Satisfactorio	Moderadamente satisfactorio	Moderadamente insatisfactorio
6,0 a 5,1	5,0 a 4,1	4,0 a 3,1	3,0 a 2,1

4.1. Logros de los objetivos

Desde el año 2006 existen datos para todos los indicadores con los que se trabajó hasta finales de 2009. El cumplimiento de los objetivos en general es aceptable, de los nueve indicadores del PFG-VIH/SIDA solamente uno de ellos al final de 2009 no presenta un buen desempeño: Número de PVVS que reciben tratamiento para infecciones oportunistas (45%). Se debe mencionar, que el PFG-VIH/SIDA usó metas y alcances acumulativos para todo los cinco años de duración del proyecto.

En el 2007 se modificaron algunos indicadores (Tabla 14, Anexo 1), debido a problemas con los denominadores. De igual manera existieron problemas en el cálculo de las metas ya que no existía una línea de base (Reportes del FG). No se facilitaron los documentos específicos para conocer los indicadores explícitos con numerador y denominador escritos y los cambios realizados, por lo cual no se puede comprender el cambio que se ha hecho en los denominadores y como se calcularon las metas. Sin embargo, en la Tabla 14 se presentan los indicadores con los problemas mencionados.

En las entrevistas aplicadas, se calificó el logro de los objetivos como “moderadamente satisfactorios” (3,95) (Tabla 1). Las calificaciones en el nivel nacional y en la provincia de Guayas (4,59; 4,15 = satisfactorio) tuvieron mejor puntaje que en la provincia de Pichincha (3,29 = moderadamente satisfactorio). Un aspecto interesante es que, tanto en eficacia, eficiencia y relevancia, en Pichincha se percibe un menor logro de objetivos comparado con Guayas y el nivel nacional.

El total de los encuestados califican la eficacia del proyecto como “satisfactorio” (4.18), mientras en la relevancia y la eficiencia solo llegan a una calificación de “moderadamente satisfactorio” (4.03 y 3.58).

Llama la atención, que la UTG es la única unidad entrevistada que califica todas las tres categorías que componen la variable “Logros de objetivos” como “muy satisfactorio”. Asimismo los dos hospitales con las Unidades de Atención Integral de VIH tienen resultados en eficacia de “muy satisfactorio” (6,00). Hay que señalar que ellos solamente están a cargo del objetivo “Ofertar a las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) atención integral que incluya la entrega de antirretrovirales (ARV)”. Otro aspecto que llama la atención es, que en Cayambe califican la relevancia con “muy insatisfactorio” (0,00), porque comenta que el inicio del PFG-VIH/SIDA no era un tema importante para el Área de Salud porque no había casos registrados.

Tabla 1: Resultados de las entrevistas para la evaluación de los logros de los objetivos

Variables	Logro objetivos	A.1 Eficacia	A.2 Relevancia	A.3 Eficiencia
PNS	3,75	3,60	4,29	3,00
UTG	5,44	5,40	5,57	5,25
Nacional	4,59	4,50	4,93	4,13
Pichincha Prov.	3,00	3,00	3,00	3,00
Pich. La Tola	3,30	3,60	3,00	3,00
Pich Cayambe	3,30	4,80	0,00	3,00
Pich HEG	4,00	6,00	3,00	4,00
Prov. Pichincha	3,29	3,94	2,50	3,23
Guayas Prov.	4,41	3,00	5,25	4,50
Guay. San Borondon	4,09	5,00	3,00	3,00
Guay. HJRM	3,50	6,00	3,00	3,00
Prov. Guayas	4,15	4,25	4,50	3,60
Puntaje total	3,95	4,18	4,03	3,58

Las respuestas de las entrevistas se transformaron en valores ordinales y en niveles de satisfacción, con una puntuación máxima de seis (= muy satisfactorio)

La eficacia de los objetivos: manejo sintomático de ITS, disponibilidad de condones y prevención de la transmisión vertical presentaron una calificación un poco mayor que los objetivos de pruebas rápidas, consejería y atención integral. Según los encuestados esto puede atribuirse a que en “manejo sintomático de ITS” no había datos para la línea de base

y en el objetivo de “disponibilidad de condones” no fue planteado como objetivo explícito del MSP, por lo cual las personas encuestadas perciben un mejor desempeño en estas intervenciones. En cambio en el objetivo de “transmisión vertical”, en el cual si existía una línea de base, el desempeño fue aceptable.

4.1.1. EFICACIA

Objetivo 3: Facilitar el acceso de la población a centros de servicios de consejería y pruebas voluntarias con el fin de ampliar el acceso a pruebas diagnósticas y consejería

Como fue mencionado en el capítulo 2.4 el objetivo 3 no estaba a cargo del Programa Nacional de VIH/SIDA (PNS) en el Proyecto Fondo Global-VIH/SIDA, lo cual se evidencia por la falta de indicadores explícitos. Sin embargo este objetivo fue asumido por el PNS como parte de su plan de trabajo desde el principio del PFG-VIH/SIDA.

En todas las 168 jefaturas de áreas y en algunos hospitales que están en la red del MSP y cuentan con un laboratorio adecuado para poder realizar las pruebas de VIH se definió que se debe hacer consejería y pruebas de VIH a embarazadas, personas que consultan por ITS, pacientes con tuberculosis y demanda espontánea. A partir del 2006 existen datos de tamizajes a usuarios que no son mujeres embarazadas.

Llama la atención, que aumenta el porcentaje de la cobertura de tamizados en las provincias cada año y en especial del año 2008 a 2009 (Tabla 15, Anexo 1), solamente en Pichincha disminuyó el porcentaje de pruebas realizadas.

En relación a la calidad de la consejería, los entrevistados de las unidades estudiadas reportan, que las consejerías tienen una gran demanda, pero que hay una deficiencia de

personal capacitado (PC) para desempeñar esta actividad; por lo que, en algunos lugares, ya no se puede hacer una consejería personalizada, si no que se ha optado por la implementación de charlas o se da la información mientras los usuarios esperan (GS, DPSG). Según la opinión de varios encuestados otro problema es que, muchos de los exámenes no son retirados por las personas que se sometieron a dicha prueba por diferentes causas entre las que se mencionan: i) “el miedo de conocer el resultado”, lo que es un indicador de calidad de la consejería que se está dando y ii) las personas que resultan positivos para primera prueba “viven lejos y no quieren regresar para someterse a una segunda prueba” (GS).

Eso se confirma en un estudio hecho en 2010 sobre subnotificación de casos de VIH en Ecuador (Valcárcel Pérez, 2010). Los resultados de este estudio son “un bajo nivel de confirmación (casos probables confirmados ≤ 55 y casos confirmados de los seleccionados ≤ 25)” y también un bajo nivel en notificación, “casos confirmados de los notificados $\leq 75\%$ y casos confirmados de los seleccionados $\leq 15\%$ ” en las unidades de salud estudiadas.

Efectos positivos y negativos no planificados

De los aspectos positivos se mencionan: i) el aumento de instituciones privadas o de organizaciones no gubernamentales (ONG's) que ofrecen la prueba voluntaria, ii) que se oferten pruebas a las parejas de las mujeres embarazadas seropositivas (PNS). Se menciona sobre todo en los niveles locales, que se han implementado actividades de consejería en lugares fuera de los servicios de salud, como en florícolas, colegios etc. Los entrevistados creen que la aceptación de la prueba aumentó y que disminuyó un poco el estigma (PNS).

Un aspecto negativo en el año 2009 fue la ruptura del “stock” (provisión) de pruebas rápidas, lo que causó una disminución en la oferta de este servicio. Además se comenta que existe una gran demanda de este servicio la cual no se puede satisfacer (DPSP).

Como se mencionó anteriormente, hay un aumento de instituciones que hacen consejería y pruebas voluntarias, pero existe una discrepancia en el reporte de casos sero prevalencia. La mayoría de las instituciones privadas que realizan las pruebas, no trabajan bajo la norma del MSP en el sistema de información, lo que causa un problema en la captura y el seguimiento de los casos VIH positivos. Otro punto negativo, según los entrevistados, es que el personal capacitado para consejería no es suficiente y por alta rotación en el personal hace falta una recapitación.

Objetivo 4: Ampliar la cobertura del manejo sintomático de las ITS

Este objetivo tenía tres indicadores que cumplir.

- Número y porcentaje de pacientes recibiendo manejo sintomático de ITS
- Número y porcentaje de personas capacitadas en manejo sintomático de las ITS y prevención de transmisión vertical en unidades de 1ro, 2do y 3er nivel de atención
- Número y porcentaje de personas con ITS que reciben consejería para pruebas voluntarias y con notificación de los resultados.

Primero hay que mencionar que los dos últimos indicadores son el resultado de los cambios realizados en el 2007 (Tabla 2). Y es en este tiempo, cuando se iniciaron o se detectaron los problemas en el cumplimiento de los indicadores, en parte también porque se replantearon metas altas.

En el indicador “Número y porcentaje de pacientes que reciben manejo sintromico de ITS” en los periodos Q6 hasta Q10 (años 2006/2007) se registra un cumplimiento del indicador que “supera las expectativas⁴” (desde 147,4% hasta 378,0%), lo que indica que las metas estaban mal planteadas. A partir del periodo P11 (Cuatrimestre 3 2007) ya se replantearon los indicadores, tanto en el indicador “Número y porcentaje de pacientes que reciben manejo sintromico de ITS”, como en el de “Número y porcentaje de personas con ITS que reciben consejeria para pruebas voluntarias y con notificación de los resultados”. Según el documento revisado, se calculó la meta del primer indicador para los años 3, 4 y 5 con un denominador de 61.517 casos reportados de ITS en el año 2006 (segundo año del PFG). Durante el año tres se reportaron 265.377 casos de ITS, lo cual superaba en gran número al denominador utilizado para el segundo año, y se optó por utilizar este número como denominador para un nuevo cálculo de la meta para los años 4 y 5.

En el indicador “Número y porcentaje de personas con ITS que reciben consejeria para pruebas voluntarias y con notificación de los resultados” también se aumentó la meta para los años 4 y 5 del PFG, considerando el aumento en el indicador de pacientes que reciben manejo sintromico de ITS. Se planteó que a 70% de los pacientes con ITS se ofrece la consejeria y pruebas voluntarias.

⁴ Existe una escala de clasificación de desempeño de los componentes del FG. La tabla correspondiente se encuentra en el Anexo 4

Tabla 2: Nivel de cumplimiento del indicador “Número de pacientes recibiendo manejo sindrómico de ITS”

Periodo (Año)	Fecha	Meta: N acumulado	Avance: N acumulado	Cumplimiento de meta acumulada
Q5 (2006)	01 de marzo – 31 de mayo	6.103	9.087	148,9% ⁵
Q6 (2006)	01 de junio – 31 de agosto	9.978	14.707	147,4% ⁵
Q7 (2006)	01 de septiembre – 30 de noviembre	13.853	40.264	290,6%
Q8 (2006/2007)	30 de noviembre – 28 de febrero	17.728	67.020	378,0%
Q9 (2007)	01 de marzo – 31 de mayo	66.900	118.868	177,7% ⁵
Q10 (2007)	01 de junio – 31 de agosto	77.283	157.023	212,1%
P11 (2007)	01 de septiembre – 30 de noviembre	222.787	200.820	90,1%
P12 (2007/2008)	01 de diciembre – 29 de febrero	275.347	265.315	96,3%
P13 (2008)	01 de marzo – 30 de abril	300.417	323.162	108,0%
P14 (2008)	01 de mayo – 31 de agosto	370.497	366.037	98,8%
P15 (2008)	01 de septiembre – 31 de diciembre	440.577	479.484	109,0%
P16 (2009)	01 de enero – 30 de abril	517.665	605.631	117,0%
P17 (2009)	01 de mayo – 31 de agosto	580.737	727.134	125,0%
P18 (2009)	01 de septiembre – 31 de diciembre	650.817	814.333	125,1%

Fuente: Reportes Fondo Global de periodos Q5 a P18. En los periodos hasta Q10 se reportaron los resultados cada tres meses, desde P11 se reportaron cada cuatro meses, con una fase de cambio del periodo P11 hasta P13.

En el indicador “Número y porcentaje de personas capacitadas en manejo sindrómico de las ITS y prevención de transmisión vertical en unidades de primero, segundo y tercer nivel de atención” se observa un cumplimiento “conforme a las expectativas” de las metas, Cabe mencionar que este indicador comienza a ser medido a partir del Q9 y es el único momento en el que reporta un cumplimiento bajo (43,5%).

⁵ Coberturas en porcentaje no registrados en el informe, calculado por la autora

Tabla 3: Nivel de cumplimiento del indicador “Número de personas capacitadas en manejo sindrómico de las ITS y PTV en unidades de 1ro, 2do y 3er nivel de atención”

Periodo (Año)	Fecha	Meta: N acumulado	Avance: N acumulado	Cumplimiento de meta acumulada
Q9 (2007)	01 de marzo – 31 de mayo	239 nuevos	104 nuevos	43,5%
Q10 (2007)	01 de junio – 31 de agosto	4.945	4.987	100,8%
P11 (2007)	01 de septiembre – 30 de noviembre	5.184	4.966	96,0%
P12 (2007/2008)	01 de diciembre – 29 de febrero	5.425	5.060	93,2%
P13 (2008)	01 de marzo – 30 de abril	5.425	5.189	96,0%
P14 (2008)	01 de mayo – 31 de agosto	5.733	5.361	93,5%
P15 (2008)	01 de septiembre – 31 de diciembre	6.041	5.460	90,0%
P16 (2009)	01 de enero – 30 de abril	6.196	5.450	88,0%
P17 (2009)	01 de mayo – 31 de agosto	6.504	5.450	84,0%
P18 (2009)	01 de septiembre – 31 de diciembre	6.812	6.150	90,0%

Fuente: Reportes Fondo Global de periodos Q9 a P18. En los periodos hasta Q10 se reportaron los resultados cada tres meses, desde P11 se reportaron cada cuatro meses, con una fase de cambio del periodo P11 hasta P13.

En el indicador de “Número y porcentaje de personas con ITS que reciben consejería para pruebas voluntarias y con notificación de los resultados” recién existen datos desde junio de 2007. Este indicador, al igual que el primer indicador de pacientes que reciben manejo sindrómico de ITS, mostraron una inconsistencia en el denominador mencionado anteriormente.

Tabla 4: Nivel de cumplimiento del indicador “Número de personas con ITS que reciben consejería para pruebas voluntarias y con notificación de los resultados”

Periodo (Año)	Fecha	Meta: N acumulado	Avance: N acumulado	Cumplimiento de meta acumulada
Q10 (2007)	01 de junio – 31 de agosto	6.151	9.800	159,3%
P11 (2007)	01 de septiembre – 30 de noviembre	36.792	30.859	84,0%
P12 (2007/2008)	01 de diciembre – 29 de febrero	55.188	47.264	85,6%
P13 (2008)	01 de marzo – 30 de abril	66.424	75.939	114,0%
P14 (2008)	01 de mayo – 31 de agosto	105.318	83.946	79,7%
P15 (2008)	01 de septiembre – 31 de diciembre	144.214	177.537	123,0%
P16 (2009)	01 de enero – 30 de abril	183.106	211.259	115,4%
P17 (2009)	01 de mayo – 31 de agosto	222.000	272.300	122,7%
P18 (2009)	01 de septiembre – 31 de diciembre	259.060	319.402	123,0%

Fuente: Reportes Fondo Global de periodos Q10 a P18. En los periodos hasta Q10 se reportaron los resultados cada tres meses, desde P11 se reportaron cada cuatro meses, con una fase de cambio del período P11 hasta P13.

En el nivel nacional los encuestados contestan, que se han cumplido los objetivos “totalmente”. En Pichincha y la DPS de Guayas responden todos los encuestados que se han cumplido los objetivos “parcialmente”, mientras en el área de Salud de Guayas piensan que hay un cumplimiento de “totalmente”. El hecho que nadie califica de “totalmente” en Pichincha se puede explicar con los datos obtenidos durante la revisión de los documentos específicos del PNS. El indicador “Número y porcentaje de pacientes recibiendo manejo sindrómico de ITS” tiene en el año 2009 un cumplimiento en Pichincha de 65% de la meta y el Guayas 107%.

Efectos positivos y negativos no planificados

A parte de las metas planeadas también existen efectos tanto positivos como negativos no esperados o planificados en todos los objetivos. Respecto a los comentarios positivos se menciona el implementar medidas para la toma de conciencia de los usuarios respecto tener relaciones sexuales protegidas (uso del condón) y se comenta que hay una mejoría “poco a poco”. De igual manera se pudo evidenciar que todo el personal que trabaja en el área de VIH, no solo los médicos, está más sensibilizado y capacitado que antes.

Como aspecto negativo se reporta que existe una falta de seguimiento de los pacientes así como la ausencia de estos a sus controles. Esto no permite conocer si los pacientes se curan, si hay recaídas o si la pareja se somete también al tratamiento. Solo en un área de salud opinan que el seguimiento es “más o menos”.

Otro problema es el bajo acceso de los hombres al manejo sintomático de ITS, ya que esta estrategia tiene como usuarios predominantemente a mujeres a las cuales se entrega el tratamiento para su pareja, lo cual no permite conocer a ciencia cierta si ellas lo entregan o no y si en caso de entregarlo a su pareja usan los condones.

Además se puede mencionar que el manejo sintomático de las ITS está acompañado de la dotación de condones para quienes padecen la ITS, pero se reporta que son los médicos los que no quieren entregar los preservativos, porque dicen que “las personas no querían” (GS). Eso se complica aún más cuando también los usuarios y usuarias no aceptan su uso o existe la negativa de entregarlos a su pareja.

En las actividades que acompañan este objetivo como por ejemplo el llenado de las recetas, la entrega de condones, entre otras se reporta una mejor colaboración por parte de las obstétricas (PC, GS).

Objetivo 5: Mejorar la disponibilidad de condones

Este objetivo no fue definido como responsabilidad del MSP en el Proyecto Fondo Global-VIH/SIDA, sin embargo se decidió como PNS incluirlo como un objetivo del programa. El indicador que reporta ahora el PNS es “Número de condones distribuidos a poblaciones vulnerables”

Después que el MSP asumió la responsabilidad, se procedió a la compra de preservativos, y en alianza con la OPS se logró negociar un precio más bajo. Esta compra de condones estuvo destinada para ser entregada a pacientes con ITS, a Trabajadoras Sexuales (TS) y Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), aunque el acceso de este último grupo es menor (A3, DPSG). A nivel local sobre todo se hace promoción del uso del condón, como en ferias de salud o charlas (A3, PLT, PC, GS). En el PFG-VIH/SIDA el cumplimiento del objetivo de la entrega de condones es responsabilidad no solo del PNS, sino también de otros subreceptores como Policía, Fuerzas Armadas o Dirección de Rehabilitación Social (ver sección 2.4). Por lo tanto en este estudio se usa los datos del PNS con la meta que ellos se plantearon.

El PNS recién desde el año 2008 dispone de datos y en este año entregaron 185.745 condones a personas con ITS en Unidades Operativas de Atención de Salud y en el año 2009, 237.875. La meta planteada por el PNS para el año 2009 fue de 255.090 condones entregados que corresponde a un cumplimiento de 93%.

Efectos positivos y negativos no planificados

Un logro importante fue el haber conseguido preservativos para la población vulnerable, como por ejemplo personas de la Policía, FFAA, PVVS, o personas con ITS (A3B, UTG). Sin embargo, los entrevistados plantean que se debe trabajar todavía en el uso correcto y

permanente del condón con los grupos de riesgo. En las áreas de salud se propone, no solo distribuir los condones en charlas y ferias de la salud, sino también colocar dispensadores para un acceso más fácil de los condones (PLT, DPSG).

Objetivo 6: Fortalecer la atención materno-infantil y disminuir la transmisión del VIH de la madre – hijo

En este objetivo se definieron tres indicadores:

- Número y porcentaje de mujeres embarazadas que reciben consejería y que se realizan la prueba voluntaria de VIH con notificación de los resultados
- El número y porcentaje de mujeres embarazadas VIH positivas que recibieron profilaxis con antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo
- Número y porcentaje de recién nacidos atendidas en instituciones públicas de salud de madres VIH + recibiendo profilaxis con antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo.

Cobertura de consejería y prueba voluntaria a embarazadas

En el periodo Q10 (Cuatrimestre 2, 2007) del PFG-VIH/SIDA, se modificó el denominador para el indicador “Número y porcentaje de mujeres embarazadas que reciben consejería y que se realizan la Prueba Voluntaria de VIH con notificación de los resultados”. Sin embargo, todavía se reportaron dos períodos con porcentajes de cumplimiento mayores de 100%. Por la falta de documentos no se puede comprender, si después del Q10 (Cuatrimestre 2, 2007) otra vez se hicieron cambios para calcular la meta. En los últimos cuatro periodos reportados se nota un cumplimiento de “conforme a las expectativas “ (entre 90% y 100% de cumplimiento) (Tabla 5).

Se debe tomar en cuenta que para este indicador el universo es el 60% de mujeres embarazadas, ya que este porcentaje es el que asiste al control prenatal. De acuerdo a los documentos revisados sí aparece de manera explícita que para el año 3 se utilizó como meta a las “embarazadas que asisten a su control prenatal”. No así para el año 4 y 5 donde únicamente se menciona a “mujeres embarazadas”. De igual manera no aparece documentación de cuanto es el incremento en el universo para el año 4 y 5 donde se plantean como meta el 75 y 80% respectivamente. De acuerdo a las cifras que aparecen en los documentos estas se corresponden más al total de embarazadas y no a las que asisten al control prenatal.

Tabla 5: Nivel de cumplimiento del indicador “Número de mujeres embarazadas que reciben consejería y que se realizan la Prueba Voluntaria de VIH”

Periodo (Año)	Fecha	Meta: N acumulado	Avance: N acumulado	Cumplimiento de meta acumulada
Q5 (2006)	01 de marzo – 31 de mayo	100.000	108.823	108,8%⁶
Q6 (2006)	01 de junio – 31 de agosto	100.000	120.802	120,0%⁶
Q7 (2006)	01 de septiembre – 30 de noviembre	100.000	155.742	156%
Q8 (2006/2007)	30 de noviembre – 28 de febrero	140.000	198.153	141%
Q9 (2007)	01 de marzo – 31 de mayo	233.147	250.508	107,4%
Q10 (2007)	01 de junio – 31 de agosto	268.141	308.169	114,9%
P11 (2007)	01 de septiembre – 30 de noviembre	303.135	353.852	116,7%
P12 (2007/2008)	01 de diciembre – 29 de febrero	443.111	419.066	94,5%
P13 (2008)	01 de marzo – 30 de abril	458.437	473.242	103,2%
P14 (2008)	01 de mayo – 31 de agosto	546.362	512.207	93,7%
P15 (2008)	01 de septiembre – 31 de diciembre	634.228	605.593	95,5%
P16 (2009)	01 de enero – 30 de abril	722.212	689.242	95,6%
P17 (2009)	01 de mayo – 31 de agosto	810.137	790.167	97,5%
P18 (2009)	01 de septiembre – 31 de diciembre	896.062	866.437	96,7%

Fuente: Reportes Fondo Global de periodos Q5 a P18. En los periodos hasta Q10 se reportaron los resultados cada tres meses, desde P11 se reportaron cada cuatro meses, con una fase de cambio del período P11 hasta P13.

⁶ Coberturas en porcentaje no registrados en el informe, calculado por la autora

Profilaxis ARV

En el indicador “Número y porcentaje de mujeres embarazadas VIH positivas que recibieron profilaxis con antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo”, se realizó también el cambio de la cantidad del denominador en el periodo Q10 (Cuatrimestre 2, 2007). Este cambio se debe a que el número de mujeres embarazadas VIH+ se calculó en base a una prevalencia alta en mujeres embarazadas, pero no se encontraron documentos con una nueva propuesta del denominador cambiado. A partir de este periodo, los alcances de las metas fueron mayores de 80%, lo que significa una clasificación de A2 (ver Anexo3), pero en el periodo P13 (marzo y abril 2007) nuevamente se sobrepasó el 100% (Tabla 6).

En el reporte Q5 (Cuatrimestre 1, 2006) del Fondo Global, no se pudo lograr el cumplimiento de la meta de tratar 835 embarazadas VIH+, porque hasta este periodo solamente se reportaron 49 mujeres embarazadas VIH+. De las 49 mujeres embarazadas se trataron 92,2% en el periodo Q5. En el periodo Q6 se repitió el mismo problema. Para el periodo Q7 siguiente la meta ya se calculó con otro porcentaje, por eso la meta está más baja que en el periodo Q6. En el periodo Q8 (Cuatrimestre 4, 2006/2007) otra vez reportan una meta alta, y un bajo porcentaje de cumplimiento. Eso supuestamente se debe a que el cálculo se hizo con el porcentaje que se usó antes del Q6, porque en el Q9 la meta otra vez está más baja.

Tabla 6: Nivel de cumplimiento del indicador “El número de mujeres embarazadas VIH+ que recibieron profilaxis con ARV”

Periodo (Año)	Fecha	Meta: N acumulado	Avance: N acumulado	Cumplimiento de meta acumulada
Q5 (2006)	01 de marzo – 31 de mayo	835	292	92,2%
Q6 (2006)	01 de junio – 31 de agosto	860	384	44,7%
Q7 (2006)	01 de septiembre – 30 de noviembre	359	431	120,0%
Q8 (2006/2007)	30 de noviembre – 28 de febrero	900	521	57,9%
Q9 (2007)	01 de marzo – 31 de mayo	598	534	95,0%
Q10 (2007)	01 de junio – 31 de agosto	675	584	86,5%
P11 (2007)	01 de septiembre – 30 de noviembre	752	661	87,9%
P12 (2007/2008)	01 de diciembre – 29 de febrero	831	755	90,8%
P13 (2008)	01 de marzo – 30 de abril	816	842	103,2%
P14 (2008)	01 de mayo – 31 de agosto	939	901	95,9%
P15 (2008)	01 de septiembre – 31 de diciembre	1.062	986	92,8%
P16 (2009)	01 de enero – 30 de abril	1.185	1.104	92,8%
P17 (2009)	01 de mayo – 31 de agosto	1.308	1.269	97,0%
P18 (2009)	01 de septiembre – 31 de diciembre	1.431	1.404	98,1%

Fuente: Reportes Fondo Global de periodos Q5 a P18 En los periodos hasta Q10 se reportaron los resultados cada tres meses, desde P11 se reportaron cada cuatro meses, con una fase de cambio del periodo P11 hasta P13

En el año 2009 para el indicador “Número y porcentaje de recién nacidos atendidos en instituciones públicas de salud de madres VIH+ recibiendo profilaxis con antirretrovirales” para reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo la cobertura fue de 94%. Los años anteriores se logró cumplir con el 100% (Reportes FG de periodo Q6 –P18).

En el PNS y en el nivel provincial de las dos provincias estudiadas se contesta “parcialmente” para el logro del objetivo 6. Interesante es que en las dos Unidades de Atención Integral de VIH, los entrevistados lo califican como “totalmente”. Para este mismo objetivo y en el periodo 2009 se puede observar en la base de datos del PNS, que al igual como sucedió con el objetivo 4, en el caso de Guayas logró sobrepasar el 100% (249% de cumplimiento), y en el caso de Pichincha se reporta un cumplimiento de 67%.

En las entrevistas, de acuerdo al personal del PNS (Tabla 16, Anexo 1) las coberturas de tamizaje en embarazadas son altas, pero existen problemas con el sistema de información, como por ejemplo no se sabe cuántas de las pruebas en embarazadas son repetidas, ya que no se registran las pruebas subsecuentes durante el embarazo. A parte de los problemas que presenta el sistema de información, mencionan que en algunas provincias, como por ejemplo Azuay la cobertura de pruebas en embarazadas es baja (A4, UTG).

Efectos positivos y negativos no planificados

Se ha logrado involucrar otras instituciones que trabajan en esta estrategia y se ha convertido en una política prioritaria asumida por las autoridades en el sector de salud (A4B, PNS). Pero al igual que en el objetivo de “las pruebas voluntarias”, existen instituciones privadas que no reportan al MSP sus datos de pruebas realizadas, por lo tanto, no se conocen las coberturas reales y es posible que las coberturas sean mayores a las

reportadas (A4C, DPSP). Además, se desconoce cómo trabajan en esta estrategia, si cumplen las normas del MSP o no.

En la provincia de Pichincha se reporta, que las mujeres que están detectadas como VIH+, dependiendo del periodo o semana de embarazo en el que se encuentran, son referidas a la maternidad, pero acompañado por una persona del centro de salud, quien les ayuda a realizar los trámites necesarios y evitar problemas al momento de ser aceptadas en la Maternidad, (A4, PLT, PC).

Además se menciona, sobre todo en Guayas, que existe falta de personal frente a la gran demanda que hay (A4C, DPSG, GS). Las dos provincias reportan que las pruebas rápidas no se hacen inmediatamente o en el mismo día y muchas veces las mujeres tienen que regresar para obtener los resultados. En el caso, de aquellas personas que viven lejos, estas ya no regresan para retirar sus resultados. Sumado a esto, en el PNS se menciona que en el caso de la población indígena el acceso a la prueba es bajo. Según los entrevistados un problema común a todos los componentes es la debilidad en el sistema de información.

Objetivo 7: Ofertar a las PVVS atención integral que incluya la entrega de Antirretrovirales

En este objetivo se plantearon dos indicadores:

- Personas viviendo con VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral (ARV)
- Número de PVVS que reciben tratamiento para infecciones oportunistas.

Cobertura con Antirretrovirales

El indicador de personas viviendo con VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral, se cumplió por encima del 100% a nivel país (Supera las expectativas), en todos los años

(Reportes del PFG-VIH/SIDA). Nuevamente se presentan problemas con el cálculo de la meta, aunque en este indicador no se comentan cambios en el denominador (Tabla 7). Además se observa en los resultados por provincia que el cumplimiento entre Pichincha fue del 89% y para Guayas del 100% en el año 2009 (PNS).

Para la entrega de los antirretrovirales no hay lista de espera, pero en el año 2008 por un retraso de compras hubo limitaciones en la entrega de medicamentos (A5, PNS).

Tabla 7: Nivel de cumplimiento del indicador “Personas viviendo con VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral”

Periodo (Año)	Fecha	Meta: N acumulado	Avance: N acumulado	Cumplimiento de meta acumulada
Q3 (2005)	01 de septiembre – 30 de noviembre	700	1.180	168,6%⁷
Q4 (2005/2006)	01 de diciembre – 28 de febrero	800	1.180	147,5%⁷
Q5 (2006)	01 de marzo – 31 de mayo	900	1.350	150,0%⁷
Q6 (2006)	01 de junio – 31 de agosto	1.000	1.601	160,1%⁷
Q7 (2006)	01 de septiembre – 30 de noviembre	1.100	1.820	165,5%
Q8 (2006/2007)	30 de noviembre – 28 de febrero	1.200	1.820	151,7%
Q9 (2007)	01 de marzo – 31 de mayo	2.041	2.275	111,5%⁷
Q10 (2007)	01 de junio – 31 de agosto	2.193	2.317	105,6%
P11 (2007)	01 de septiembre – 30 de noviembre	2.345	2.461	104,9%
P12 (2007/2008)	01 de diciembre – 29 de febrero	2.500	2.742	109,6%
P13 (2008)	01 de marzo – 30 de abril	2.783	2.836	103,0%
P14 (2008)	01 de mayo – 31 de agosto	3.025	3.176	104,9%
P15 (2008)	01 de septiembre – 31 de diciembre	3.269	3.728	114,0%
P16 (2009)	01 de enero – 30 de abril	3.540	4.075	110,9%
P17 (2009)	01 de mayo – 31 de agosto	3.820	4.487	117,5%
P18 (2009)	01 de septiembre – 31 de diciembre	4.104	4.959	120,8%

Fuente: Reportes Fondo Global de periodos Q3 a P18. En los periodos hasta Q10 se reportaron los resultados cada tres meses, desde P11 se reportaron cada cuatro meses, con una fase de cambio del período P11 hasta P13.

⁷ Coberturas en porcentaje no registrados en el informe, calculado por la autora

Tratamiento infecciones oportunistas

Este indicador presenta el cumplimiento más bajo de todos los indicadores definidos en el PFG-VIH/SIDA. En los primeros dos periodos desde que existen datos para este indicador, se pasó la meta, mientras en los siguientes periodos fue bajando el porcentaje de cumplimiento (Tabla 8). En el reporte del PFG-VIH/SIDA del periodo 18, se menciona que la recolección de información en las unidades operativas no es adecuada para este indicador, sin que se defina por qué es inadecuado.

En las entrevistas el nivel nacional y provincial califican el logro del objetivo como “parcialmente“, solo las dos Unidades de Atención Integral de VIH califican como “totalmente“.

Tabla 8: Nivel de cumplimiento del indicador “Número de PVVS que reciben tratamiento para infecciones oportunistas”

Periodo (Año)	Fecha	Meta: N acumulado	Avance: N acumulado	Cumplimiento de meta acumulada
P11 (2007)	01 de septiembre – 30 de noviembre	247	287	116,0%
P12 (2007/2008)	01 de diciembre – 29 de febrero	330	356	107,8%
P13 (2008)	01 de marzo – 30 de abril	558	484	86,7%
P14 (2008)	01 de mayo – 31 de agosto	962	588	61,1%⁸
P15 (2008)	01 de septiembre – 31 de diciembre	1.366	718	52,6%
P16 (2009)	01 de enero – 30 de abril	1.170	913	52,0%
P17 (2009)	01 de mayo – 31 de agosto	2.170	1.155	53,2%
P18 (2009)	01 de septiembre – 31 de diciembre	2.577	1.158	45,0%

Fuente: Reportes Fondo Global de periodos P11 a P18.

En las respuestas de las entrevistas se encontraron para el objetivo 7 las siguientes observaciones: i) las unidades de atención integral de VIH reportan un buen desempeño en este objetivo (A5, PHEG, GHJRM), pero en la DPS de Guayas comentan que “los hospitales han colapsado por una mayor demanda”, lo que ha ocasionado que los turnos se tarden entre 15 días o un mes. Lo mismo sucede con Quito (PHEG). En vista de estos problemas la DPS de Guayas recomienda la descentralización de los servicios, aunque eso traerá problemas como falta de espacio físico en las áreas de salud (DPSG), ii) se menciona que siendo Guayas la provincia con más casos, se debería tener un lugar para guardar y dispensar los medicamentos (A5, DPSG).

⁸ Coberturas en porcentaje no registrados en el informe, calculado por la autora

Efectos positivos y negativos no planificados

Un logro importante, es la compra de medicamentos a un menor precio, lo cual se realiza a través de un fondo estratégico con la OPS. El inconveniente que presenta este proceso de compra es una importante demora de aproximadamente tres meses (A5B, PNS). Un beneficio de la atención integral que comentan es el mejoramiento de la calidad de vida de los PVVS y el aumento de los años que viven (DPSP, GHJRM). Otro efecto positivo es la capacitación y constitución de equipos multidisciplinarios en las Unidades de Atención Integral de VIH, para obtener mejor atención de los pacientes.

Un punto negativo es la debilidad del sistema de M&E (A5C, PNS, DPSP), porque no se notifican personas que abandonan el tratamiento con ARV o personas que fallecen en el tratamiento. Otro punto negativo es la alta tasa de mortalidad porque, según los entrevistados, buscan ayuda cuando ya están en fase SIDA (DPSG, GHJRM).

En el Figura 3 se muestra un incremento constante de la mortalidad por SIDA desde el año 1999, que tiene su máximo en el año 2006 y después se nota una disminución. Esta disminución puede atribuirse a un mejor acceso y mejor tratamiento con ARV a las personas viviendo con VIH y SIDA.

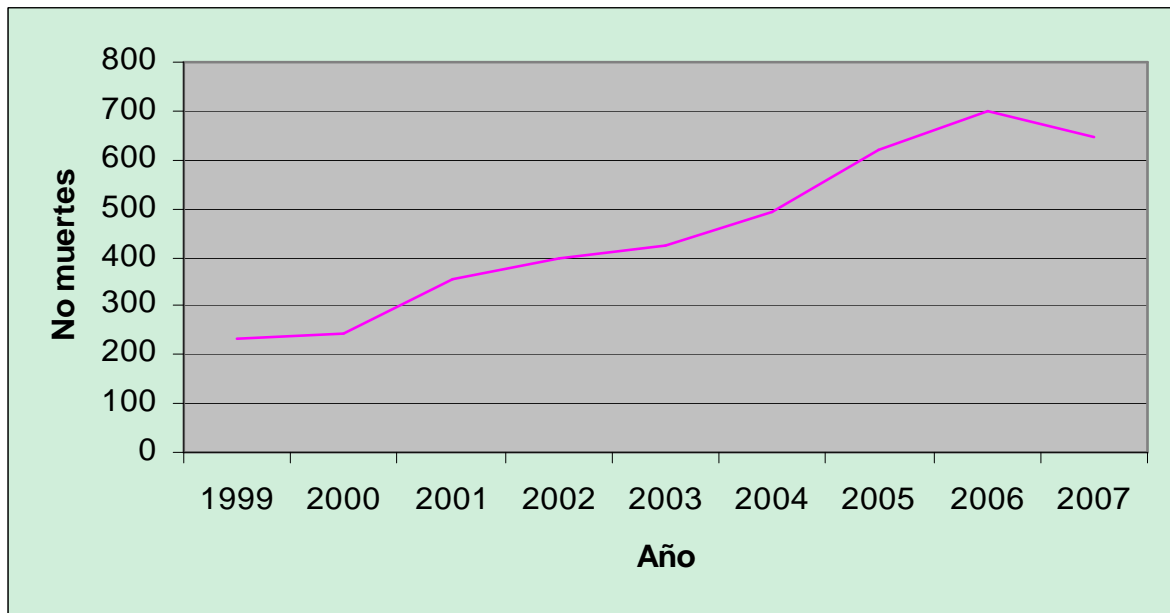


Figura 3: Tendencia de mortalidad por Sida. Ecuador 1999-2008.

Fuente: Presentación de Alberto Narváez. Marzo 2009. Estrategia de Control de Vih/Sida en el Ecuador: Propuesta para discusión

4.1.2. RELEVANCIA

Como se explico anteriormente la relevancia obtuvo una calificación de “moderadamente satisfactorio“(3,58). Resulta interesante que en el nivel provincial y en Guayas le dan una puntuación de “moderadamente satisfactoria”, no así en la provincia de Pichincha, donde la puntuación fue “moderadamente insatisfactorio” (2,50). Esta calificación puede resultar, porque en Pichincha, sobre todo las Áreas de Salud, no percibieron el VIH como un problema tan importante al principio del PFG-VIH/SIDA y no tienen muchos casos como en Guayaquil, y además porque ven más debilidades en las estrategias implementadas.

A las preguntas si “las estrategias fueron coherentes con los resultados del proyecto” (A8A-A8E Anexo 2) los entrevistados respondieron 12 veces con “totalmente” y 17 veces con “parcialmente”. Para el objetivo 3, que es de pruebas voluntarias y consejería, piensan que la estrategia fue buena, pero con problemas. Un problema es, que el personal

capacitado no hace exclusivamente consejería. Por otro lado, parte del personal capacitado ya no trabaja en su puesto y es reemplazado con personal no capacitado o en general no son bien capacitados (PNS).

Otro problema es, que la estrategia “no se ha implementada apropiadamente por problemas de aplicación de normativa” (DPSP). En Guayas en cambio están de acuerdo con la estrategia, pero reclaman la falta de inclusión de las clínicas privadas (DPSG).

Una debilidad reportada de la estrategia para cumplir el objetivo de manejo sintomático de ITS es, que la coberturas de los adolescentes (hombres y mujeres), los varones (mayores de 19 años) y grupos de alto riesgo son bajas (PNS, DPSG). Otro problema que ya se mencionó antes es, aunque se capacitaron tanto médicos como obstetrices, las obstetrices estuvieron más motivadas (DPSG). Los entrevistados piensan que los médicos no siempre cumplen con el trabajo requerido del manejo sintomático de ITS, por poca motivación y porque no existe una supervisión de su trabajo.

Como el objetivo de mejorar la disponibilidad de condones al principio del PFG-VIH/SIDA no era responsabilidad del MSP, la percepción de los entrevistados es que el logro es grande, porque antes no había un mercadeo social (PNS). Sin embargo en el nivel provincial de Guayas no son suficientes los condones que se entregan (DPSG).

Según los entrevistados las estrategias del objetivo de prevención de transmisión vertical fueron coherentes con los resultados. Eso se refleja en las respuestas, de tres de los cuatro entrevistados que contestaron “totalmente”. Solamente en la Dirección Provincial de Salud de Pichincha dicen, que no todas las personas seropositivas reciben ARV.

Los problemas que se plantean en la estrategia de la atención integral son: i) la falta de trabajo más ligado a los PVVS organizados (PNS), ii) las unidades de atención integral

VIH están saturadas (DPSP) y iii) persiste la falta de calidad en la atención (DPSG). Sin embargo hay bastantes logros, como “la implementación de clínicas de VIH, el acceso universal al tratamiento gratuito y la implementación de monitoreo de carga viral” (UTG).

A la pregunta “¿Fueron los resultados del proyecto consistentes con las prioridades planteadas en el Plan estratégico?” (A9) tres de las cuatro unidades entrevistados respondieron que los resultados del proyecto fueron coherentes con las prioridades del Plan Estratégico, sin embargo no se cumplieron todas las metas planteadas. Una de las cuatro unidades entrevistadas no respondió por desconocimiento del Plan

Respecto a la pregunta “¿Cuándo se inicio el proyecto era el VIH/SIDA un problema importante de esta unidad?”(preg 7, Anexo 3) la mayoría de entrevistados del nivel local respondieron que el VIH no fue una prioridad en las áreas cuando se inició el PFG-VIH/SIDA (PHEG, PLT, PC, GS).

En cuanto a si los resultados del PFG-VIH/SIDA contribuyeron con la política del MSP (A10) comentan a nivel nacional que si ha contribuido. A nivel local no todos los entrevistados tenían conocimiento sobre que es el PFG-VIH/SIDA. Los que sí tenían conocimiento del mismo incluido sus actividades, más los entrevistados en Guayas que en Pichincha, tienen la opinión que si ha ayudado en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas afectadas (GHJRM, GS, PC) y que estas personas están más capacitados (PLT). Aunque hay estos puntos positivos, piensan que la ayuda es limitada (GS).

4.1.3. EFICIENCIA

En el caso del PFG-VIH/SIDA con el subreceptor PNS, existe una centralización en cuestiones financieras. Por lo tanto, toda gestión financiera se hace en el nivel central del MSP, y a las provincias y a nivel local solo se envían los insumos necesarios desde el MSP. Las provincias y el nivel local no reciben financiamiento directo. Esta es una razón por la cual no tienen mayor conocimiento del manejo de los recursos económicos relacionados a este tema.

La UTG fue la única unidad entrevistada que percibe la eficiencia como “muy satisfactorio” (5,25) y la DPS Guayas como “satisfactorio” (4,50), mientras el resto de las calificaciones están entre “moderadamente satisfactorio” y “moderadamente insatisfactorio”. Las calificaciones más bajas surgen, porque los entrevistados consideran que el costo-efectividad no fue satisfactoria pues no hubo suficiente financiamiento para el cumplimiento de las metas definidas. Además a nivel local, no se logró conseguir mayores recursos adicionales.

La pregunta A11 sobre el costo beneficio del proyecto se responde entre “totalmente” y “parcialmente”. Las opiniones tienden a ser positivas respecto al costo beneficio (PHEG, GHJRM, GS, UTG). La dirección provincial de Guayas resalta como un ejemplo positivo de costo beneficio la prevención de transmisión vertical y en la entrega de ARV, aunque menciona al mismo tiempo que no existen estudios sobre el tema. Otro punto es que el proyecto estaba ligado a capacitaciones no tanto a prevención (PNS) y se gastó más en el manejo administrativo (DPSP).

En cuando a la pregunta si “el financiamiento disponible fue suficiente para cumplir las metas definidas” (Anexo 2, A 12), a nivel nacional y provincial, tres de los cuatro

entrevistados contestan solamente con “parcialmente”. Según el nivel nacional, el presupuesto no era coherente con las metas planteadas (PNS), pero que si se aprovechó la infraestructura y recursos del MSP y por eso los costos para recursos humanos fueron bajos (UTG). A nivel local cuentan, que los esfuerzos del personal fue alto (PHEG, GS), aunque solamente la Unidad de Atención Integral de VIH de Pichincha contesta con “totalmente” sobre si los costos y esfuerzos de la unidad operativa fue alto, mientras los otros solamente califican con “parcialmente” (Anexo 3, preg. 10).

La pregunta A13, que trata sobre si “las demoras han afectado el costo efectividad del proyecto”, el PNS dice que no afectó, porque se usaban fondos de otros lados hasta poder realizar la gestión normal. La UTG dice que si había problemas, pero que no afectaban en el cumplimiento de las metas, aunque si se afectó en contratación de bienes y servicios.

A nivel nacional se logró conseguir recursos adicionales proveniente de Agencias o Cooperaciones Internacionales como UNFPA, OPS o GTZ para atención integral, prevención de transmisión vertical y monitoreo y evaluación (PNS). También se consiguió algunos recursos a nivel provincial, los cuales de acuerdo a los encuestados provenían de ONG’s. Los que comentaban haber conseguido menos son las unidades a nivel local; ellos casi no reciben nada adicional. (A14)

4.2. Sostenibilidad de los resultados alcanzados

La sostenibilidad se refiere a como se pueden sostener los resultados a largo plazo cuando el PFG-VIH/SIDA se termine, considerando cuatro ámbitos: recursos financieros, condiciones sociopolíticas, marco institucional y medio ambiente.

En sostenibilidad la puntuación en general fue baja (3,43). Tanto a nivel nacional, como en Pichincha y Guayas las puntuaciones fueron solamente “moderadamente satisfactorio” (3,68, 3,93, 3,10). En sostenibilidad el PNS, la Unidad de Atención Integral de VIH del Hospital Enrique Garcés y el Centro de Salud la Tola llegan a un resultado de “satisfactorio”, mientras en Guayas la evaluación va desde “moderadamente satisfactorio”, hasta “moderadamente insatisfactorio”. La categoría en la que mejor se valora la sostenibilidad es la de las condiciones sociopolítico, en la cual se logró “satisfactorio”, como se puede ver en la Tabla 9, porque sobre todo en el nivel local se percibe un gran empoderamiento de los profesionales involucrados en el tema de VIH, que permite un constante trabajo sin muchas dificultades, en caso de cambios en las autoridades o jefaturas de este nivel.

Tabla 9: Evaluación de la sostenibilidad de los resultados alcanzados

Variables	Sostenibilidad	B.1. Recursos financieros	B.2. Condiciones sociopolíticas	B.3. Marco institucional	B.4. Medio ambiente
PNS	4,31	4,88	4,00	3,75	3,00
UTG	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Nacional	3,68	3,94	3,60	3,38	3,00
Pichincha Prov.	3,94	3,75	5,00	3,75	3,00
Pich. La Tola	4,20	4,29	4,50		3,00
Pich Cayambe	3,30	2,57	4,50		6,00
Pich HEG	4,50	4,00	6,00		3,00
Prov. Pichincha	3,93	3,60	5,00	3,75	3,75
Guayas Prov.	2,80	2,63	4,00	3,00	0,00
Guay. Samborondon	3,43	2,25	6,00		3,00
Guay. HJRM	3,43	2,25	6,00		3,00
Prov. Guayas	3,10	2,44	5,14	3,00	2,00
Puntaje total	3,62	3,37	4,71	3,40	3,00

Las respuestas de las entrevistas se transformaron en valores ordinales y en niveles de satisfacción, con una puntuación máxima de seis (= muy satisfactorio)

4.2.1. RECURSOS FINANCIEROS

En esta categoría lo interesante es, que el PNS califica como 4,88 (satisfactorio) mientras la UTG tiene 3,00 (moderadamente insatisfactorio).

La pregunta si “se mantendrán los resultados aunque se suspenda el financiamiento del PFG-VIH/SIDA” (B1), califican todos como “parcialmente”, menos dos unidades operativas de Pichincha que lo califican como “totalmente”. En todos los niveles están de acuerdo que el financiamiento va a faltar en capacitación (PNS, DPSP, GS), también podría afectar en recursos humanos, y no hay fondos del Estado para prevención (PNS). En la entrevista con el PNS se menciona, que la mayoría se puede mantener por los fondos existentes del estado. A nivel local existe preocupación en cuanto a que pueda existir una falta de insumos, como son las pruebas rápidas o los medicamentos (PLT, PC), y sin estos insumos la única cosa que pueden hacer es promoción (PC).

A la pregunta “¿Cual es la probabilidad que se dispongan de recursos financieros o económicos para mantener los resultados y beneficios del proyecto una vez que la contribución financiera del FG termine?” (B2), el PNS respondió que se mantendrá por fondos propios y con los de la 9ª ronda del FG. Como a nivel provincial y local no se maneja el tema financiero, dependen totalmente del MSP (GS). Algunas ONG's apoyan a la DPS Guayas con recursos materiales, y en Pichincha mencionan un trabajo interinstitucional reforzado (PLT). Según el conocimiento de los entrevistados, no se obtuvo cofinanciamiento. Nadie pudo mencionar donde hay cofinanciamiento.

Preguntando por el impacto a largo plazo (B4A – B4B), la mayoría de las entrevistados están de acuerdo, que si hay pruebas rápidas, van a seguir el tamizaje de embarazadas y la consejería (PNS, PC, PLT) porque las mujeres ya piden las pruebas y a nivel local van a

seguir con la concientización (GS). El objetivo de manejo sindrómico de ITS también va a tener un impacto a largo plazo, siempre y cuando exista abastecimiento de medicamentos e insumos. Sumado a esto está el empoderamiento del personal lo cual le motiva a seguir trabajando en esto (PC). Otro aspecto que mencionan es que deberá haber un cambio en el comportamiento de las personas de grupos de alta prevalencia.

El objetivo que se percibe como el de menor impacto a largo plazo es el “Mejorar la disponibilidad de condones”. Por la debilidad en el diseño, hacen falta estrategias para garantizar el logro de este objetivo (UTG), aunque el MSP puso en su presupuesto la compra de preservativos. A nivel local, ven otros problemas sobre el impacto de uso de condones, como que los médicos no quieren entregar condones, porque dicen que “es abrirles los ojos a la juventud” y también se debe trabajar todavía con los maestros (PC).

Los mejores resultados se han logrado en el objetivo de transmisión vertical (PNS, DPSP), y es el objetivo que va a tener el mayor impacto. En la Unidad de Atención Integral de VIH de Pichincha tienen una buena opinión sobre el impacto de la atención integral, no solo en el mejoramiento de la calidad de vida de los PVVS, sino también con la capacitación de los profesionales para la prevención.

4.2.2. CONDICIONES SOCIOPOLÍTICAS

La mejor calificación recibió la sostenibilidad relacionada a las condiciones sociopolíticas. En la provincia de Guayas lo califican como “muy satisfactorio” (5,14), en la provincia de Pichincha “satisfactorio” (5,0), solamente en el nivel nacional lo ven más problemático y lo califican como “moderadamente satisfactorio” (3,6). Hasta la UTG solo lo califica con 3,0 (moderadamente insatisfactorio).

La pregunta “¿Está garantizada la sostenibilidad o el mantenimiento de los resultados del proyecto, aunque cambien factores sociopolíticos (como cambio de mandos, la crisis financiera internacional, etc)?” (B5) lo califican a nivel nacional solamente “parcial”, mientras en Guayas todos dicen “totalmente”. Un problema en general fue la inestabilidad del país (UTG), y piensan que la crisis financiera puede influir también negativamente, pero mencionan que con la compra de los ARV genéricos se bajaron los costos (PNS). A nivel provincial ven algo de dificultades con el cambio de autoridades en el PNS del nivel central (DPSP). A nivel local cuentan que el programa ya está institucionalizado y un cambio de jefes normalmente no causa mayor problema (PHEG, GHJRM, PLT), aunque una unidad cuenta que se pierde la continuidad con un cambio en la jefatura (PC).

A la pregunta “¿Cuál es la probabilidad que el nivel de empoderamiento de la unidad permitan que los resultados y beneficios del proyecto se mantengan en el tiempo?” (B7), en el nivel local se respondió, que el personal en general está muy empoderado (PLT, PC, GS). Según la UTG, el fortalecimiento del PNS ha mejorado y si se mantiene eso, las políticas también se pueden mantener. El punto más débil según las direcciones provinciales es la concienciación del público y los actores claves.

4.2.3. MARCO INSTITUCIONAL

De acuerdo a las preguntas establecidas para los diferentes niveles, se aplicaron a nivel nacional y provincial cuatro preguntas, mientras a nivel local no se aplicaban preguntas con calificación cuantitativa. La evaluación total alcanzó el nivel de “moderadamente satisfactorio” (3,40).

A la pregunta “¿Hay aspectos relacionados con el marco institucional o capacidad de gobierno que favorezcan los resultados del proyecto?” (B8) en el nivel nacional expresan

la preocupación de la reestructuración del MSP, porque no se sabe si se mantendrá como programa (PNS, UTG). A nivel local a las respuestas para esta pregunta refiriéndose a las unidades operativas (Anexo 3, preg 18) comentan que en algunas unidades se establecieron estrategias o modos de trabajo que favorezcan los resultados, como por ejemplo en la Unidad de Atención Integral en VIH del Hospital Enrique Garcés dan turnos inmediatos a las personas que vienen la primera vez o por urgencia. Un obstáculo para buenos resultados es la estructura vertical, ya que una estructura horizontal permite el diálogo y es más fácil detectar las necesidades. Se critica la estructura vertical que deja poco espacio a las necesidades de cada una de las unidades (DPSP) (PC, PLT).

Como limitación (B9) se comenta poca articulación entre los componentes técnicos y los componentes administrativos y financieros (UTG). Tanto en el nivel nacional como a nivel local se menciona la escasez de personal (PNS, GS). A nivel local mencionan también falta de infraestructura (PHEG, GHJRM).

“¿Cuál es la probabilidad de que los logros institucionales y técnicos, el marco legal, las estructuras políticas y de gobierno y procesos faciliten la sostenibilidad de los resultados y beneficios?” (B10) Entre las respuestas dadas por los entrevistados a la pregunta anterior se encuentra que existe una incertidumbre respecto a la nueva estructura que tomará el MSP, lo cual podría afectar la dinámica del PNS frente a las estrategias ya planteadas (UTG). Por otro lado mencionan que, la inversión económica únicamente está destinada a suplir las necesidades de medicamentos y se destina poco o nada a la prevención (PNS).

Además comentan que la inestabilidad del país generada por gobiernos anteriores afectaba directamente las gestiones del PFG-VIH/SIDA, pero que a un futuro no se sabe cómo afectará. Por último se menciona que con apoyo del MSP y el trabajo interinstitucional puede crearse sostenibilidad, de lo contrario podría “caerse” (DPSG).

En cuanto a “la existencia de mecanismos de auditoría, transparencia y conocimientos técnicos aplicados en el proyecto” (B11), a nivel nacional responden que, hay auditoría financiera y administrativa por parte del Estado y una vez al año una auditoría externa por el FG. Según la entrevista con la UTG, en el PFG-VIH/SIDA lo que hace falta es una auditoría técnica, porque no se conoce la calidad de las intervenciones.

4.2.4. MEDIO AMBIENTE

La pregunta B12 que se relaciona con si “catástrofes naturales (sequía, Fenómeno de El Niño, etc) o epidemias (AH1N1) pueden cambiar el futuro curso del proyecto”, en el nivel nacional y provincial respondieron como parcialmente”, porque todos están seguros que si influye, como se ha visto con la gripe AH1N1. A nivel local tienen la misma percepción, solamente en la unidad operativa de Cayambe piensan que no tiene influencia en el proyecto.

4.2.5. SUGERENCIAS PARA EFECTOS A LARGO PLAZO

Para “mejorar los impactos futuros del proyecto” (B15), los entrevistados del PNS recomiendan que se debe mejorar el trabajo multisectorial, ya que se sabe que es un punto muy importante en proyectos como este. Además, proponen una mejora en el sistema de M&E, que permita evaluar la calidad de las intervenciones y no solo la cantidad (UTG).

Otro punto importante es la inclusión de servicios privados en el sistema del MSP, para mejorar la coordinación entre las diferentes instituciones. También mencionan la necesidad de mejorar el desempeño en el trabajo del Ministerio de Educación en educación sexual a los adolescentes (DPSG). A nivel provincial reclaman una mejor identificación de los roles de los diferentes niveles (DPSP). Otro factor para un mejor impacto a futuro es fortalecer

el trabajo en promoción y prevención y ampliar el acceso a otros grupos y no solo enfocarse en madres e hijos (DPSP).

La pregunta “¿Cuáles son los mejores canales y medios para asegurar impacto a largo plazo del proyecto?” (B16), contestaron que es imprescindible hacer una mayor incidencia política a tomadores de decisiones (PNS), más trabajo con los actores comunitarios (DPSP) y crear una instancia de coordinación intersectorial e interinstitucional con delegados de alto nivel, a efecto de asegurar su participación y compromiso de las instituciones (UTG).

Como “recomendaciones para posibles enfoques o acciones necesarias que faciliten un estudio de evaluación de impacto en unos pocos años” (B17), se menciona la vigilancia de mortalidad (PNS), niños no infectados expuestos, y estudios de prevalencia en grupos de riesgo y población general (DPSP). Además se debería “Armonizar la relación con otras instituciones” (DPSP). Igual de importante son fuentes de financiamiento para investigación, las cuales deben ser definidas al principio y no buscar después con que financiar un estudio (UTG).

4.3. Función catalizadora o de replicación

Las calificaciones en este tema tienen un rango amplio, desde “muy satisfactorio” hasta “moderadamente insatisfactorio”. Solamente en el PNS (5,25), en la DPS Guayas (5,25) y en Samborondon (6,00) las calificaciones son “muy satisfactorias”. Llama la atención, que solamente a nivel nacional y en la provincia Guayas las calificaciones son “muy satisfactorio” (5,25) y “satisfactorio” (4,88). En las otras provincias en cambio son más bajos, desde “muy insatisfactorio” (0,60) hasta “moderadamente satisfactorio” (3,67).

Tabla 10: Evaluación de la función catalizadora o de replicación

Variables	Rol potencializador
PNS	5,25
UTG	NA
Nacional	5,25
Pichincha Prov.	5,00
Pich. La Tola	3,00
Pich Cayambe	1,50
Pich HEG	4,50
Prov. Pichincha	3,67
Guayas Prov.	5,25
Guay. Samborondon	6,00
Guay. HJRM	3,00
Prov. Guayas	4,88
Puntaje total	4,43

Las respuestas de las entrevistas se transformaron en valores ordinales y en niveles de satisfacción, con una puntuación máxima de seis (= muy satisfactorio)

Como el proyecto fue diseñado a nivel de todo el país en las unidades del MSP, las actividades deberían haberse implementado en todas las unidades de la estructura del MSP, por lo que los entrevistados no pueden identificar el desarrollo de replicas del proyecto (C1), aunque algunos contestan con una valoración de “totalmente”. Solo a nivel local comentan sobre actividades que se realizan en otros lugares no planificados; por ejemplo en un área de Salud cuentan que quieren hacer actividades con el IESS, o que hacen promoción en ferias o colegios.

“¿Hay lecciones y experiencias que han sido aplicadas en otras áreas geográficas?” (C3), La mayoría califican esto como “parcialmente”, solo dos entrevistados dicen “totalmente”. Aunque el proyecto fue nacional, comentan que los Servicios de Atención Integral de Salud Sexual (Atención de TS) y experiencias con los Médicos Sin Fronteras fueron aplicados a otros lugares sin una planificación (DPDP, DPSG). También mencionan que,

las experiencias en consejería se pueden compartir con las clínicas privadas y especialmente con laboratorios (PC) y que el trabajo en equipo en procesos a largo plazo son experiencias importantes que se deberían compartir (GS).

Casi ninguno de los entrevistados responde a la pregunta si “hay lecciones y experiencias que han sido aplicadas en la misma área demostrativa del proyecto financiada por otras fuentes” (C4), pero los dos que responden lo valoran como “totalmente”, aunque no mencionan ejemplos.

Una de las lecciones o experiencias del proyecto que se puede replicar en otros lugares es la prevención de transmisión vertical (PNS, DPSG) y el manejo sindrómico de ITS (DPSP) (C5).

4.4. Logros Alcanzados en la ejecución de actividades y productos

Las dos Unidades de Atención Integral de VIH entrevistados califican los logros en la ejecución de actividades y productos como “satisfactorio”, también la DPS Guayas, mientras el resto solamente lo califica como “moderadamente satisfactorio” (Tabla 11).

Tabla 11: Evaluación de los logros alcanzados en la ejecución de actividades

Variables	Logros alcanzados
PNS	3,75
UTG	3,43
Nacional	3,60
Pichincha Prov.	3,75
Pich. La Tola	3,43
Pich Cayambe	4,00
Pich HEG	4,50
Prov. Pichincha	3,78
Guayas Prov.	4,88
Guay. Samborondon	4,00
Guay. HJRM	4,80
Prov. Guayas	4,67
Puntaje total	3,96

Las respuestas de las entrevistas se transformaron en valores ordinales y en niveles de satisfacción, con una puntuación máxima de seis (= muy satisfactorio)

Las respuestas a la pregunta si “fue satisfactoria la solidez y la efectividad de las metodologías usadas para desarrollar las acciones del proyecto” (D1), fueron diferentes. En un lado dijeron que había dificultades en las capacitaciones, que fue diseñada solo a una parte de profesionales de las unidades (PNS) y tanto a nivel nacional como a nivel local reclaman que no había intervenciones importantes para promoción y prevención (PNS, PHEG), mientras al otro lado comentan que no había errores en las estrategias (GHJRM,

GS). En transmisión vertical y atención a PVVS las estrategias fueron mejores que en manejo sindrómico de ITS (DPSG).

Como el PFG-VIH/SIDA fue implementado verticalmente y los encuestados del nivel local y provincial dependen del MSP, no tienen un criterio en cuando al desarrollo de capacidades legales institucionales, técnicas y financieras para permitir la implementación efectiva del proyecto (D2), mientras la UTG comenta que se han desarrollados las capacidades a nivel técnico, pero no en lo administrativo y financiero. Otra vez la descentralización de las intervenciones es un tema que mencionan. Los encuestados quieren que la provincia tenga más autonomía para resolver los problemas (DPSG). Tanto en el nivel nacional como en Guayas dicen que “las intervenciones realizadas y sus productos se basaron en evidencias científicas” (D3) para poder influenciar la política y a los tomadores de decisiones (UTG, DPSG).

En cuando a “los alcances de cada uno de los productos programados, en calidad, magnitud, utilidad y oportunidad” (D4A – D4E), la mayoría de los encuestados responde “parcialmente” en todos los objetivos y no comentan los logros, solo las debilidades que todavía existen. En el objetivo de consejería y pruebas rápidas reportan demoras (PNS). Según la DPS de Pichincha no se cumplió la meta de tamizaje en embarazadas (PC). En Guayas la alta frecuencia de cambio de personal significa un grave problema en cuando al tiempo que se necesita a capacitar y el empoderamiento del personal no es como con un personal de planta (GS).

En el manejo sindrómico de ITS una de las debilidades es el sistema de información, porque hay retrasos de 2 o 3 meses en los reportes (PNS). Además critican la falta de recursos y medicamentos para un trabajo oportuno en las unidades de salud (DPSG). Sin embargo comentan que se brindó diagnóstico y tratamiento a tiempo (PC).

En el objetivo de la mejora de disponibilidad de preservativos dicen que en las áreas no hay suficientes condones (DPSP) y que las estrategias hasta ahora se enfocan en ciertos grupos como TS y personas con ITS (DPSG).

Uno de los entrevistados comentó que el objetivo de la prevención de transmisión vertical fue un éxito total (DPSG), mientras a nivel local manifiestan que sería importante tener personal capacitado que pueda manejar una emergencia en el caso de una mujer embarazada (PC).

Según la DPS de Guayas, se superó la meta en atención integral, aunque también comentan problemas en la calidad de la atención (GHJRM). El no haber evaluado la calidad de las estrategias en general es un punto que se criticó en la UTG.

4.5. Desempeño del sistema de Evaluación y Monitoreo

En total el desempeño del sistema de M&E consiguió una calificación de “moderadamente insatisfactorio”. Eso coincide con lo que se reporta en el informe UNGASS 2006 – 2007. Las calificaciones más bajas se reportaron en el diseño del sistema de M&E y el presupuesto del M&E. En Guayas las calificaciones totales fueron las más bajas (2,28) en comparación a Pichincha (3,17) y el nivel nacional (3,33) (Tabla 12).

Es importante resaltar las evaluaciones con resultados de “muy insatisfactorio” que se presenta en los componentes evaluados del presupuesto del M&E y el Monitoreo a largo plazo. Eso, aunque en Pichincha y en el nivel nacional, el monitoreo a largo plazo lo califican con “muy satisfactorio” (Tabla 12).

Tabla 12: Evaluación del desempeño del sistema de monitoreo y evaluación

Variables	Desempeño M&E	E.1. Diseño del sistema M&E	E.2. Implementación de M&E	E.3. Presupuesto M&E	E.4. Monitoreo a largo plazo
PNS	3,17	2,50	4,50	3,00	6,00
UTG	3,50	2,50	5,25	6,00	6,00
Nacional	3,33	2,50	4,88	4,50	6,00
Pichincha Prov.	2,20	1,67	3,00	0,00	6,00
Pich. La Tola	3,43	3,00	4,00	0,00	6,00
Pich Cayambe	4,29	4,50	4,00	3,00	6,00
Pich HS	3,86	4,50	3,00	6,00	3,00
Prov. Pichincha	3,17	2,60	3,46	2,25	5,25
Guayas Prov.	2,06	2,40	2,25	0,00	0,00
Guay. Samborondon	3,43	3,00	4,00	3,00	3,00
Guay. Hinfect.	3,00	3,00			
Prov. Guayas	2,52	2,57	3,00	1,50	1,50
Puntaje total	3,06	2,55	3,75	2,63	4,50

Las respuestas de las entrevistas se transformaron en valores ordinales y en niveles de satisfacción, con una puntuación máxima de seis (= muy satisfactorio)

4.5.1. DISEÑO DEL SISTEMA M&E

La evaluación general sobre el Diseño del Sistema de M&E es “moderadamente insatisfactorio”. El PNS y la DPS Pichincha refieren que se tenía un plan de M&E, pero que no se implementó completamente y que éste tenía debilidades. Solamente la DPS Guayas comenta que al principio se hizo monitoreo solamente en conjunto con la GTZ, y que recién al momento de esta evaluación se empieza en este tema (Anexo 2, preg E1). Los instrumentos para el monitoreo a nivel local, fueron diseñados por el nivel nacional del MSP (PNS). En base de estos instrumentos se entrega mensualmente un informe a las DPS (PHEG, PC, PLT, GS) (Anexo 3, preg 26). Se comenta que, no hubo ningún mecanismo

para el monitoreo o seguimiento de los productos y resultados del proyecto, solamente una unidad en Guayas da una respuesta afirmativa (GHJRM).

Preguntando por “los niveles mínimos requeridos para el diseño y la aplicación del Plan de M&E” (E2), responden que ahora al final del proyecto ya se reúnen los requisitos mínimos, pero el desarrollo del Plan de M&E completo se demoró mucho tiempo (PNS). La UTG dice que si se pudo monitorear periódicamente el cumplimiento de los requerimientos del proyecto.

Tanto el PNS como la UTG reportan, que no contaron siempre con una persona exclusivamente responsable para el M&E. En las Direcciones Provinciales de Salud el M&E son parte de a las tareas del epidemiólogo (E3).

“¿Fue adecuada la calidad, aplicación y efectividad de los planes e instrumentos de monitoreo y evaluación, incluyendo la evaluación de riesgos gerenciales basados en los supuestos y en los riesgos identificados en los documentos del proyecto?” (E4). Aquí responden, que no se implementaron instrumentos y no se tomaron en cuenta varios riesgos gerenciales. Además, no existe una cultura de M&E (PNS). La UTG responde, que solamente una persona estaba dedicada a este componente por eso es difícil cumplir con todo los puntos requeridos.

En un inicio el plan de M&E únicamente contenía indicadores del PFG-VIH/SIDA, posteriormente se integraron todos los del PNS (PNS). Al principio del proyecto se realizó un estudio para una línea de base, pero existieron problemas en los términos de referencias, que por ser mal planteados (UTG) (E5) y por problemas de ejecución (representatividad de la muestra y procedimientos de laboratorio de muestras para tamizaje) se obtuvo una línea de base deficiente (Narváez et al., 2008).

“¿Fue el cronograma de cumplimiento de actividades de M&E y los estándares de los productos definidos en forma categórica?” (E7, Anexo 2) El PNS comenta, que hay estándares para el cumplimiento, pero que no hay un cronograma. La UTG dice que existe un cronograma según los requerimientos del FG (E6). Al principio del PFG-VIH/SIDA solo había un pequeño instructivo para la recolección de datos. A partir de 2008 existe un manual para la recolección, el análisis y toma de decisiones (PNS). Así mismo, en el nivel local comentan que solamente fueron capacitados para llenar los formularios, pero no se les capacitó para toma de decisiones (PC) o como hacer y usar una sala de situación (GS) (preg 27, Anexo 3).

Para el manejo de información tardía, incompleta, imprecisa o datos perdidos no existe un procedimiento escrito específico (PNS). Solamente en Guayas reportan que aunque no existe un procedimiento escrito, hacen revisión de las fichas y chequeos en las unidades (DPSG) (E8).

Las actividades que se han hecho para la resolución de discrepancias encontradas en la información no fueron documentadas (PNS, DPSG) (E9). El PNS realizó talleres y en la DPS de Guayas cuentan que se ejecutaron actividades para resolver las discrepancias. Solamente la UTG dice que existen informes de avances con los cuales se pudo hacer retroalimentación de problemas identificados, pero solamente mencionan una retroalimentación a los subreceptores, que en este caso es el PNS. No está claro si también había retroalimentación a las unidades operativas del MSP.

En la pregunta si “se realizó de manera sistemática retroalimentación dirigida a los diferentes niveles de información sobre la calidad de los datos de sus reportes” (E10), tanto el PNS como las DPS coinciden que no había una retroalimentación sistemática. Se realizaron reuniones, pero no periódicamente.

De acuerdo a lo expresado por el nivel nacional, en la Región Costa solamente se realizó un control de la calidad de los datos en el componente de prevención de la transmisión vertical. Además se realizó en el 2008 un taller por vigilancia. En cambio la DPS de Guayas reporta que hacen control de calidad de todos los datos (E11).

Se diseñó un sistema de M&E, pero en la fase de implementación tuvo problemas (UTG). En el PNS se habla de dos sub-sistemas de M&E: i) el SIME (Sistema Integrada de información) para M&E de todas los componentes y actividades del Proyecto Fondo Global-VIH/SIDA y ii) SIISIDA (Sistema Integrada de Información), para el registro de atención integral de PVVS. A nivel provincial comentan que el SIISIDA no se usó (DPSP) y se lo hizo sólo en los últimos 4 meses (DPSP) (E12). Existen también subsistemas de vigilancia para la notificación de casos VIH y Sida, ITS y transmisión vertical.

4.5.2. IMPLEMENTACIÓN DE M&E

En la implementación del M&E existe una diferencia en las calificaciones. El PNS obtiene una calificación de 4,50 (satisfactorio) y la UTG 5,25 (muy satisfactorio), mientras en el nivel provincial las calificaciones son “moderadamente satisfactorio” y “moderadamente insatisfactorio”.

“¿Se implementó el sistema de M&E y facilitó el seguimiento de resultados y el progreso de los objetivos del proyecto a lo largo de la implementación del proyecto?” (E13, Anexo 2). El PNS dice que se implementó el SIME (Sistema Integrada de información), mientras la UTG dice que no se utilizaron las herramientas que se diseñaron para este sistema. En la DPSP en el año 2007 se implementó parcialmente un instrumento. En las unidades de Pichincha comentan, que ahora tienen la información actualizada lo cual permite solicitar las pruebas y medicamentos, lo que significa, que pueden hacer seguimiento. En Guayas el

Área de Salud manifiesta que utilizan los instrumentos que les da el MSP y el Hospital en cambio usa el SIISIDA (preg 28, Anexo 3).

En la pregunta sobre si “fueron los reportes anuales completos, precisos y con tasas alcanzadas bien justificadas” (E14), a nivel nacional y provincial respondieron que fueron completos pero no siempre justificados. Solamente una unidad a nivel local dice explícitamente que la información fue completa.

En el PNS se usó la información del sistema de M&E, recibido durante la ejecución del proyecto, para la actualización de metas y para redefinir las estrategias. Tanto en el DPS de Guayas como en los Áreas de Salud de Pichincha mencionan que dicha información sirve más para hacer los pedidos de insumos y medicamentos. La única unidad que comenta que lo usó para corregir problemas fue el Área de Salud en Guayas (E15).

La DPS de Pichincha y el nivel nacional expresaron, que se capacitó a los epidemiólogos ya que ellos son los responsables del sistema de M&E, pero no a los estadísticos. A nivel provincial solo se capacitó parcialmente al personal encargado. En cambio la DPS de Guayas comenta que solo la GTZ les ha capacitado, pero no el proyecto (E16).

4.5.3. PRESUPUESTO DEL M&E

Hay que resaltar, que a la pregunta sobre un “financiamiento adecuado para el M&E durante la implementación del proyecto” (E17), la calificación de la UTG fue “totalmente” (6,00). En cambio el PNS lo percibe como “parcialmente” (3,00). En Guayas las calificaciones también son bajas. En la DPS Guayas piensan que el financiamiento no fue suficiente, mientras en Pichincha las opiniones son variadas. Según el PNS, no había el financiamiento necesario para el M&E del FG, el 4% que estaba planificado no fue suficiente. Solamente en el último año se facilitó suficiente financiamiento, pero solo se

ejecutó parcialmente (PNS). Según la UTG el financiamiento fue suficiente. A nivel local, solamente dos unidades operativas respondieron. En la una comentan que si recibieron los insumos necesarios (PHEG), mientras en la otra dicen, que el equipo recibido (una computadora) no fue exclusivamente para el trabajo en VIH, porque por causas de discrepancias entre los profesionales, no tenían acceso a la computadora (PC).

4.5.4. MONITOREO A LARGO PLAZO

En la categoría de Monitoreo a largo plazo se puede observar una gran diferencia entre Guayas y el resto de los entrevistados. Mientras a nivel nacional y en Pichincha solamente una unidad operativa sale con una calificación de “moderadamente insatisfactorio” (3,00) y el resto dice que es “muy satisfactorio” (6,00), en Guayas en cambio lo califican como “muy insatisfactorio” (1,50) y “moderadamente insatisfactorio” (3,00).

A la pregunta, si “el monitoreo a largo plazo fue previsto como uno de los resultados del proyecto” (E18), el PNS dice que se ha implementado con financiamiento del Estado y que está en los planes a largo plazo, mientras el UTG dice que es un aporte del proyecto haber institucionalizado una cultura de monitoreo. A nivel local comentan que si va a seguir el monitoreo, porque el MSP exige los reportes mensuales (PC), aunque se debe fortalecer (PHEG).

4.6. Evaluación de procesos o eventos que afectan el alcance de los resultados del proyecto

Con relación a los eventos que afectaron el alcance de los resultados del proyecto, se califica como “moderadamente satisfactorio” (3,60). El acápite mejor calificado es la planificación financiera (muy satisfactorio = 5,25), igual como el tema de la estructura y

organización, que a nivel nacional y provincial tienen una calificación de “satisfactorio” (4,29). Estas preguntas solo se hicieron en el nivel nacional y provincial, aunque en este último nivel no contestaron porque lo definieron no aplicable, ya que no participaron nunca en actividades de planificación.

Tabla 13: Evaluación de procesos que afectan el alcance de los resultados del proyecto

Variables	F- Evaluación de procesos	F.1. Preparación y disposición	F.2. Empoderamiento	F.3. Involucramiento	F.4. Planificación financiera	F.5. Estructura y organización
PNS	4,25	5,00	5,14	3,67	4,50	3,00
UTG	3,72	3,60	5,14	1,50	6,00	5,00
Nacional	3,98	4,13	5,14	2,65	5,25	4,00
Pichincha Prov.	3,13	3,00	3,00	2,67		4,50
Pich. La Tola	2,73	1,50	3,00	3,00		
Pich Cayambe	3,00	1,50	4,20	2,25		
Pich HEG	3,00	3,00	3,00	3,00		
Prov. Pichincha	3,00	2,25	3,26	2,67		4,50
Guayas Prov.	4,25	3,75	4,71	4,00		4,50
Guay. Samborondon	3,55	3,00	2,40	5,25		
Guay. HJRM	3,50	6,00	3,50	2,25		
Prov. Guayas	3,89	4,13	3,67	3,88		4,50
Puntaje total	3,60	3,50	3,87	3,06	5,25	4,29

Las respuestas de las entrevistas se transformaron en valores ordinales y en niveles de satisfacción, con una puntuación máxima de seis (= muy satisfactorio)

4.6.1. PREPARACIÓN Y DISPOSICIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO

Las calificaciones más bajas en este acápite son de las áreas de salud de Pichincha (1,50) seguidos de la DPS de Pichincha, la Unidad de Atención Integral de VIH y el área de salud de Guayas (3,0). En el caso del PNS tiene una calificación de 5,0 (satisfactorio) mientras la UTG tiene 3,60 (moderadamente satisfactorio) y la única unidad entrevistada con una calificación de “muy satisfactorio” fue la Unidad de Atención Integral de VIH de Guayas del Hospital de Infectología.

El PNS, la DPS de Pichincha y todos los encuestados en Guayas dicen que los objetivos y componentes del proyecto fueron “totalmente” claros, practicables y factibles en función del tiempo establecido (F1). Los otros contestan como “parcialmente” porque había metas altas y con poco presupuesto, aunque algunos contestan “totalmente” (PNS, UTG, DPSP). Gracias a las capacitaciones fue posible implementar las actividades, aunque a veces es mucho trabajo para llenar formularios (DPSG, GS).

El proyecto fue diseñado por consultores y ONGs, por eso las instituciones y contrapartes ejecutoras (como las DPS y Area de Salud) no fueron considerados o integradas adecuadamente en esta fase (PNS) (F2). Posteriormente la participación del Mecanismo Coordinación País (MCP) fue importante para redefinir metas y estrategias, constituyéndose en el mecanismo para involucrar a varios actores y sub-receptores. El MCP se creó con la formulación de proyecto.

A la pregunta sobre “la incorporación de lecciones de otros proyectos relevantes en el diseño” (F3), ninguno de los entrevistados pudo responder porque ninguno fue parte del equipo diseñador.

Tanto el PNS como la UTG piensan que se contaron con recursos de la contraparte (F5). En el caso de la 2da Ronda en Ecuador, el MSP destinó un presupuesto mayor al del FG, además se usó la infraestructura y recursos de las unidades del MSP.

4.6.2. EMPODERAMIENTO

Según las respuestas cualitativas las áreas de Salud se consideran empoderados, sin embargo las calificaciones en estos lugares son sorprendentemente bajas (2,4, 3,00). Solamente el nivel nacional tiene una calificación “muy satisfactoria” (5,14).

La pregunta si “se diseñó el proyecto en concordancia con prioridades de desarrollo y planes sectoriales del país o respectivamente de la unidad operativa” (F6), solamente a nivel nacional y un área de Salud contestan como “totalmente”. En las áreas de Salud no se sentía que el tema de VIH fue totalmente la necesidad que tenían, pero las actividades del PFG-VIH/SIDA se adaptaron a las realidades de las unidades tanto como se pudo (PC, PLT). En la DPS de Guayas critican la falta de actividades de promoción y prevención.

“¿Los resultados del proyecto han contribuido a las prioridades y planes de país?” (F7) El PNS dice que si está dentro de las políticas del país. Los demás no contestan a esta pregunta.

Tres de los cuatros entrevistados piensan que “se han involucrado totalmente las personas representativas del gobierno y de la sociedad civil” (F8, Anexo 2) aunque la UTG critica que el involucramiento del nivel político (autoridades de salud) no fue lo suficientemente bueno (UTG). En el nivel nacional y provincial comentan que la participación de los técnicos fue buena (PNS, DPSP, DPSP), pero a nivel local solamente un Área de Salud comenta que se han involucrados personas representativas de la unidad (GS) (preg. 37, Anexo 3).

El PNS manifiesta, que el receptor gubernamental mantuvo “totalmente” su compromiso financiero con el proyecto (F9, Anexo 2). Las unidades operativas califican la contribución de la comunidad desde “totalmente” hasta “no, para nada” y cuentan que no hay participación de la comunidad (PHEG). En dos áreas de salud en cambio, comentan que la comunidad se involucra, y se conformaron grupos voluntarios para trabajar en el tema de VIH (PC, GHJRM) (preg. 38, Anexo 3).

Todos los encuestados calificaron como “totalmente”, que el gobierno aprobó políticas o marcos regulatorios en concordancia con los objetivos del proyecto (F10). Se formularon y aprobaron normas nacionales, como de la atención integral para PVVS, Manejo Sindrómico de ITS, Prevención de Transmisión Vertical y de Vigilancia Epidemiológica y la ley de SIDA (PNS, UTG). Las unidades operativas a nivel local dicen que “es cosa de nivel nacional”. Solamente las unidades de atención integral VIH dicen, que si se han hecho políticas y marcos regulatorios (PHEG, GHJRM).

La pregunta “¿Cuál fue el nivel de empoderamiento y compromiso del los actores del PNS y las autoridades del MSP en el proyecto?” (F11) solamente la UTG respondió como “totalmente”, el resto de los entrevistados dice “parcialmente” o “no-para nada”. La crítica es la falta del empoderamiento de las autoridades en todos los niveles, aunque los técnicos se han empoderado (PNS, DPSG, PHEG, GS). Pero también se reporta compromisos y participación del PNS y de la dirección general de salud (UTG) y de rectores de colegios, líderes indígenas (GS).

En relación a la pregunta de “si el proyecto fue efectivo para generar y comunicar información que potencialice la acción para mejorar decisiones relacionadas con el uso de estrategias para el control y prevención de VIH” (F12), se menciona la falta de contrapartes en algunos componentes, como en el caso del PNS, el cual carece de un comunicador y que toda comunicación se realizó en base a campañas (PNS).

4.6.3. INVOLUCRAMIENTO DE ACTORES

El involucramiento de actores lo calificaban generalmente bajo, solamente un área de Salud de Guayas lo califica como “muy satisfactorio” (5,25), el resto entre ellos la UTG no califican mas de “moderadamente satisfactorio” (1,50).

A la pregunta, “si ha involucrado el proyecto a actores claves a través de compartir información, consultas y promoviendo su participación en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación” (F13), el nivel nacional del PNS y la UTG contestan con “parcialmente” y “no-para nada” respectivamente. La DPS de Guayas comenta que se han involucrado Áreas de Salud, hospitales y socios externos con los que se conformó una red multisectorial (DPSG). A nivel local reportan que se han involucrado ONG’s, pobladores, municipios, el IESS (PLT) y universidades (PHEG). Pero nadie especifica desde que fase del proyecto se involucraron. Solamente en Guayas dicen que recién se incorporó el cuerpo de bomberos. No se sabe si participaron en el diseño, lo cual no es muy probable ya que fue diseñado por consultores, y también es cuestionable la participación en el monitoreo y evaluación.

Un punto interesante es, que en la pregunta “si ha implementado el proyecto campañas adecuadas para extensión y concienciación pública” (F14), solamente las áreas de Salud contestan con “totalmente”, los otros encuestados solo con “parcialmente” y “no-para nada”. Se mencionan las campañas por el Día Mundial del Sida el 1ero de diciembre, en el cual se realizan actividades relacionadas a esta pregunta, pero aparte de eso refieren que no ejecutan otras actividades. Dichas campañas se realizan en las áreas de Salud (PNS) mediante charlas, ferias de salud y visitas comunitarias (PHEG, PLT, GS, GHJRM). Un área de salud mencionó que cuenta con un programa de radio (PC).

Para la pregunta “si se ha consultado y utilizado el conocimiento de entidades gubernamentales, ONG’s, instituciones académicas, líderes de la comunidad etc. en el diseño, la implementación y evaluación del PFG-VIH/SIDA” (F15), las calificaciones son bajas. Solamente una de las unidades respondió “totalmente” (DPSG), los otros “parcialmente” o “no-para nada” (PNS, DPSP, PLT). Muy poco se ha involucrado a otras

instituciones (PNS). La UTG dice que solamente se involucró al MSP, la Policía y las FFAA, porque son parte del proyecto. Lo mismo al nivel local, están trabajando ahora de forma conjunta, pero solo puntualmente y no desde el principio del PFG-VIH/SIDA.

No se tomaron mucho en cuenta a las personas que podrían influir en los resultados y a los que podrían contribuir con información. El PNS y la DPS Guayas lo califican como “parcialmente” y la UTG y la DPS Pichincha como “no-para nada”. En el involucramiento a los grupos vulnerables. Los actores de mayor poder o oponentes del proceso, los encuestados tienen diferentes opiniones. Contestando todas las tres posibilidades. La mayoría de los involucrados en el proyecto son grupos de TS, PVVS, PPL y HSH (PNS, DPSP). En Guayas recién en marzo del 2009 se estableció un comité multisectorial de VIH/SIDA, en lo cual no asisten las mismas instituciones que trabajan en conjunto con el PFG-VIH/SIDA (DPSG) (F16, F17).

Los entrevistados comentan, que se identificaron los actores claves a través de estrategias, pero no explican los mecanismos que utilizaron, solo mencionan las debilidades de las estrategias usadas. Un problema fue que los grupos sociales ocuparon espacios que no deberían ocupar, porque no había una clara definición de los roles. Los diseñadores del Plan Estratégico Multisectorial (PEM) no tomaron en cuenta las recomendaciones de estos grupos, sin embargo dicen los encuestados, que el PEM es un trabajo en conjunto (p.e. Municipio, Ministerio de Inclusión Social, etc) (PNS) (F18, F19).

En cuando “al nivel y efectividad de la colaboración entre los diferentes niveles de una institución” (F20), las opiniones están divididas. La UTG y la DPS Guayas dicen que “totalmente” y el PNS y la DPS Pichincha dicen “parcialmente”. El PNS habla de un flujo de información y una comunicación mediana, pero entre los diferentes niveles fue bueno. En Guayas lo confirman. En la DPS de Pichincha en cambio dicen que no fue tan bueno.

El flujo de información entre diferentes subreceptores o instituciones involucrados no se considera como bueno (F21).

4.6.4. PLANIFICACIÓN FINANCIERA

La parte financiera solamente afecta el PNS y la UTG. La UTG lo califica como “muy satisfactorio” (6,00), mientras el PNS solamente califica como “satisfactorio” (4,50).

A la pregunta “si el proyecto tenía controles financieros, que permitieron tomar decisiones informadas relacionadas con el presupuesto y un oportuno flujo de fondos adecuados” (F22), dicen que existieron problemas con la disponibilidad de reportes financieros al final de un cuatrimestre y muchas veces la ejecución del proyecto se retrasó un mes (PNS). Se implementó un instructivo por parte del FG con lo cual se hizo un monitoreo de los gastos para evitar desvíos de ejecución presupuestaria (UTG).

A veces los controles financieros para permitir tomar decisiones informadas relacionadas con el presupuesto, se percibieron como demasiado control que más bien fue una consecuencia negativa (PNS), pero la UTG tenía con los reportes mensuales un instrumento para conocer las actividades ejecutadas (F23).

4.6.5. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

Esta parte recibió un puntaje de “satisfactorio” (4,29), aunque el PNS solamente lo calificó como “moderadamente insatisfactorio” (3,00).

Como se usó la estructura del MSP para la implementación, no se contrató mucho personal adicional y no se crearon estructuras paralelas (PNS) (F24).

Las tres unidades encuestadas del MSP califican el mecanismo de coordinación entre los servicios generales de salud con los servicios especializados de control de VIH/SIDA como “parcialmente”, solo la UTG contesta con “parcialmente” (F25). Todavía no funciona bien el trabajo en conjunto, porque no existe una cultura de trabajo en conjunto (PNS), más bien se trabaja según normas (DPSG). Sin embargo en algunas cosas funciona la coordinación entre los diferentes servicios (UTG, DPSP).

Sobre “la existencia de personal exclusivo para el control y prevención de VIH/SIDA/ITS” (F26) las opiniones son diferenciadas. El PNS dice que no existe personal exclusivo, la UTG comenta exclusividad del personal solo a nivel nacional, pero no a nivel provincial ni a nivel local. En cambio las DPS comentan que si existe personal exclusivo en estos dos niveles.

La estructura y organización de los niveles de control y supervisión están definidas según la estructura del MSP que ya se explicó, nivel nacional, provincias y áreas de Salud (PNS) y nunca se descentralizó la estructura del PFG-VIH/SIDA (DPSP) (F27).

4.7. Percepción del impacto

Es importante señalar que sin el apoyo del PFG-VIH/SIDA el Ecuador no hubiera conseguido los resultados que lograron hasta ahora en el tema de VIH/SIDA (PNS, UTG, DPSP, DPSG, PHEG, PC, PLT, GS, GHJRM). Por un lado está el presupuesto con el cual aportó el FG al proyecto y por el otro los presupuestos que poseían las instituciones antes y después del PFG-VIH/SIDA (UTG). No solo el apoyo financiero del PFG-VIH/SIDA fue un gran aporte, también hay que considerar la exigencia a la consecución de los objetivos del programa (DPSP). A más de que el PEM actual comparte similares objetivos del PFG-VIH/SIDA.

Para mantener los resultados ya alcanzados es imprescindible el compromiso político. Si los actores políticos no se involucran en el tema es muy difícil que existan o se puedan generar cambios positivos a largo plazo (PNS, UTG). Si el tema está incorporado en las políticas, es también más fácil una continuidad en las actividades ya implementados. Otros aspectos importantes son: i) el presupuesto que debe mantener el país o aumentar, ii) que se entreguen los recursos en forma rápida y oportuna (UTG, GS), iii) el fortalecimiento de la promoción y prevención desde un trabajo intersectorial, un sistema educativo para concientización de la población en uso de preservativos y en prueba voluntaria (DPSG, PC), iv) el mejoramiento y una mejor coordinación del sistema M&E para beneficio del proyecto pues se pueden detectar oportunidades de mejora (DPSP).

4.8. Lecciones Aprendidas

Las lecciones aprendidas que comentan los entrevistados sobre un tema que se mostró con debilidades, es el sistema de M&E. Para mejorar esto, recomiendan mantener reuniones frecuentes con los diferentes actores involucrados en la implementación del proyecto, reportes de avances del proyecto o de eventuales problemas y no solamente la observación de la curva de desempeño (UTG).

Otro punto muy importante que puede servir bastante para un mejor funcionamiento del proyecto es el intercambio de experiencias de éxitos y fracasos de los diferentes actores. Aunque no todos trabajen en el mismo sector, estos intercambios pueden ayudar a mejorar el desempeño (UTG).

Como ya mencionaron varias veces, es imprescindible para la sostenibilidad el compromiso de los programas nacionales. Una respuesta colectiva con objetivos nacionales es más meritorio que una respuesta individual (PLT). El MSP mostró que si

asume su papel rector puede conseguir resultados buenos. Además se consiguió que se reconozca que la respuesta al VIH no es solo un problema del Ministerio de Salud, sino también un problema multisectorial (PHEG, DPSP).

En el transcurso del PFG-VIH/SIDA se empezó a cambiar el comportamiento de los profesionales hacia los pacientes. Se rompen barreras con los HSH y PVVS, el trato ya es diferente, más receptivo y sensibilizado (DPSG, PHEG).

5. DISCUSIÓN

El Proyecto FG Ecuador implementado de 2005 a 2010 en el Ecuador, no puede catalogarse como un éxito completo. En primer lugar porque no fue posible tener información sobre la reducción de la velocidad de transmisión. Debido a que la línea de base ejecutada presentó muchas limitaciones que impiden que se pueda en el futuro comparar con una postevaluación. Aunque se evidencian éxitos en algunos indicadores como la reducción de la muerte y de la transmisión vertical, se puede calificar que hubo un éxito parcial por una serie de factores, los más importantes son: i) aunque las intervenciones fueron las más adecuadas, estas se concentraron más en población general y muy poco en HSH, que constituye el grupo de más alta prevalencia, ii) además no se concentró en los territorios prioritarios (los que presentan mayor número de casos notificados, muertes y casos graves). Se conoce que más del 60% de casos y muertes se concentran en la ciudad de Guayaquil, pero la mayor parte de recursos humanos se concentran al nivel central y apenas tres personas en toda la provincia de Guayas, iii) aunque se cumplieron las metas en relación a coberturas, la calidad de las intervenciones nunca fue evaluada y se supone que en algunos casos fue de calidad moderada o baja. Se identificaron además varios aspectos desfavorables que seguramente influenciaron en el desempeño del proyecto: i) la inestabilidad política, ii) la oposición de grupos importantes, como la Iglesia, que explica la pobre importancia en el tema de disponibilidad de preservativos, iii) las limitaciones que hubo en recursos humanos, sobre todo a nivel local, iv) la implementación de una política muy compleja, v) las características de los creadores de políticas gubernamentales y su poca capacidad para crear una estrategia adecuada y sostenible de implementación.

Los resultados obtenidos permiten tener una idea clara sobre el desempeño de la implementación del PFG-VIH/SIDA. Sin embargo por la metodología usada y la muestra pequeña con que se realizó el presente trabajo, no se puede hacer una inferencia estadística del estudio a todo el país, pero para objetivos prácticos se pueden identificar problemas y soluciones que pueden ser aplicados a todo el país, bajo el supuesto de que las debilidades y limitaciones encontradas en estas provincias, que han recibido más atención podrían ser iguales o mayores en las demás provincias. Esta aproximación vale tomar en consideración ya que la estructura del MSP es igual en todo el país y se supone que el esquema de la ejecución del proyecto también. Sin embargo tomando en consideración las limitaciones anotadas, se debe incluir en el estudio una muestra de provincias de las tres regiones, lo cual se realizó en el estudio completo de evaluación del PFG PNS que incluyó las siguientes provincias Pichincha, Guayas, Cotopaxi, Sucumbíos y Manabí (Ganzenmüller & Narváez, 2010)

Como se mencionó en el capítulo 3.1, el presente estudio se realizó para tener una visión general sobre las dinámicas de los procesos del PFG-VIH/SIDA en el subreceptor PNS. Según los resultados de las entrevistas existen diferencias en las calificaciones entre las dos provincias estudiadas en todas las variables, menos en „Sostenibilidad de los resultados alcanzados“. Sin embargo por las limitaciones del estudio no se determinaron las razones por las cuales las dos provincias presentan resultados diferentes. Por lo tanto, se requiere una evaluación con mayor profundidad para resolver estos interrogantes, lo cual permitiría identificar componentes e intervenciones que necesitan modificarse o mejorar.

Existen discrepancias entre las opiniones del personal entrevistado y el resultado de los indicadores reportados en el Sistema de Monitoreo y Evaluación. Según los datos obtenidos de los indicadores, se cumplieron los objetivos, pero las calificaciones de los

entrevistados evidencian que los objetivos solamente se cumplieron “parcialmente”. Puede ser, que se cumplieron los indicadores, pero que no estuvieron bien planteados, o no cubrieron la meta (Global Fund, 2009) o que se modificaron para los reportes con el fin de evitar una mala calificación del FG. Además se desconoce la calidad de los datos aportados para los indicadores.

Por ejemplo el acceso de las mujeres embarazadas a los servicios de salud no se mide explícitamente en ningún indicador. De igual manera se desconoce si los indicadores planteados tomaron en cuenta para su alcance las dificultades que tienen los grupos meta para acceder a los servicios. Otro punto es la calidad de los servicios que no se evaluó, y que puede ser otra razón por lo cual los entrevistados opinan que no se logró totalmente el objetivo. Además existieron dificultades en la ejecución de las estrategias, que son diferentes en cada una de las unidades operativas que brindan los servicios. Esto porque las unidades o áreas de Salud tienen problemas específicos, dependiendo de su realidad, que por la implementación vertical del proyecto no se toman en cuenta, y solo se pueden resolver con dificultades o no se pueden resolver, como por ejemplo la falta de espacio físico o del personal. Los problemas de espacios físicos y la escasez del personal también es un problema que se resalta en este estudio y que es también reportado en las otras evaluaciones de proyectos similares. La falta de espacio físico es importante para los PVVS, ya que limita la privacidad que es importante para evitar la discriminación y estigma (Llanos-Zavalaga L.F., Mayca J, & Navarro C, 2006).

Un punto interesante de los hallazgos es la diferencia en las calificaciones entre las provincias Pichincha y Guayas. En cuatro de las seis variables, Guayas tiene calificaciones más altas que Pichincha. Solamente en los temas de sostenibilidad y el desempeño del M&E, Pichincha tiene un mejor puntaje, que puede ser resultado de la importancia de estos

temas en las instituciones de la capital. A igual como Guayas califica mejor los logros de objetivos (satisfactorio) que Pichincha (moderadamente satisfactorio), lo reflejan los datos obtenidos en los archivos estadísticos

Como se explicó en el capítulo 5.1., una debilidad del estudio es que no se conoce las razones de porque hay estas diferencias, por lo tanto solo se pueden hacer suposiciones. Una es, que Guayas tiene más casos de VIH/SIDA y definió este problema como un problema prioritario de Salud Pública, por lo tanto presta más atención en el desempeño del trabajo en esta área. Otra posibilidad es que en Pichincha se ha dado una rotación de personal en el PNS provincial, lo cual afecta a la continuidad del programa en esta provincia, mientras en Guayas se ha mantenido el mismo equipo por más de 4 años. Por otro lado, existe la posibilidad que este menor desempeño sea por problemas de registro por las debilidades en el M&E. Esta suposición se hace, porque la variable del desempeño del M&E tiene la calificación total más baja de todos las variables evaluadas, y es uno de los dos componentes evaluados, en que Guayas tiene resultados más bajos que Pichincha. Eso puede ser resultado de percepciones diferentes en las dos provincias, o de que en Guayas, por el volumen de información y carencia de recursos humanos para el trabajo (equipo de dos personas) tienen más problemas de ejecutar un adecuado M&E.

A pesar de estas dificultades, también se pueden reportar éxitos en el proyecto. El objetivo de fortalecer la atención materno-infantil y disminuir la transmisión del VIH de madre-hijo tuvo resultados satisfactorios. Las embarazadas que tienen su parto en las Unidades de Atención Integral de VIH reciben un tratamiento oportuno, por lo que la mayoría de los recién nacidos son VIH negativos. El problema en este objetivo son las embarazadas que dan a luz en las casas o que no van a los chequeos y llegan al hospital cuando ya están para da a luz y las que dan a luz en clínicas privadas. Si llegan a un hospital donde no hay

Unidad de Atención Integral de VIH y resulta que son VIH+, normalmente estos hospitales no pueden brindar toda la atención que se requiere en este caso, porque no disponen de tratamiento ARV.

La estrategia de ofertar Atención Integral a PVVS incluyendo la entrega de ARV, tiene un cumplimiento satisfactorio. Según los datos se logró un tratamiento a todos los PVVS detectados, no hay listas de espera. Sin embargo existe una debilidad, que es la ruptura de “stock” (provisión) de algunos medicamentos, que comentaron los entrevistados. Por esta razón se dificultó el trabajo en el cumplimiento del objetivo. Estas rupturas de “stock” pueden causar desconfianza en los pacientes, que tiene efectos negativos en la relación entre el personal y los usuarios. Además si no hay disponibilidad de los medicamentos, no se puede garantizar el tratamiento oportuno porque no todos los usuarios están en capacidad de comprar los medicamentos. Así un tratamiento continuo no es posible y los resultados positivos se limitan.

Aunque la mortalidad por SIDA disminuyó en los últimos años (ver figura capítulo 4.1.1.), lo que se atribuye a un mejor acceso al tratamiento de ARV, la mortalidad sigue siendo alto, sobre todo en los primeros meses después de iniciar el tratamiento con ARV. Este fenómeno se observa también en otros países en vías de desarrollo (Lawn, Harries, Anglaret, Myer, & Wood, 2008). Una razón de la alta mortalidad puede ser la búsqueda de atención tardía, lo que tiene diferentes causas. Como mencionaron algunos de los entrevistados, las personas no buscan atención por razones sicosociales o porque desconocen su estado serológico, lo cual coincide con reportes de otros estudios (Masur & Kaplan, 2009; Kaplan, Benson, Holmes, Pau, & Masur, 2009). Otro problema importante que explica la alta mortalidad es el pobre trabajo en el control de coinfección VIH-TB, hay pobre tamizaje de VIH en pacientes tuberculosos y de Tb en PVVS. Se reporta además

carencias de medios diagnósticos y tratamiento para las enfermedades oportunistas, incluyendo tuberculosis (Lawn et al., 2008).

En otros objetivos o estrategias en cambio hubo fracasos, como en el de Mejoramiento de la disponibilidad de los preservativos. Hay dos temas claves, i) como se mencionó en el capítulo de los resultados existe la escasez de la promoción del uso de condones a nivel nacional y local particularmente por parte de los médicos, ii) el otro punto es la falta de disponibilidad de los preservativos en general o el acceso a los condones. Vinculado a este tema es la cultura latina, como ya se mencionó anteriormente. Hombres no quieren usar los preservativos y no todas las mujeres están en condiciones de negociar el uso del preservativo por el aspecto del machismo (Girón, 2006). A estas debilidades se suma la falta de compromiso de autoridades para fortalecer la promoción del uso de condón.

Una limitación del proyecto es la pobre atención en la calidad de servicios o actividades ejecutadas y un gran énfasis en las coberturas. Los indicadores muestran un aumento en las coberturas por ejemplo en consejería y pruebas voluntarias en embarazadas, igual como en el objetivo del manejo sintromico de ITS, pero medir la calidad de servicios prestados debe ser tan importante como el cumplimiento de coberturas. La escasez de datos de la calidad de los servicios en los proyectos de Fondo Global se encuentra también en la literatura (Global Fund, 2009).

Una contradicción es el hecho, que algunos de los entrevistados refieren que deben darse más capacitaciones porque dicen que hay un alto cambio de personal y eso dificulta que los profesionales estén bien capacitados. Por otro lado mencionan, sobre todo a nivel local, que el equipo de trabajo está muy empoderado. Si existe un alto flujo de personal, normalmente no están empoderados con el trabajo, porque el compromiso no es tan fuerte si cambian pronto de lugar de trabajo. Entonces una vez capacitados, ya no deberían hacer

falta capacitaciones muy seguidas, solamente para temas nuevos o en caso de cambios. Por otra parte, si el personal no rota mucho, y sin embargo necesita muchas capacitaciones, hay que investigar si el personal que trabaja en dicha área realmente tiene prerrequisito de educación que les permita cumplir con el trabajo requerido o si la metodología en las capacitaciones es o no la adecuada.

Hay dos limitaciones que afectan la eficacia y eficiencia del proyecto: i) la primera es el hecho de que las intervenciones del PNS-MSP se centraron en la población general y muy poco en poblaciones con alta prevalencia de VIH, como HSH, TS. Las intervenciones hacia estos grupos fueron responsabilidad de las ONGs privadas, con muy pobre coordinación con el MSP. De hecho, existe una pobre oferta de servicios a HSH y adolescentes. ii) otra limitación importante es la dispersión de las intervenciones. Aunque se conoce que la epidemia esta concentrada en pocas provincia y cantones (60% de los casos y muertes están en Guayas), no se priorizaron los lugares de mayor magnitud y riesgo.

La sostenibilidad de los resultados a largo plazo tiene una calificación baja, de “moderadamente satisfactorio”. De ellas, la sostenibilidad financiera es un punto crítico según los entrevistados, sobre todo a nivel provincial y local, porque la percepción es que una vez que se termina el PFG-VIH/SIDA no habrá financiamiento posterior para ejecutar las actividades necesarias. En cambio los entrevistados del PNS que representan el nivel nacional están convencidos que la mayoría de las actividades y estrategias van ser financiado en el futuro, aunque reconocen que hay escasez en el presupuesto para promoción y prevención, que son dos áreas claves en la lucha contra el VIH, sin las cuales no se podrá obtener un impacto positivo en la población (UNAIDS, 2008).

Uno de los problemas que resaltan los entrevistados en relación a la sostenibilidad financiera es la dependencia del financiamiento del MSP y del Fondo Global, además de la centralización financiera la cual es producto de las políticas verticales así como de los reglamentos del Fondo Global, que poseionan al PNS como único receptor de los fondos para las instituciones del Estado. En cambio en la mayoría de los niveles locales y provinciales no hay iniciativas propias para conseguir cofinanciamiento de las actividades o intervenciones planteadas en la lucha contra el VIH/SIDA y además hay una limitada coordinación intersectorial a nivel provincial y local que no permite disponer de fondos adicionales. Una fuente importante de apoyo pueden ser los municipios, muchos de los cuales tienen presupuestos propios para actividades de salud o pueden incluir en sus presupuestos anuales fondos para la lucha contra el VIH/SIDA (Banco Mundial, 2003).

Otro componente que determina la sostenibilidad es el componente sociopolítico, que recibió en total una calificación mayor que lo del financiamiento. Las calificaciones a nivel nacional son moderadamente satisfactorias, mientras en los niveles provinciales y locales son hasta muy satisfactorio (ver capítulo 4.2.). En las respuestas abiertas se confirma que a nivel local el personal está empoderado, en cambio el nivel provincial y nacional reclaman una falta de involucramiento y empoderamiento de las autoridades y personas claves. Esto último puede mejorar, pero se necesita un gran impulso por parte del PNS/MSP como ente rector, además se requiere para ello un trabajo multisectorial (USAID, 2009), ya que aún existen debilidades en este ámbito en la lucha contra la transmisión del VIH.

Un aspecto que incide negativamente en la sostenibilidad de los programas y en este caso en el tema de VIH/SIDA es la falta de continuidad en las acciones programadas como resultado de atender nuevas epidemias, donde los equipos de salud derivan gran parte de su tiempo a la atención de esta nueva enfermedad, tal como sucedió con la epidemia de A

H1N1 y ha sucedido frente a otros factores ambientales como inundaciones, erupciones, etc. Además los epidemiólogos son los responsables de múltiples programas y ellos deben estar al frente de las acciones que se implementen en tuberculosis, VIH, Dengue, desastres naturales, entre otros, lo cual también influye de forma negativa en las estrategias de VIH/SIDA.

La variable de replicación de las estrategias recibió un puntaje “satisfactorio”, no obstante se encuentran limitaciones en la ejecución de las replicas, sea por falta de capacitación en las estrategias, falta de supervisión de la ejecución y del monitoreo y evaluación de los logros. Otra limitante de esta variable es, no tomar en cuenta a instituciones que pueden tener importancia en varios componentes, sobre todo el sector privado tanto en el área de salud como educación.

El desempeño del M&E recibió la calificación total más baja de todas las variables. Como ya se mencionó en el capítulo 4.5.1, al principio del proyecto no se contó con un sistema de M&E que fuera utilizado en todas las unidades, ello debido a demoras en la implementación. También se reporta que no había análisis regulares para identificar problemas en la calidad de datos, o datos perdidos, tardíos, incompletos o imprecisos, las mismas dificultades que se encuentran también en el estudio de Fondo Global (Global Found, 2009). En los niveles locales, los problemas se dan porque los formularios no se llenan completamente o son inadecuadamente llenados (Valcárcel Pérez, 2010). La escasez de capacitación adecuada y la pobre retroalimentación de parte del PNS hacia los niveles provinciales y locales, lleva a que los profesionales no pueden tomar decisiones adecuadas para corregir estrategias que no se implementaron bien o que muestran debilidades, por ejemplo porque no se adaptaron a la realidad del área. Con la existencia de las debilidades

anteriormente mencionado, también existen dificultades del nivel nacional en el uso adecuado de los datos

Se conoce que existen problemas en el sistema de M&E en la mayoría de países que poseen proyectos de VIH (Global Fund, 2009), que afirma el problema existente del sistema de M&E en el PFG-VIH/SIDA. En los países que cuentan con el apoyo del Fondo Global, se encontraron problemas en el sistema de M&E, como escasez de datos de mortalidad por SIDA y una pobre base de datos en el nivel nacional con un control de calidad de datos insuficiente (Global Found, 2009). Otro punto que se menciona, es la fragmentación de información, por diferentes instituciones que proveen información, pero no disponen de un sistema de información único (Peersman, Rugg, Erkkola, Kiwango, & Yang, 2009). Estas debilidades también se encuentran en el Proyecto Fondo Global VIH Ecuador.

Otro tema importante es la escasez de documentación. Revisando los documentos que se facilitaron para la realización de la evaluación, se notó una deficiencia en la documentación, como se puede verificar por la ausencia de información sobre los cambios de los indicadores que se realizaron en el trayecto del proyecto. También solo para pocos indicadores existe información escrita sobre los numeradores y denominadores como en el ejemplo de “Número y porcentaje de pacientes recibiendo manejo sintomático de ITS” y “Número y porcentaje de personas con ITS que reciben consejería para pruebas voluntarias y con notificación de los resultados”. No es comprensible como se planificó y ejecutó el proyecto en cuando al cumplimiento de los indicadores. Estas limitaciones se reportan también en la literatura (Bidault, 2007).

Finalmente, en relación al diseño del proyecto, como se notó en las entrevistas realizadas, no se involucraron en la planificación a gente ni del nivel provincial ni del nivel local. Eso es una debilidad ya que no se consideraron las realidades y problemas en estos niveles.

Metodología

Para el presente trabajo, se utilizó como estrategia un estudio de caso descriptivo y exploratorio (Yin R, 1994). Esta estrategia es la que mejor se adapta a los objetivos de la evaluación y el control de los eventos, y se centra en eventos contemporáneos. Los argumentos por los que se escogió esta estrategia fueron (Yin R, 1994):

1. Un estudio de caso intenta de aclarar una serie de decisiones: como se implementó, y con qué resultados” (Yin R, 1994)
2. El tema es un problema contemporáneo, en lo cual no hay mucho control
3. El límite entre fenómeno y contexto no son claros y las preguntas involucran un rango de variables, que intentan de explicar el proceso de implementación.

Esta estrategia permite que el presente evaluación supere las limitaciones de otras evaluaciones como la realizada en el Perú, que utiliza sobre todo fuentes de archivos estadísticos, lo cual no permite identificar la dinámica del proceso del diseño e implementación del proyecto. Este estudio además tiene los siguientes aspectos metodológicos para mejorar la validez científica y la relevancia (utilidad):

1. Pluralismo Metodológico: La complejidad y la extensión del tema y el enfoque multi teórico que fueron escogidos para este estudio, requiere un pluralismo metodológico.

Para eso se usó una combinación de estrategias y técnicas de investigación. En este

estudio, se usaron tres diferentes fuentes de evidencia: dos involucran métodos cualitativos (documentación, entrevistas semi-estructuradas) y un método cuantitativo (archivos estadísticos).

2. Uso de estrategias para asegurar la calidad del estudio. Se utilizaron dos estrategias metodológicas: i) rigor en el diseño del estudio, ii) combinar técnicas cualitativos y cuantitativos y diferentes fuentes de evidencia
3. Para asegurar la calidad de inferencia de análisis, se usaron tres criterios (Yin R, 1994)

Validez: Se estableció una cadena de evidencia y el reporte fue revisado por informantes claves: Luis Morales (Jefe del PNS), Susana Tamayo (Funcionario del MSP), Alberto Narváez (Asesor del estudio). Para asegurar la validez interna, se usó la estrategia de triangulación. La validez externo se aseguró por la estrategia explicativa de los datos cualitativos.

Representatividad: Se colectaron los documentos disponibles del PFG-VIH en el periodo estudiado. Las entrevistas se realizaron en el nivel nacional, provincial y local del MSP, para conseguir una representatividad de todo los niveles del MSP.

Una limitación en las entrevistas fue el diferente número de personas en cada grupo entrevistado y la diferencia en la composición de los grupos.

Validación de fuentes de información: Se pidió el permiso de poder grabar las entrevistas. Ningún grupo negó el permiso. Los resultados se usaron en otras entrevistas para hacer énfasis en temas importantes.

4. Control de sesgos. Para el control de sesgos se tomaron en cuenta:

Sesgos en las respuestas y su control: Es posible que los funcionarios del MSP no reconocen posibles debilidades y problemas del PFG-VIH. Para reducir este sesgo se explicó el objetivo del estudio y se aseguró la confidencialidad. Además las estrategias que se usaron para la validez interna, la estrategia explicativa y la triangulación, ayudaron a reducir el sesgo de las respuestas.

Control de sesgos del investigador: El asesor del estudio fue el primer Jefe del PNS y Gerente del PFG, por lo tanto puede ser que hubo un sesgo en la investigación. Para reducir este sesgo, el asesor hizo un esfuerzo para tener una visión amplia y uniforme. Este sesgo del investigador se disminuyó con el uso de la triangulación y los informantes claves a cuales se socializó el reporte.

6. RECOMENDACIONES

Después que se termina el PFG-VIH/SIDA, se debe aumentar el esfuerzo del Estado, para mantener los logros obtenidos y mejorar el desempeño. Es imprescindible para lograr la meta, sobre todo con más estabilidad y continuación, que se involucren y empoderen las altas autoridades de varios ministerios para un mayor apoyo político.

Para el M&E es imprescindible un plan de M&E con sus respectivos requerimientos. Además es importante, disponer de un plan de análisis de los datos recolectados, que garantiza la calidad de los mismos (WHO et al., 2006). Los indicadores son una herramienta para poder distinguir las tendencias o problemas en el programa, por lo tanto deben estar bien diseñados, con todos los criterios requeridos (que son medibles, específicos etc). Adicionalmente se debe contar con una línea de base, para poder medir realmente los avances y el impacto del proyecto (McCoy, Njeri Ngari, & Krumpe, 2005).

Otro aspecto importante es desarrollar la capacidad de análisis y el uso de la información para la toma de decisiones en todos los niveles y la retroalimentación continua de los datos a los diferentes niveles, para lo cual se requiere mejorar el acceso y datos con fuentes confiables (WHO et al., 2006).

Una gran debilidad en el control y prevención del VIH en Ecuador es la promoción y prevención. Como se mencionó en los ODM uno de los objetivos a ser alcanzado hasta 2015 es detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA, lo que difícilmente se lograría sin estrategias adecuadas y en base de evidencia. Entre las estrategias de promoción y prevención más costo eficaces están: la promoción de condón, el aplazamiento de la primera relación sexual en adolescentes y el manejo sintomático de ITS (Cáceres, 2004). En una epidemia concentrada como se encuentra en el Ecuador, las

estrategias de prevención deberían enfocarse en los grupos con alta prevalencia (UNAIDS, 2008) y en lugares priorizados por alta prevalencia de casos de VIH. Es necesario pasar de la organización del programa por intervenciones a una organización de las intervenciones por territorios. En los territorios de alta prioridad se deben implementar de manera integral e integrada la mayoría de intervenciones de mayor costo efectividad.

Aún la estrategia de Atención Integral fue exitoso, se debería fortalecer una distribución continua de los medicamentos, que no haya peligro de una interrupción de los ARV y así garantizar un tratamiento continuo a los PVVS (N.N., 2006; N.N., 2006). Además para la disminución de muertes después de iniciar el tratamiento, se debe promocionar la detección temprano de VIH, capacitando al personal de primero y segundo nivel en la identificación de signos y síntomas tempranos de VIH, mejorar la prevención y detección de infecciones oportunistas y el tratamiento e implementar estrategias para mejorar la adherencia (Lawn et al., 2008).

Es muy importante que el personal que trabaja en el tema de VIH reciba una capacitación adecuada, ya que el trabajo con PVVS demanda un personal bien preparado. Debe haber una continua y adecuada capacitación para el personal y en la literatura se menciona que debería haber reuniones entre el personal, con espacios de discusión y intercambio de vivencias entre ellos para una mejora del desempeño y la calidad del trabajo (Llanos-Zavalaga L.F. et al., 2006). Además será importante que se disminuya la rotación del personal, porque implica mucho tiempo y financiamiento necesario para volver a capacitar el personal nuevo y baja la calidad de los servicios (Llanos-Zavalaga L.F. et al., 2006). La calidad es un tema muy importante y por lo tanto se deben crear mecanismos para poder evaluar la misma.

La verticalidad del diseño y de la implementación del PFG-VIH/SIDA causó debilidades en las estrategias. En nuevos proyectos se debe diseñar el proyecto en conjunto con las provincias, tomando en cuenta las realidades de ellos para obtener mejores resultados en la ejecución del proyecto.

Finalmente se debe mencionar el involucramiento de otras unidades que brindan los servicios, como por ejemplo servicios de salud privados, con la misma línea de trabajo que ejecuta el MSP y desarrollar un intercambio de información con un sistema de M&E único (ONUSIDA, 2004).

BIBLIOGRAFÍA

Anderson, T. (2009). HIV/AIDS in Cuba: lessons and challenges. *Revista Panamericana de Salud P-blica*, 26, 78-86.

Atun, R. A., McKee, M., Coker, R., & Gurol-Urganci, I. (2008). Health systems responses to 25 years of HIV in Europe: Inequities persist and challenges remain. *Health policy*, 86, 181-194.

Banco Mundial (2003). El papel de los gobiernos locales en la lucha contra el flagelo del sida. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 14(6), 14.

Bidault, N. (2007). Monitoreo y Evaluación & Financiamiento basado en el desempeño. Ref Type: Data File

Buseh, A. G., Stevens, P. E., McManus, P., Addison, R. J., Morgan, S., & Millon-Underwood, S. (2006). Challenges and opportunities for HIV prevention and care: Insights from focus groups of HIV-infected African American men. *Journal of Association of Nurses in AIDS Care*, 17, 3-15.

Cáceres, C. F. (2004). Intervenciones para la prevención del VIH e ITS en América Latina y Caribe: una revisión de la experiencia regional. *Cad.Sa-de P-blica*, 20, 1468-1485.

Cohen, J. (2006). ARGENTINA: Up in Smoke: Epidemic Changes Course. *Science*, 313, 487-488.

Creese, A., Floyd, K., Alban, A., & Guinness, L. (2002). Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review of the evidence. *The Lancet*, 359, 1635-1642.

Dourado, I., Milroy, C. A., Mello, M. A. G., Ferraro, G. A., Castro-Lima Filho, H., Guimarães, M. L. et al. (2007). HIV-1 seroprevalence in the general population of Salvador, Bahia State, Northeast Brazil. *Cadernos de Sa-de P-blica*, 23, 25-32.

Estrada, J. H. & John, H. (2006). Modelos de Prevenci≤n en la Lucha contra el VIH/SIDA. *Acta Bioethica*, 12, 1.

Fondo Mundial (2009a). Acerca del Fondo Mundial. Fondo Mundial [On-line]. Available: <http://www.theglobalfund.org/es/about/>

Fondo Mundial. (2004). Directrices revisadas en materia de objetivos, estructura y composición de los Mecanismos de Coordinación del País y requisitos para solicitar la subvención.

Ref Type: Statute

Fondo Mundial (2009c). Receptores Principales y Subreceptores. <http://www.theglobalfund.org/ES/recipients> [On-line].

Fondo Mundial (2009b). Ecuador y el Fondo Mundial. Fondo Mundial [On-line]. Available: <http://www.theglobalfund.org/programs/countrystats/?lang=es&countryID=ECU>

Frieden, T. R., Das-Douglas, M., Kellerman, S. E., & Henning, K. J. (2005). Applying Public Health Principles to the HIV Epidemic. *The New England Journal of Medicine*, 353, 2397-2402.

Ganzenmüller, E. & Narváez, A. (2010). Proyecto Fondo Global VIH Ecuador Segunda Ronda; Evaluación de procesos del Proyecto Fondo Global VIH Ecuador 2005-2010 en el subreceptor Programa Nacional VIH/Sida e ITS.

Ref Type: Unpublished Work

Gillham, B. (2000). *Case Study Research Methods*.

Girón, J. M. (2006). Género y VIH/SIDA: elementos de vulnerabilidad en mujeres jóvenes de barrios pobres de las ciudades de Lima y Trujillo. *Género y Metas del Milenio, Lima: UNIFEM/PNUD/UNFPA*.

Global Found (2009). *Final Report Global Fund five-year evaluation: Study Area 3 The impact of collective efforts on the reduction of the Disease Burden of AIDS, Tuberculosis, and Malaria*.

Green, E. C., Halperin, D. T., Nantulya, V., & Hogle, J. A. (2006). Uganda's HIV prevention success: the role of sexual behavior change and the national response. *AIDS and Behavior*, 10, 335-346.

Hogan, D. R., Baltussen, R., Hayashi, C., Lauer, J. A., & Salomon, J. A. (2005). Cost effectiveness analysis of strategies to combat HIV/AIDS in developing countries. *British Medical Journal*, 331, 1431.

IHP+ Working Group (2008). *A common Framework for Monitoring Performance and evaluation of the scale up for better health*.

Kaplan, J., Benson, C., Holmes, K., Pau, A., & Masur, H. (2009). Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents. CDC [On-line]. Available:

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5804a1.htm>

Lawn, S. D., Harries, A. D., Anglaret, X., Myer, L., & Wood, R. (2008). Early mortality among adults accessing antiretroviral treatment programmes in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 22.

Linnan, L. & Steckler, A. (2002). Process evaluation for public health interventions and research. In (Jossey-Bass San Francisco.

Llanos-Zavalaga L.F., Mayca J, & Navarro C (2006). Percepciones de las personas viviendo con VIH-SIDA (PVVS) sobre la calidad de atención relacionada con TARGA. *Rev Med Hered*, 17, 157.

Martínez, G., Olea, N., & Chiu, A. (2006). Situación epidemiológica de la infección por VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida en Chile. *Revista chilena de infectología*, 23, 321-329.

- Masur, H. & Kaplan, J. E. (2009). New Guidelines for the Management of HIV-Related Opportunistic Infections. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 301, 2378-2380.
- McCoy, K., Njeri Ngari, P., & Krumpal, E. (2005). *Building Monitoring, Evaluation and Reporting; Systems for HIV/AIDS Programs* Washington.
- MSP, MCDS, & ONUSIDA (2008). *Declaración de Compromiso sobre VIH-SIDA, UNGASS; Informe del Gobierno del Ecuador Relativo; Al Periodo 2006-2007* .
- MSP & ONUSIDA (2008a). *Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA 2007 - 2015*.
- MSP & ONUSIDA (2008b). *Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional del VIH/SIDA 2007-2015*.
- N.N. (2006). *PLAN DE GESTION DE STOCKS DE MEDICAMENTOS ARVs Y TB MDR V RONDA*.
- Naciones Unidas (2009). *Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe 2009* Nueva York.
- Naranjo, M. (2006). Evaluación de Programas de Salud. *Comunidad y Salud*, 4, 34-37.
- Narváez, A., Morales, L., Rojas, M. E., Tobar, R., Ruiz, P., Riera Celia et al. (2008). Documento Técnico de Línea de Base de VIH/SIDA.
Ref Type: Unpublished Work
- Narváez, O. A. (2009). Final Evaluation of the UNEP GEF project "Regional Program of Action and Demonstration of Sustainable Alternatives to DDT for Malaria Vector Control in Mexico and Central America".
Ref Type: Unpublished Work
- Nebot, M. (2007). Evaluación en salud pública: ¿todo vale? *Gaceta Sanitaria*, 21, 95-96.
- OMS, ONUSIDA, & UNICEF (2008). *Hacia el acceso universal: Expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud; Informe sobre los progresos*.
- ONUSIDA (2004). The "Three Ones"; key principles. In Washington.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. (3 ed.).
- Patton, M. Q. (1997). *Utilization Focused Evaluation; The New Century Text*. (3 ed.) SAGE Publications.
- Peersman, G., Rugg, D., Erkkola, T., Kiwango, E., & Yang, J. (2009). Are the Investments in National HIV Monitoring and Evaluation Systems Paying Off? *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 52.
- Rojas, E. M. (2004). Marco Conceptual para la Evaluación de Programas de Salud. *Población y Salud en Mesoamérica*.

Ross, D. A., Dick, B., & Ferguson, J. (2006). Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries. UNAIDS Inter-agency Task Team on Young People. *WHO Technical Report Series*, 938.

Sale, J. E. M., Lohfeld, L. H., & Brazil, K. (2002). Revisiting the quantitative-qualitative debate: implications for mixed-methods research. *Quality and Quantity*, 36, 43-53.

Stover, J., Bertozzi, S., Gutierrez, J. P., Walker, N., Stanecki, K. A., Greener, R. et al. (2006). The global impact of scaling up HIV/AIDS prevention programs in low-and middle-income countries. *Science*, 311, 1474.

Taut, S. M. & Alkin, M. C. (2003). Program Staff Perceptions of Barriers to Evaluation Implementation. *The American Journal of Evaluation*, 24, 213-226.

U.S.Department of Health and Human Services, CDC, Office of the Director, & Office of Strategy and Innovation (2005). *Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide* Atlanta: CDC.

UNAIDS (2005). *Intensifying HIV prevention:UNAIDS policy position paper* Geneva: UNAIDS.

UNAIDS (2008). *Report on the global AIDS epidemic*.

UNAIDS (2009). *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS, Guidelines on construction of Core Indicators, Reporting 2010* Geneva: UNAIDS.

UNAIDS & WHO (2009a). *09 AIDS epidemic update* Geneva: UNAIDS.

UNAIDS & WHO (2009b). *AIDS Epidemic Update*.

Underhill, K., Montgomery, P., & Operario, D. (2007). Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: systematic review. *British Medical Journal*, 335, 248.

USAID (2009). Multisectoral Approaches to Address HIV/AIDS. http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/TechAreas/multisectoral/index.html [On-line].

Valcárcel Pérez, Y. (2010). *Propuesta de Mejoramiento al Sistema de Vigilancia, Monitoreo & Evaluación del VIH-SIDA en el Ecuador* WHO.

Walker, A. R. P., Walker, B. F., & Wadee, A. A. (2005). A catastrophe in the 21st century: the public health situation in South Africa following HIV/AIDS. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 125, 168.

Wegbreit, J., Bertozzi, S., DeMaria, L. M., & Padian, N. S. (2006). Effectiveness of HIV prevention strategies in resource-poor countries: tailoring the intervention to the context. *Aids*, 20, 1217.

WHO (2010). HIV prevalence among adults aged ≥ 15 years (per 100 000 population). <http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/2phu/en/> [On-line].

WHO, Banco Mundial, UNICEF, ONUSIDA, USAID, CDC et al. (2006). *Guía de Monitoreo y Evaluación; VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria*.

Windsor, R., Baranowski, T., Clark, N., & Cutter, G. (1994). *Evaluation of Health promotion Health Education and Disease Prevention Programs*. (2 ed.) Mayfield Publishing Company.

Yin R (1994). *Case Study Research: design and methods*. USA: SAGE Productions.

Yin, R. (2003). *Case Study Research, Design and Methods*. (3 ed.) (vols. 5) SAGE Publications.

ANEXO 1: TABLAS*Tabla 14: Indicadores cambiados en el año 2007*

Indicadores Fondo Global antes del cambio	Indicadores Fondo Global después del cambio
Número de unidades con personal capacitado en manejo sintromico de ITS	Número y porcentaje de personas capacitadas en manejo sintromico de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en unidades de 1ro, 2do y 3er nivel de atención
	Número y porcentaje de personas con ITS que reciben consejería para pruebas voluntarias y con notificación de los resultados
Número de unidades con personas capacitadas en prevención de transmisión vertical	
Número de mujeres embarazadas con acceso a servicios de consejería y pruebas voluntarias	Número y porcentaje de mujeres embarazadas que reciben consejería y que se realizan la Prueba Voluntaria de VIH con notificación de los resultados
Número de hospitales con equipo capacitado en atención a personas viviendo con VIH/SIDA incluyendo la provisión de ARVs	
Número de personas con VIH recibiendo terapia combinada de antirretrovirales	Número y porcentaje de PVVS recibiendo terapia combinada de antirretrovirales
	Número de PVVS que reciben tratamiento para infecciones oportunistas

Fuente: Reporte Fondo Global del periodo Q10

Tabla 15: Cobertura en porcentaje de usuarios tamizados de VIH no embarazadas por provincia 2006-2009.

Provincias	2006	2007	2008	2009
	Cobertura %	Cobertura %	Cobertura %	Cobertura %
Azuay	0,16	0,53	0,47	2,07
Bolívar	0,45	1,01	1,63	2,99
Cañar	0,31	1,01	1,40	2,10
Carchi	0,08	0,55	0,82	1,24
Chimborazo	0,14	0,24	0,71	1,09
Cotopaxi	0,08	0,32	0,74	1,33
El Oro	0,25	0,91	1,49	3,17
Esmeraldas	0,69	1,51	1,92	2,89
Galápagos	0,36	2,08	2,16	4,96
Guayas	0,51	0,40	0,90	1,87
Imbabura	0,29	0,93	1,21	1,63
Loja	0,05	0,17	0,67	2,46
Los Ríos	0,18	0,36	1,22	2,24
Manabí	0,24	1,22	1,15	2,18
Morona Santiago	0,10	0,21	0,31	1,66
Napo	0,25	0,48	2,51	6,95
Orellana	0,14	0,53	1,64	3,32
Pastaza	0,81	1,06	1,49	4,79
Pichincha	0,13	0,62	0,92	0,66
Sucumbíos	0,32	1,17	1,50	8,28
Tungurahua	0,00	0,16	0,60	3,44
Zamora Chinchiipe	0,07	0,30	0,89	1,13
Total general	0,37	0,92	1,31	2,02

Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador.

Tabla 16: Cobertura (porcentaje) de embarazadas tamizadas para VIH por provincias.
2008-2009

PROVINCIAS	2008	2009
	Cobertura %	Cobertura %
Esmeraldas	83.8	56.9
El Oro	83.4	76.9
Guayas	94.4	99.6
Los Ríos	58.3	58.8
Manabí	48.2	68.6
Santa Elena ⁹		89.5
Sto. Domingo de los Tsáchilas ⁹		39.5
Azuay	16.8	78.5
Bolívar	73.2	80.6
Cañar	57.8	67.7
Carchi	51.7	62.9
Chimborazo	53.1	52.1
Cotopaxi	38.0	48.8
Imbabura	39.2	42.8
Loja	47.8	55.9
Pichincha	36.5	68.2
Tungurahua	19.9	39.5
Morona	20.6	43.6
Napo	84.0	115.7
Orellana	44.2	54.5
Pastaza	86.9	140.6
Sucumbíos	71.8	85.4
Zamora Chinchipe	72.1	86.0
Galápagos	58.2	53.9
Total general	59,15	72,7

Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador

Cobertura = (número de embarazadas tamizadas / total de embarazadas estimadas) * 100

⁹ Provincia creadas en 2009

ANEXO 2: ENTREVISTA A NIVEL NACIONAL Y PROVINCIAL

A - Logro de objetivos y resultados planeados	
A1. Eficacia	
A1	Se obtuvieron los resultados planeados en el Objetivo 3 a cargo del MSP. (Comparando resultados actuales con línea de base). Explique cómo se obtuvieron (Facilitar el acceso de la población a centros de servicios de consejería y pruebas voluntarias con el fin de Ampliar el acceso a pruebas diagnósticas y consejería)
A1B	Que otras consecuencias o resultados positivos no planeados se obtuvieron en el objetivo 3.
A1C	Que otras consecuencias o resultados negativos no planeados se obtuvieron en el objetivo 3
A2	Se obtuvieron los resultados planeados en el Objetivo 4. (Comparando resultados actuales con línea de base) Explique como se obtuvieron. (Ampliar la cobertura del manejo sintomático de las ITS)
A2B	Que otras consecuencias o resultados positivos no planeados se obtuvieron en el objetivo 4.
A2C	Que otras consecuencias o resultados negativos no planeados se obtuvieron en el objetivo 4
A3	Se obtuvieron los resultados planeados en el Objetivo 5. (Comparando resultados actuales con línea de base) Explique como se obtuvieron (Mejorar la disponibilidad de condones)
A3B	Que otras consecuencias o resultados positivos no planeados se obtuvieron en el objetivo 5.
A3C	Que otras consecuencias o resultados negativos no planeados se obtuvieron en el objetivo 5
A4	Se obtuvieron los resultados planeados en el Objetivo 6. (Comparando resultados actuales con línea de base) Explique cómo se obtuvieron (6. Fortalecer la atención materno-infantil y disminuir la transmisión del VIH de la madre – hijo)
A4B	Que otras consecuencias o resultados positivos no planeados se obtuvieron en el objetivo 6.
A4C	Que otras consecuencias o resultados negativos no planeados se obtuvieron en el objetivo 6
A5	Se obtuvieron los resultados planeados en el Objetivo 7. (Comparando resultados actuales con línea de base) Explique como se obtuvieron (7. Ofertar a las PVVIH, atención integral que incluya la entrega de ARV)
A5B	Que otras consecuencias o resultados positivos no planeados se obtuvieron en el objetivo 7

A5C	Que otras consecuencias o resultados negativos no planeados se obtuvieron en el objetivo 7
Comentarios Adicionales	
A.2. Relevancia	
A8A	Fueron las estrategias utilizadas coherentes con los resultados del proyecto en el objetivo 3?
A8B	Fueron las estrategias utilizadas coherentes con los resultados del proyecto en el objetivo 4?
A8C	Fueron las estrategias utilizadas coherentes con los resultados del proyecto en el objetivo 5?
A8D	Fueron las estrategias utilizadas coherentes con los resultados del proyecto en el objetivo 6?
A8E	Fueron las estrategias utilizadas coherentes con los resultados del proyecto en el objetivo 7?
A9A	Fueron los resultados del proyecto consistentes con las prioridades del país planteado en el Plan estratégico?
A9B	Fueron los resultados del proyecto consistentes con las prioridades del país planteado en los objetivos del milenio?
A10	En que medida los resultados del proyecto contribuyeron con la política de control del VIH/SIDA/ITS del Ministerio de Salud Pública.
Comentarios Adicionales	
A.3. Eficiencia	
A11	Fue el proyecto costo efectivo (los costos del proyecto están en relación con los beneficios)
A12	Fue el proyecto la mejor opción en relación a costos?. El financiamiento disponible fue suficiente para cumplir las metas definidas. En que objetivos fue insuficiente.
A13	Aunque había demoras en la ejecución del proyecto, podrían seguir sin que estas demoras afectaron en el costo efectividad del mismo?
A14	Sirvió el proyecto para conseguir recursos adicionales? Especifique para que objetivos
A14B	Si la respuesta anterior es afirmativa, especifique que tipo de contribución hubo (en dinero o en recursos) para cofinanciar la implementación del proyecto?
Comentarios Adicionales	
B- Sostenibilidad de los resultados alcanzados	
B.1. Recursos financieros	

B1	En que medida se puede mantener los resultados del proyecto, aunque se suspende el financiamiento del proyecto?
B2	Cual es la probabilidad que se dispongan de recursos financieros o económicos para mantener los resultados y beneficios del proyecto una vez que la contribución asistencia del FG termine?
B3	Fue el proyecto exitoso en identificar o promover cofinanciamiento?
B4A	Hay algún impacto a largo plazo (en los próximos 5 años) en el objetivo 3 que se ha identificado como resultado del proyecto?
B4B	Hay algún impacto a largo plazo (en los próximos 5 años) en el objetivo 4 que se ha identificado como resultado del proyecto?
B4C	Hay algún impacto a largo plazo (en los próximos 5 años) en el objetivo 5 que se ha identificado como resultado del proyecto?
B4D	Hay algún impacto a largo plazo (en los próximos 5 años) en el objetivo 6 que se ha identificado como resultado del proyecto?
B4E	Hay algún impacto a largo plazo (en los próximos 5 años) en el objetivo 7 que se ha identificado como resultado del proyecto?
B.2. Condiciones sociopolíticas	
B5	Está garantizada la sostenibilidad o el mantenimiento de los resultados del proyecto, aunque factores sociopolíticos se cambian (como cambio de mandos, la crisis financiera internacional, etc)?
B6	Cuál es la probabilidad que el nivel de empoderamiento de los socios y actores claves del proyecto permitan que los resultados y beneficios del proyecto se mantengan en el tiempo? Especifique en que objetivos.
B7	Fue el nivel de concienciación del público y de los actores claves y socios del proyecto suficiente para apoyar los objetivos terminales del proyecto ? Especifique para que objetivo
B.3. Marco institucional y gobierno	
B8	Hay aspectos relacionados con el marco institucional o capacidad de gobierno que favorezcan los resultados del proyecto ? Especifique cuales para cada uno de los objetivos.
B9	Hay aspectos relacionados con el marco institucional o capacidad de gobierno que limiten resultados del proyecto ? Especifique cuales para cada uno de los objetivos
B10	Cuál es la probabilidad de que los logros institucionales y técnicos, el marco legal, las estructuras políticas y de gobierno y procesos faciliten la sostenibilidad de los resultados y beneficios?
B11	Existieron o existen sistemas o mecanismos de auditoria, transparencia y conocimientos (Know-how) técnicos aplicados en el proyecto?.
B.4. Medio ambiente (desastres y epidemias)	

B12	Hay algún riesgo relacionado con catástrofes naturales (el niño, etc) o epidemias no previstos (AH1N1, etc) que puedan reducir o anular el curso futuro de los beneficios del proyecto?
B.5. Otras	
B15	Hay alguna recomendación para mejorar impactos futuros del proyecto del país?
B16	Cuales son los mejores canales y medios para asegurar impacto a largo plazo del proyecto a nivel nacional
B17	Tiene alguna recomendación para esbozar posibles enfoques o acciones necesarias que faciliten un estudio de evaluación de impacto en unos pocos años?
Comentarios Adicionales	
C- Rol potencializador de sostenibilidad y replicabilidad	
C1	Hay efectos potencializadores o replicas del proyecto que se han desarrollado o se están realizando en el país este momento? Describa para cada objetivo
C2	Si la respuesta es afirmativa describa estos efectos o replicas para cada componente que sugiera la probabilidad de mejorar la sostenibilidad?
C3	Hay lecciones y experiencias que han sido aplicadas en otras áreas geográficas? Describa estas experiencias para cada componente.
C4	Hay lecciones y experiencias que han sido aplicadas en la misma área demostrativa del proyecto financiada por otras fuentes. Describa para cada objetivo
C5	Hay lecciones o experiencias que se han desarrollado como resultado de proyecto que pueden ser replicables o permitir la extensión a otros lugares (scaled up) en el diseño y la implementación de otros proyectos.
Comentarios Adicionales	
D- Logros alcanzados en la ejecución de actividades y productos	
D1	Fue satisfactoria la solidez y la efectividad de las metodologías usadas para desarrollar las acciones del proyecto en el país?

D2	Se desarrollaron las capacidades legales institucionales, técnicas y financieras y los mecanismos en el país para permitir la implementación efectiva del proyecto?
D3	En qué dimensión las intervenciones realizadas y sus productos se han basado en evidencias científicas y hay credibilidad necesaria para influenciar la política y a los tomadores de decisiones a nivel nacional y local?
D4A	Ha sido el proyecto exitoso en alcanzar cada uno de los productos programados, tanto en calidad, magnitud, utilidad y oportunidad (puntualidad)? En Objetivo 3
D4B	Ha sido el proyecto exitoso en alcanzar cada uno de los productos programados, tanto en calidad, magnitud, utilidad y oportunidad (puntualidad)? En Objetivo 4
D4C	Ha sido el proyecto exitoso en alcanzar cada uno de los productos programados, tanto en calidad, magnitud, utilidad y oportunidad (puntualidad)? En Objetivo 5
D4D	Ha sido el proyecto exitoso en alcanzar cada uno de los productos programados, tanto en calidad, magnitud, utilidad y oportunidad (puntualidad)? En Objetivo 6
D4E	Ha sido el proyecto exitoso en alcanzar cada uno de los productos programados, tanto en calidad, magnitud, utilidad y oportunidad (puntualidad)? En objetivo 7.
Comentarios Adicionales	
E- Desempeño del Sistema de Monitoreo y Evaluación	
E.1. Diseño del sistema de monitoreo y evaluación	
E1	Tuvo el proyecto un plan de M&E adecuado para monitorear los resultados y hacer seguimiento de los avances en el logro de los objetivos?
E2	Alcanzó el proyecto los niveles mínimos requeridos para el diseño y aplicación del Plan de Monitoreo y Evaluación?
E3	Existió una Unidad o persona responsable de M&E
E4	Fue adecuada la calidad, aplicación y efectividad de los planes e instrumentos de monitoreo y evaluación, incluyendo la evaluación de riesgos gerenciales basados en los supuestos y en los riesgos identificados en los documentos del proyecto?
E5	Incluyó el plan de M&E una línea de base (incluyendo datos, indicadores, metodología, etc.), indicadores y un sistema de análisis de datos y estudios de evaluación con tiempos definidos para alcanzar los resultados?

E6	Fueron el cronograma de cumplimiento de actividades de M&E y los estándares de los productos definidos en forma categórica?
E7	Tuvo el proyecto un documento específico para recolección, agregación, análisis y toma de decisiones desarrollados para cada uno de los niveles del sistema de información.
E8	Hubo un procedimiento escrito específico para el manejo de información tardía, incompleta, imprecisa, y datos perdidos (missing reports) incluyendo seguimiento, niveles de subnotificación relacionados a calidad de los datos.
E9	Cuando se encontraban discrepancias en los reportes de el nivel provincial de información, la Unidad de MyE o los niveles intermedios de agregación (e.g., provincias, áreas de salud, unidades operativas o comunidades) han documentado como estas inconsistencias han sido resueltas.
E10	Se realizo de manera sistemática retroalimentación dirigida a los diferentes niveles de información sobre la calidad de los datos de sus reportes (e.j., precisión, completitud y puntualidad).
E11	Se realizaron controles de calidad en terreno de los datos consignados en los reportes escritos o ingresados en la computadora (e.g., repetidos, verificación de datos ingresados , etc).
E12	Se dispuso de un sistema computarizado y este tiene una documentación clara y activa sobre los procedimientos de administración de bases de datos. Esto incluye procedimientos de backup/recovery , administración de seguridad y guía del usuario.

Comentarios Adicionales

E.2. Plan de implementación de Monitoreo y Evaluación

E13	Se implementó el sistema de M&E y facilitó el seguimiento de resultados y el progreso de los objetivos del proyecto a lo largo de la implementación del proyecto?
E14	Los reportes anuales del proyecto fueron completos, precisos y con tasas alcanzadas bien justificadas?
E15	Fue la información provista por el sistema de M&E usada durante la ejecución del proyecto para mejorar el desempeño del mismo y adaptarlo a las necesidades de cambio?
E16	Tuvo el sistema de M&E aplicado una adecuada capacitación a los responsables de monitorear y evaluar las actividades que aseguren la continuidad de la recolección de datos antes de la terminación del proyecto?

E.3. Presupuesto y financiamiento para M&E

E17	Fue el financiamiento adecuado para el M&E y fueron estos recursos recibidos a tiempo durante la implementación del proyecto?
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

E.4. Monitoreo a largo plazo	
E18	Fue uno de los resultados planificados del proyecto el monitoreo a largo plazo?
E19	Si la respuesta es positiva, comente específicamente la relevancia del sistema de evaluación y monitoreo para mantener los resultados del proyecto y de que manera los esfuerzos de monitoreo se mantendrán?.
Comentarios Adicionales	
F- Evaluacion de procesos o eventos que afectan el alcance de los resultados del proyecto	
F.1. Preparación y disposición	
F1	Fueron los objetivos y componentes del proyecto claros, practicables y factibles en función del tiempo establecido?
F2	Fueron las capacidades de las instituciones y contrapartes ejecutoras consideradas adecuadamente cuando el proyecto fue diseñado?
F3	Se incorporaron en el diseño lecciones de otros proyectos relevantes?
F4	Fueron los arreglos de alianzas identificados adecuadamente y se negociaron las responsabilidades antes de la ejecución del proyecto?
F5	Se contaron con recursos de contraparte (fondos, recursos humanos, insumos y materiales), passage of enabling legislation, y arreglos gerenciales adecuados en el país, provincias, áreas de salud , unidades operativas (hospitales) ?
F.2. Empoderamiento / Conduccion (Driveness)	
F6	Se diseño el proyecto en concordancia con prioridades de desarrollo y planes sectoriales del país?
F7	Los resultados del proyecto han contribuido a las prioridades y planes nacionales?
F8	Se involucraron en el proyecto personas representativas del gobierno y la sociedad civil?
F9	El receptor gubernamental mantuvo su compromiso financiero con el proyecto?
F10	Aprobó el gobierno políticas o marcos regulatorios en concordancia con los objetivos del proyecto?
F11	Cuál fue el nivel de empoderamiento y compromiso del los actores del PNS y las autoridades del MSP en el proyecto?
F12	Fue el proyecto efectivo para generar y comunicar información que potencialicen la acción para mejorar decisiones relacionadas con el uso de estrategias para el control y prevención de VIH.
F.3. Involucramiento de actores	

F13	Ha involucrado el proyecto a actores clave a través de compartir información, consultas y promoviendo su participación en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación?
F14	Ha implementado el proyecto campañas adecuadas para extensión y concienciación pública?
F15	Se ha consultado y utilizado las habilidades y conocimientos de entidades gubernamentales, ONGs, grupos comunitarios, sector privado, gobiernos locales e instituciones académicas en el diseño, implementación y evaluación de las actividades del proyecto ?
F16	Se tomaron en cuenta para tomar decisiones las perspectivas de: las personas a las que afectaban las decisiones, de los que podían influir en los resultados y de los que podrían contribuir con información u otros recursos?
F17	Se involucraron adecuadamente a los grupos vulnerables, los actores de mayor poder y a los oponentes del proceso? Identifique a cada uno de estos actores.
F18	Se establecieron mecanismos en el proyecto para identificar e involucrar a los actores claves en el país? Especifique los mecanismos
F19	Fueron estos mecanismos exitosos? Especifique cuáles fueron sus fortalezas y debilidades.
F20	Fue adecuado el nivel y efectividad de la colaboración/interacción (comunicación, flujo de información,..) entre los diferentes niveles de una institución p.e. MSP durante la ejecución del proyecto?
F21	Fue adecuado el nivel y efectividad de la colaboración/interacción (comunicación, flujo de información,..) entre los diferentes subreceptores y el receptor principal y FG durante la ejecución del proyecto?
F.4. Planificación financiera	
F22	Tuvo el proyecto adecuados controles financieros, incluyendo reportes y planificación, que permitieron tomar decisiones informadas relacionadas con el presupuesto y un oportuno flujo de fondos ?
F23	Fue adecuada la capacidad (fortaleza) y utilidad de controles financieros, incluyendo reportes y planificación, para permitir tomar decisiones informadas relacionadas con el presupuesto y un oportuno flujo de fondos para el pago satisfactorio de deliverables a lo largo de la vida del proyecto?
F.5. Estructura y organización del programa	
F24	Se crearon estructuras paralelas y se contrato personal temporal para la ejecución del mismo. Si la respuesta es negativa califique como "Si completo". Si hay mas de la mitad de personal permanente califique como parcial.

F25	Existen mecanismos de coordinación entre los servicios generales de salud con los servicios especializados de control de VIH/SIDA?
F26	Existe personal exclusivo para el control y prevención de VIH/SIDA/ITS.
F27	Definición de la estructura y organización y de los niveles de control y supervisión de manera oficial
Comentarios Adicionales	
Conclusion	
CON1	El impacto y resultados alcanzados se hubieran podido conseguir sin el proyecto
CON2	Cual es el reto mas importante para mantener los resultados e impacto ?
Describe las lecciones aprendidas mas importantes de su experiencia en el proyecto (no menos de tres)	

ANEXO 3: ENTREVISTA A NIVEL LOCAL

A - Logro de objetivos y resultados planeados	
A1. Eficacia	
1A	Se implementaron en la unidad operativa estrategias de facilitar el acceso de la población a consejería y pruebas voluntarios (Objetivo 3). Comparando resultados actuales con línea de base se redujo el número de caso?
2A	Qué otras consecuencias o resultados positivos no planeados se obtuvieron en el objetivo 3
3A	Qué otras consecuencias o resultados negativos no planeados se obtuvieron en el objetivo 3
1B	Se implementaron en la unidad operativa estrategias de ampliar la cobertura del manejo sindrómico de las ITS (Objetivo 4). Comparando resultados actuales con línea de base se redujo el número de caso?
2B	Qué otras consecuencias o resultados positivos no planeados se obtuvieron en el objetivo 4
3B	Qué otras consecuencias o resultados negativos no planeados se obtuvieron en el objetivo 4
1C	Se implementaron en la unidad operativa estrategias de mejorar la disponibilidad de condones (Objetivo 5). Comparando resultados actuales con línea de base se redujo el número de caso?
2C	Qué otras consecuencias o resultados positivos no planeados se obtuvieron en el objetivo 5
3C	Qué otras consecuencias o resultados negativos no planeados se obtuvieron en el objetivo 5
1D	Se implementaron en la unidad operativa estrategias de fortalecer la atención materno infantil y disminuir la transmisión del VIH de la madre - hijo (Objetivo 6). Comparando resultados actuales con línea de base se redujo el número de caso?
2D	Qué otras consecuencias o resultados positivos no planeados se obtuvieron en el objetivo 6
3D	Qué otras consecuencias o resultados negativos no planeados se obtuvieron en el objetivo 6
1E	Se implementaron en la unidad operativa estrategias de atención integral con entrega de ARV (Objetivo 7). Comparando resultados actuales con línea de base se redujo el número de caso?
2E	Qué otras consecuencias o resultados positivos no planeados se obtuvieron en el objetivo 7
3E	Qué otras consecuencias o resultados negativos no planeados se obtuvieron en el objetivo 7
5	En qué medida han sido los resultados del proyecto informados a nivel de otras unidades operativas?

6	En qué medida han sido los resultados del proyecto informados a nivel provincial?
Comentarios Adicionales	
A.2. Relevancia	
7	Cuando se inicio el proyecto era el VIH/SIDA un problema importante de esta unidad?
8	CONOCE EL PROYECTO FONDO GLOBAL. Si la respuesta es no, califique como no aplicable, si la respuesta es afirmativa responda a la siguiente pregunta: En qué medida los resultados del proyecto contribuyeron a mejorar la calidad de vida de los usuarios del Área
Comentarios Adicionales	
A.3. Eficiencia	
9	Fue el proyecto barato para los resultados obtenidos, (justifique la respuesta en el casillero de comentarios)?
10	Fueron los costos y esfuerzos de la unidad operativa adecuados, no representaron un esfuerzo o costo alto?
11	Sirvió el proyecto para conseguir recursos adicionales?
Comentarios Adicionales	
B- Sostenibilidad de los resultados alcanzados	
B.1. Recursos financieros	
12	En que medida se puede mantener los resultados del proyecto, aunque se suspenda el financiamiento del proyecto?
13	Cuál es la probabilidad que se dispongan de recursos financieros o económicos para mantener los resultados y beneficios del proyecto una vez que la contribución asistencia del Fondo Global termine.
14	Fue el proyecto exitoso en identificar o promover cofinanciamiento?
15A	Hay algún impacto a largo plazo (en los próximos 5 años) que se ha identificado como resultado del proyecto en el objetivo 3 consejería y prueba voluntaria?
15B	Hay algún impacto a largo plazo (en los próximos 5 años) que se ha identificado como resultado del proyecto en el Objetivo 4: Manejo sindrómico de ITS?

15C	Hay algún impacto a largo plazo (en los próximos 5 años) que se ha identificado como resultado del proyecto en el Objetivo 5: condones?
15D	Hay algún impacto a largo plazo (en los próximos 5 años) que se ha identificado como resultado del proyecto en el Objetivo 6: Transmisión vertical?
15E	Hay algún impacto a largo plazo (en los próximos 5 años) que se ha identificado como resultado del proyecto en el Objetivo 7: Atención Integral?
B.2. Condiciones sociopolíticas	
16	Esta garantizada la sostenibilidad o el mantenimiento de los resultados del proyecto, por la presencia de factores sociopolíticos: como cambio de mandos (cambios en la jefatura del Área, reducción de presupuesto por la crisis financiera internacional, etc.)?
17	Cuál es la probabilidad que el nivel de empoderamiento de la unidad permitan que los resultados y beneficios del proyecto se mantengan en el tiempo?
B.3. Marco institucional y gobierno	
18	Hay aspectos relacionados con la organización de la unidad que favorezcan los resultados del proyecto ?
19	Hay aspectos relacionados con la organización de la unidad que limiten resultados del proyecto?
B.4. Medio ambiente	
20	Hay algún riesgo relacionado con catástrofes naturales (Fenómeno del niño, sequías, etc) o epidemias no previstos (AH1N1, etc) que puedan reducir o anular el curso futuro de los beneficios del proyecto?
Comentarios Adicionales	
C- Rol potencializadora de sostenibilidad y replicabilidad	
21	Hay efectos potencializadores o replicas del proyecto, que se han desarrollado o se están realizando en otras unidades operativas este momento?
22	Hay lecciones y experiencias que han sido o pueden ser aplicadas en otras unidades operativas? Describa estas lecciones o experiencias.
Comentarios Adicionales	
D- Logros alcanzados en la ejecución de actividades y productos	

23A	Fue satisfactoria la solidez y la efectividad de las estrategias y metodologías usadas para desarrollar las acciones del proyecto en la unidad operativa ? (Objetivo 3: Facilitar el acceso de la población a centros de servicios de consejería y pruebas)
23B	Fue satisfactoria la solidez y la efectividad de las estrategias y metodologías usadas para desarrollar las acciones del proyecto en la unidad operativa ? (Objetivo 4: Ampliar la cobertura del manejo sintromico de las ITS)
23C	Fue satisfactoria la solidez y la efectividad de las estrategias y metodologías usadas para desarrollar las acciones del proyecto en la unidad operativa ? (Objetivo 5: Mejorar la disponibilidad de condones)
23D	Fue satisfactoria la solidez y la efectividad de las estrategias y metodologías usadas para desarrollar las acciones del proyecto en la unidad operativa? (Objetivo 6. Fortalecer la atención materno-infantil y disminuir la transmisión del VIH de la madre)
23E	Fue satisfactoria la solidez y la efectividad de las estrategias y metodologías usadas para desarrollar las acciones del proyecto en la unidad operativa? (Objetivo 7: Ofertar a las PVVIH, atención integral que incluya la entrega de ARV)
24	Se desarrollaron las capacidades legales institucionales, técnicas y financieras y los mecanismos en la unidad operativa para permitir la implementación efectiva del proyecto?
25A	Ha sido el proyecto exitoso en alcanzar cada uno de los productos programados, tanto en calidad, magnitud, utilidad y oportunidad (puntualidad)? Objetivo 3: conserjería y prueba voluntaria.
25B	Ha sido el proyecto exitoso en alcanzar cada uno de los productos programados, tanto en calidad, magnitud, utilidad y oportunidad (puntualidad)? Objetivo 4: Manejo sintromico
25C	Ha sido el proyecto exitoso en alcanzar cada uno de los productos programados, tanto en calidad, magnitud, utilidad y oportunidad (puntualidad)? Objetivo 5: condones
25D	Ha sido el proyecto exitoso en alcanzar cada uno de los productos programados, tanto en calidad, magnitud, utilidad y oportunidad (puntualidad)? Objetivo 6: Transmisión vertical
25E	Ha sido el proyecto exitoso en alcanzar cada uno de los productos programados, tanto en calidad, magnitud, utilidad y oportunidad (puntualidad)? Objetivo 7: Atención Integral.

Comentarios Adicionales

E- Desempeño del Sistema de Monitoreo y Evaluación

E.1. Diseño del sistema de monitoreo y evaluación	
26	Existió algún mecanismo con el que la unidad operativa realizo el monitoreo o seguimiento de los productos y resultados del proyecto? Hubo y hay sala de situación.
27	Tuvo el proyecto un documento específico o se capacito sobre cómo manejar sistema de monitoreo hacer y usar la sala de situación.
Comentarios Adicionales	
E.2. Plan de implementación de Monitoreo y Evaluación	
28	Se implementó la Sala de Situación u otro mecanismo de monitoreo y este facilitó el seguimiento de resultados y el progreso de los objetivos del proyecto a lo largo de la implementación del proyecto? Especificar que información se presento y con que frecuencia
29	Es la sala de situación o el mecanismo de monitoreo utilizado completa, precisa y con tasas alcanzadas y con datos actualizados?
30	Se uso, durante la ejecución del proyecto, la información provista por la Sala de Situación o el sistema de información para mejorar el desempeño de la unidad operativa?
E.3. Presupuesto y financiamiento para M&E	
31	Se contó con recursos para mantener la Sala de Situación o el sistema de monitoreo durante la implementación del proyecto?
E.4. Monitoreo a largo plazo	
32	Se mantendrá la Sala de Situación o el monitoreo y evaluación de los resultados del proyecto a largo plazo?
Comentarios Adicionales	
F- Evaluación de procesos o eventos que afectan el alcance de los resultados del proyecto	
F.1. Preparación y disposición	
33	Fueron los objetivos y componentes del proyecto explicados a la unidad operativa en forma clara y fueron practicable y factibles en función del tiempo establecido?
34	Se incorporaron en el diseño lecciones de otros proyectos relevantes?
F.2. Empoderamiento / Conduccion (Driveness)	

35	Se diseño el proyecto en concordancia con prioridades de la unidad operativa?
36	Los resultados del proyecto han contribuido a las prioridades y planes de la unidad operativa?
37	Se involucraron en el proyecto personas representativas de la unidad?
38	Contribuyó la comunidad de manera constante con trabajo, materiales u otros insumos?
39	Se aprobaron políticas o marcos regulatorios de la unidad operativa para conseguir los objetivos del proyecto?
40	Cuál fue el nivel de empoderamiento y compromiso de las autoridades locales (alcaldes, tenientes políticos) en el proyecto?
F.3. Involucramiento de actores	
41	Ha involucrado el proyecto a otros actores a través de compartir información, consultas y promoviendo su participación en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación?
42	Ha implementado el proyecto campañas adecuadas para extensión y concienciación sobre el VIH?
43	Se ha consultado y utilizado las habilidades y conocimientos de los líderes y miembros de la comunidad en el diseño, implementación y evaluación de las actividades del proyecto?
44	Se involucró adecuadamente a los grupos vulnerables (mas afectados por VIH), a los actores de mayor poder y a los oponentes del proceso? (SI la respuesta es parcial o no, especifique en notas del investigador si hubo personas que se opusieron al proyecto)
Conclusión	
45	El impacto y resultados alcanzados se hubieran podido conseguir sin el proyecto
46	Cual es el reto mas importante para mantener los resultados e impacto?
Describe las lecciones aprendidas mas importantes de su experiencia en el proyecto (no menos de tres)	

ANEXO 4: ESCALA DE CALIFICACIÓN

A1	A2	B1	B2	C1
Supera las expectativas	Conforme a las expectativas	Adecuado	Inadecuado, pero el potencial quedó demostrado	Inadecuado. El potencial no quedó demostrado
Supera las metas (>100%)	Cumple o casi llega a cumplir las metas (80% - 100%)	Se hicieron mejoras importantes (50% - 80%)	Se hicieron algunas mejoras (30% - 50%)	Se hicieron mejoras marginales o no se registraron mejoras (<30%)