

## On-going Progress Update and Disbursement Request

### ***Instructions to the Principal Recipient for completing the On-going Progress Update and Disbursement Request***

#### Progress Update

The *Progress Update* part of this form requires the Principal Recipient (PR) to provide:

- Past expenditure and programmatic performance information for the reporting period just ended
- An update on the progress made towards satisfaction of the conditions precedent (if any) set forth in Annex A to the Grant Agreement applicable to the period covered by the *Progress Update*
- A detailed Statement of Sources and Uses of Funds (Cash Flow Statement) for the reporting period just ended

For the Statement of Sources and Uses of Funds, the PR may use its own usual format and expenditure line items as derived from its budgeting and accounting records. The Global Fund does not prescribe specific expenditure line items, but prefers that the PR's reporting format is activity-based, in conformity with the proposal's objectives and service delivery areas. The PR is expected to clearly show actual expenditures as compared to budget for both its own expenditures as well as for disbursements to sub-recipients. The Statement of Sources and Uses of Funds should support the information disclosed in this form in Section 1.C (Program Expenditures) and Section 2.A (Cash Reconciliation for Period Covered by Progress Update).

#### Disbursement Request

The *Disbursement Request* part of this form requires the PR to state the cash requirement for meeting on-going program expenditures. The disbursement requested from the Global Fund normally covers the PR's cash requirements for one reporting period, plus one additional quarter as a cash buffer, to ensure the PR has adequate cash on hand for program expenses at all times. The period covered by the *Disbursement Request* is the period that immediately follows the Reporting Period covered by the *Progress Update* (as explained above).

**Upon completion, this form should be submitted (with supporting documentation) to the Local Fund Agent and copied to the Global Fund.**

## On-going Progress Update and Disbursement Request

### GENERAL GRANT INFORMATION

Country:	PERU
Disease:	Tuberculosis
Grant Number:	PER-506-GO4-T
Principal Recipient:	CARE Peru
Program Start Date:	1st. September 2006
Currency:	USD

### PROGRESS UPDATE PERIOD

Progress Update - Reporting Period:	Cycle:	Annual	Number:	2
Progress Update - Period Covered:	Beginning Date:	1-Sep-2007	End Date:	30-Sep-2008
Progress Update - Number:	2			

### DISBURSEMENT REQUEST PERIOD

Disbursement Request - Disbursement Period:	Cycle:	Select	Number:	Select
Disbursement Request - Period Covered:	Beginning Date:		End Date:	
Disbursement Request - Number:	N/A			

TERMS AND ACRONYMS USED IN THIS PROGRESS UPDATE AND DISBURSEMENT REQUEST HAVE THE MEANING GIVEN TO THEM IN THE GRANT AGREEMENT RELATING TO THE ABOVE GRANT

## Section 1: Programmatic and Financial Progress Update

### A. PROGRAM PROGRESS

i. Program Objectives	
Objective No.	Objective Description
1	Strengthen the promotion of supportive environments and the defense of people with tuberculosis in high-priority regions
2	Prevent the risk of tuberculosis infection in hospitals
3	Strengthen the care and treatment of persons with MDR-TB with the participation of health services, the community and organizations of people with tuberculosis
4	Strengthen efforts for support and social rehabilitation of people with tuberculosis
Select	
Select	
Select	
Select	
Select	
Select	
Select	
Select	

ii. Impact / Outcome Indicators						
Impact / Outcome	Indicator Description	Baseline (if applicable)		Intended Yearly Targets	Actual Yearly Results	Reasons for deviation and any other comments
		Value	Year			
Impact	Incidence rate of smear positive TB cases in Peruvian population	66.39/100,000	2004	64/100,000	64.5/100,000	Fuente: Informe Operacional 2007, Estrategia Sanitaria Nacional PCT, MINSA.  El Informe Operacional de la ESN-PCT para el año 2006 reveló una incidencia anual de casos de TB frotis positivo de 67.91 x 100,000 habitantes, mostrando un ligero incremento respecto al año 2005. Esto era previsible como resultado del incremento de actividades de búsqueda, detección y diagnóstico de pacientes con TB.  Sin embargo, a partir del año 2007 se esperaba una disminución de la tasa de incidencia, lo que se ha visto corroborado en la información oficial emitida por la ESN PCT, la cual expresa una tasa de 64.5 casos de TB frotis positivo x 100,000 habitantes.  En el año 2007, el número de casos nuevos de TB pulmonar BK (+) fue 17,796.
Outcome	MDR-TB cure rate	46.9%	2003	85%	91.2%	Fuente: Situación de la Tuberculosis en el Perú, Informe de Gestión, 2008, Estrategia Sanitaria Nacional PCT.- MINSA  Según el documento señalado como fuente, un 91.2% de pacientes que forman parte de la cohorte de tratamiento del año 2005 experimentaron conversión bacteriológica del esputo al 6to mes de tratamiento.  Debido a que el tratamiento completo para TB-MDR tiene una duración promedio de dos años, la conversión bacteriológica del esputo al 6to mes de tratamiento (cultivo BK+ a cultivo BK-) es considerada por los especialistas como indicador "proxy" de curación de TB-MDR.
Outcome	Percentage of patients with MDR-TB who abandon treatment	15%	2005	15%	18.0%	Fuente: Situación de la Tuberculosis en el Perú, Informe de Gestión, 2008, Estrategia Sanitaria Nacional PCT.- MINSA  Según el documento señalado como fuente, un 18% de pacientes que forman parte de la cohorte de tratamiento del año 2005 abandonaron el tratamiento.  La Unidad Técnica de TB-MDR utiliza la definición de abandono de tratamiento como aquel paciente que no asiste al establecimiento de salud a recibir su tratamiento por 30 días consecutivos durante el primer año del mismo.

Outcome	Number and percentage of health care workers in high-risk transmission areas for TB (AERTs) who have an accepting attitude towards patients with tuberculosis	50.8%	2007	56.6%	50.8%	<p>Habiendo culminado en el Q8 la primera fase del Programa V Ronda, y no contando aún con la segunda medición de indicadores, se reporta para este indicador el mismo resultado obtenido en el estudio de línea de base del año 2007.</p> <p>Sin embargo, el Sub Receptor del Objetivo 1 ha realizado algunas investigaciones operativas de carácter cuali-cuantitativo que nos permiten contar con una aproximación a las actitudes de la población general hacia las personas afectadas por TB (PAT). Indicamos aquí algunos resultados obtenidos en el estudio "Investigación operativa para determinar el cambio de comportamiento en el personal de salud respecto a las personas afectadas por Tuberculosis en el H. Sergio Bernales - Lima" 2008.</p> <p>Esta investigación tuvo como objetivo específico medir el cambio de comportamiento del personal de salud luego de una intervención (ie. capacitación sobre estigma y discriminación). Se realizaron observaciones pre y post intervención del proceso de atención de las PAT. Algunos de los resultados fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de 2.2% a 1.1% de observaciones en los que el personal de salud (PS) usó comunicación no verbal de temor hacia el contagio.</li> <li>- Disminución de 1.1% a 0% de observaciones en los que el PS usó comunicación no verbal de rechazo hacia la PAT.</li> <li>- Incremento de 86.5% a 96.8% de PAT que sintió que el PS lo trató con respeto.</li> <li>- Disminución de 6.7% a 4.3% de PAT que se sintió discriminado de alguna forma durante su atención.</li> </ul>
Outcome	Number and percentage of the population in the intervention areas who have an accepting attitude towards patients with tuberculosis	50.5%	2007	56.6%	50.5%	<p>Habiendo culminado en el Q8 la primera fase del Programa V Ronda, y no contando aún con la segunda medición de indicadores, se reporta para este indicador el mismo resultado obtenido en el estudio de línea de base del año 2007.</p> <p>Sin embargo, el Sub Receptor del Objetivo 1 ha realizado algunas investigaciones operativas de carácter cuali-cuantitativo que nos permiten contar con una aproximación a las actitudes de la población general hacia las personas afectadas por TB (PAT). Indicamos aquí algunos resultados obtenidos en el estudio "Conocimientos, actitudes y disponibilidad de información acerca de la tuberculosis en estudiantes de instituciones de educación superior" 2008.</p> <p>En este estudio, uno de los temas tratados se refiere a la percepción de peligrosidad de la enfermedad, que podría condicionar una actitud estigmatizante hacia las PATs. El 24.3% de los participantes refirió su percepción de peligrosidad como alta o muy alta. Por otro lado, el 9.8% de los participantes refirió evitar la cercanía de PATs como medida de protección frente a la enfermedad. Cabe mencionar que, respecto a este último tema, resalta la percepción de mantener hábitos alimenticios saludables como la principal medida de protección frente a la enfermedad (65.7%) .</p>

## On-going Progress Update and Disbursement Request

### PROGRESS UPDATE PERIOD

Grant number:	PER-506-GO4-T			
Progress Update - Reporting Period:	Cycle:	Annual	Number:	2
Progress Update - Period Covered:	Beginning Date:	1-Sep-2007	End Date:	30-Sep-2008
Progress Update - Number:	2			

### iii. Service Delivery Areas, Indicators, and Targets

Objective No.	Service Delivery Area	Indicator Description	Directly Tied?	Level	Baseline (if applicable)		Intended Targets to date	Actual Results to date	Reasons for programmatic deviation and any other comments
					Value	Year			
1	Supportive environment: Strengthening of civil society and institutional capacity building	Number of tuberculosis patients participating in organizations of patients of TB (OATs)	Y	3	240	2005	260	372	Fuente: Informes Trimestrales VII y VIII, Objetivo TB1 - V Ronda Según los informes trimestrales del Sub Receptor, a septiembre de 2008 hay 372 personas afectadas de TB o TB-MDR participando en las 34 OATs creadas desde el inicio de la intervención.
1	Supportive environment: Strengthening of civil society and institutional capacity building	Number of OATs established and active in prioritized districts	Y	2	16	2005	26	34	Fuente: Informes Trimestrales VII y VIII, Objetivo TB1 - V Ronda Según los informes trimestrales del Sub Receptor, a septiembre de 2008 hay 34 OATs formadas en las regiones priorizadas por la intervención. Durante el último semestre (abril - septiembre 2008) se formaron 11 OATs (nueve de primer nivel y dos de segundo nivel) distribuidas de la siguiente manera: Ancash (03), Arequipa (03) y Puno (05).
1	Supportive environment: Stigma reduction in all settings	Number of health care personnel trained in behavior change and stigma and discrimination	Y	1	0	2005	900	1045	Fuente: Informes Trimestrales VII y VIII, Objetivo TB1 - V Ronda Durante el período en reporte, el Sub Receptor realizó cinco (05) talleres de capacitación para personal de salud en cambio de comportamiento, estigma y discriminación hacia personas afectadas por TB en las ciudades de Lima (01), Pisco (01), Junín (01), Puno (01) y Arequipa (01), para un total de 213 participantes. La ejecución acumulada desde el inicio de la intervención es de 1,045 personal de salud capacitado en las regiones priorizadas.
2	TB: Timely detection and quality treatment of cases	Number of health care personnel trained in the control of infections	N	1	0	2005	850	2315	Fuente: Informes Trimestrales VII y VIII, Objetivo TB2 - V Ronda Durante los trimestres VII y VIII, los equipos de facilitadores formados por el Sub Receptor capacitaron en bioseguridad y control de infecciones en tuberculosis a un total de 587 personal de salud en seis hospitales de Lima y Callao (H. Dos de Mayo, H. Cayetano Heredia, H. Sergio Bernales, H. Daniel A. Carrión, y H. San José) y tres hospitales de regiones (H. Antonio Lorena de Cusco, H. Santa Rosa de Piura y H. La Caleta de Chimbote), culminando así las capacitaciones en los 19 hospitales seleccionados para la intervención (ocho en Lima, dos en el Callao y nueve en regiones). Estas capacitaciones se han realizado utilizando una novedosa metodología para la educación de adultos denominada Instrucción Suplementaria Basada en Video (VSI por sus siglas en inglés), traída por primera vez al país por el Sub Receptor. La ejecución acumulada desde el inicio de la intervención es de 2,315 personal de salud capacitado.
2	TB: Timely detection and quality treatment of cases	Number of hospitals with areas constructed and equipped for the care of tuberculosis patients to allow for the better control of infections	Y	2	0	2005	18	In progress	Fuente: Área de Infraestructura y Equipamiento; Receptor Principal Esta meta ha sido transferida a la segunda fase del Programa. Sin embargo, a partir del 14 de septiembre, el Receptor Principal viene ejecutando un Plan de Contingencia para cumplir con la siguiente condición precedente para la renovación de la subvención en segunda fase: el Sistema Nacional de Inversión Pública del Ministerio de Economía y Finanzas debe aprobar y dar viabilidad todos los perfiles de pre-inversión para los Centros de Excelencia para el Tratamiento de la TB y la TB-MDR. Asimismo, se debe comprometer la co-financiación del sector del gobierno (MINSA y Gobiernos Regionales) necesaria para completar las inversiones. Al cierre de este informe, 09 hospitales cuentan con perfiles de inversión aprobados (H. Santa Rosa de Piura, H. Las Mercedes de Chiclayo, H. Regional Docente de Trujillo, H. La Caleta de Chimbote, H. San José del Callao, H. Segio Bernales de Collique, H. Hipólito Unzué de El Agustino, H. Cayetano Heredia de San Martín de Porres y H. Regional de Ica). Con relación al financiamiento de los siete hospitales de Lima y dos del Callao, en lo que va de la implementación del Plan de Contingencia se ha logrado que el MINSA remita al MEF un oficio de solicitud de ampliación presupuestal para el 2009 que incluye todos los perfiles viables y en proceso de viabilidad, el cual hasta el momento tiene opinión favorable. Sólo se está a la espera de la respuesta de la Comisión de Presupuesto del Congreso de la República. En cuanto a los convenios específicos de co-financiación entre CARE Perú y los gobiernos regionales, al cierre de este informe se tiene tres: Región Ica, Región Puno y Región Callao. Se cuenta con cartas de compromiso de las regiones de Piura, Lambayeque y La Libertad. Las gestiones para la firma de convenios están avanzadas en las demás regiones que contarán con un Centro de Excelencia Hospitalario (Ancash, Junín, Arequipa y Cusco).
3	TB/HIV collaborative activities: Prevention of HIV in TB patients	Number and percentage of tuberculosis patients who are receiving HIV counseling and testing	N	3	0	2005	30%	4356 (58%)	Fuente: Estrategia Sanitaria Nacional PCT, MINSA, 2008 Información preliminar correspondiente al primer semestre 2008, indica que de un total de 7,526 pacientes de TB registrados en las DISAS de Lima y Callao, 4,356 recibieron consejería y se hicieron la prueba para detectar VIH. Ello representa una cobertura de 57.9%.
3	TB/HIV collaborative activities: HIV care and support for HIV-positive TB patients	Number and percentage of PLWHA who receive chemoprophylaxis for tuberculosis (INH)	N	3	1241	2003	52%	821 (64%)	Fuente: Estrategia Sanitaria Nacional PCT, MINSA, 2008 Información preliminar correspondiente al primer semestre 2008, indica que de un total de 1,278 nuevos casos de VIH notificados por la ESN PC ITS-VIH/SIDA al mes de junio, 821 han recibido tratamiento profiláctico con isoniazida. Ello representa una cobertura de 64.2%. Como referencia, según el Informe Operacional 2007 de la ESN-PCT, en dicho año de un total de 2,243 nuevos casos de VIH notificados por la ESN PC ITS-VIH/SIDA, 1,519 recibieron tratamiento profiláctico con isoniazida lo cual representó una cobertura de 67.7%.
3	TB: MDR-TB	Number and percentage of patients with MDR-TB with adverse reactions who receive treatment	Y	3	20%	2004	100%	1120 (70%)	Fuente: Unidad Técnica de TB-MDR, Estrategia Sanitaria Nacional PCT, 2008 Según información de la Unidad Técnica de TB-MDR sistematizada con apoyo del Sub Receptor responsable de la ejecución del Objetivo 3, entre septiembre de 2006 y septiembre de 2008, en el ámbito nacional se notificó que 1,588 pacientes en tratamiento para TB-MDR presentaron reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFAs) de los cuales 1,120 recibieron tratamiento. Esto representa una cobertura de 70%. Cabe señalar que la información correspondiente a los meses de agosto y septiembre de 2008 es preliminar.

3	TB: MDR TB	Number an percentage of patients with MDR-TB in tratment who receive social support	Y	3	0	2005	25%	99 (24%)	<p>Fuente: Informes Trimestrales VII y VIII, Objetivo TB3 - V Ronda</p> <p>La definición operacional para este indicador, consensuada con la ESN-PCT, señala que el numerador lo constituyen los pacientes TB-XDR identificados por la Unidad Técnica TB-MDR y reportados al Sub Receptor, mientras que el denominador corresponde al número de pacientes con fracaso al esquema secundario reportados en el Informe Operacional del año 2006, es decir 401.</p> <p>Desde el inicio de la intervención, el Sub Receptor del Objetivo 3 ha brindado apoyo social a 99 afectados de TB-XDR. De ellos, 92 han recibido canasta de alimentos en forma mensual y el mejoramiento de sus viviendas o la entrega de otros bienes destinados a suplir necesidades básicas identificadas en los informes sociales realizados a cada paciente. Cinco (05) afectados sólo han recibido apoyo mediante canasta de alimentos y otros dos (02) afectados recibieron únicamente apoyo en acondicionamiento de sus viviendas.</p>
3	TB: MDR TB	Number of Centers of Excellence established	N	2	0	2005	12	In progress	<p>Fuente: Area de Monitoreo y Evaluación; Receptor Principal</p> <p>En concordancia con la transferencia del indicador 2.1 a la segunda fase del Programa, este indicador también ha sido transferido puesto que su definición incluye un aspecto de infraestructura. La definición operacional de un Centro de Excelencia establecido es:</p> <p>Un Centro de Excelencia será considerado establecido cuando tiene personal entrenado en bioseguridad y administración de programas TB, mejoró o reacondicionó su infraestructura, cuenta con equipamiento necesario y es parte de la red electrónica que conectará todos los centros.</p> <p>Sin embargo, durante la primera fase el Sub Receptor del Objetivo 3 colocó equipos de cómputo en 11 Centros de Excelencia Comunitarios e instaló el software "Sistema de Manejo de Expedientes para Pacientes TB-MDR" en 20 establecimientos de Salud del Sistema de Centros de Excelencia. También capacitó a su personal de salud en bioseguridad y control de infecciones en TB con la metodología VSI, epidemiología y gestión social. En coordinación con la ESN-PCT, también se impartieron sesiones con el "Manual de Capacitación para el Manejo de la TB".</p>
3	TB: MDR TB	Number of cases of TB-MDR who are enrolled to begin DOTs PLUS treatment per year	N	3	860	2003	9682	9,296	<p>Fuente: Unidad Técnica TB-MDR, Estrategia Sanitaria Nacional PCT, MINSA, 2008</p> <p>La Unidad Técnica de TB-MDR, como reporte preliminar al tercer trimestre 2008, ha registrado 1,510 ingresos a tratamiento DOTs PLUS (en sus modalidades estandarizado, individualizado o empírico) de 1,573 aprobaciones.</p> <p>Desde el inicio del reporte de este indicador al Fondo Mundial hasta el 2006, ingresaron a tratamiento 5,823 pacientes de 6,845 aprobados.</p> <p>Durante el 2007, la Unidad Técnica de TB-MDR registró el ingreso de 1,963 pacientes de un total de 1,999 aprobaciones. Por lo tanto, el dato preliminar de ingresos acumulados al tercer trimestre de 2008 es de 9,296 pacientes de 10,417 aprobaciones, lo cual representa una cobertura de 89.2%</p> <p>Es importante señalar que la información respecto al ingreso de pacientes al tratamiento para TB-MDR requiere de cierto tiempo para su procesamiento completo, por lo que la Unidad Técnica de TB-MDR actualiza su sistema de información de manera permanente conforme recibe la información de las DISAs y DIRESAs donde se administra el mencionado tratamiento. Por lo tanto, la información correspondiente al 2008 proporcionada en este informe, sufrirá ajustes frente a los resultados finales que estarán disponibles en el 2009.</p>
3	TB: MDR TB	Number of new community promoters trained in prevention and control of MDR-TB	Y	1	1,852	2005	450	443	<p>Fuente: Informes Trimestrales VII y VIII, Objetivo TB3 - V Ronda</p> <p>A lo largo de la intervención, el Sub Receptor capacitó a 443 nuevas promotoras de salud de las DISAs de Lima y Callao, en temas de TB-MDR y co-morbilidad TB/VIH con énfasis en el rol del promotor de salud en el aseguramiento de la adherencia de los pacientes al tratamiento DOTs Plus y la vigilancia comunitaria en TB. Adicionalmente, el programa de capacitación incorporó aspectos relativos a la propuesta del Sistema de Centros de Excelencia para el Manejo de la TB; trabajada de manera conjunta por representantes de la ESN-PCT, el Receptor Principal, el Sub Receptor, representantes de PATs, entre otros.</p>
4	Care and support: Care and support for the chronically ill	Number of support groups established to promote self-care and adherence to treatment	Y	2	0	2005	50	53	<p>Fuente: Informes Trimestrales VII y VIII, Objetivo TB4 - V Ronda</p> <p>Durante el período en reporte, se ha mantenido la meta de 53 GSPTB (Grupo de Soporte de Pares TB) funcionando en las regiones priorizadas por la intervención. El objetivo de los GSPTB es brindar apoyo emocional, promover el autocuidado y la adherencia al tratamiento en pacientes con TB o TB-MDR.</p> <p>En cada establecimiento de salud, mediante un Acta de Constitución el facilitador del grupo, que es personal de salud previamente formado, asume el compromiso de dar seguimiento a la labor de los consejeros de pares que, a su vez, han sido capacitados para asumir este rol. El Consorcio realiza el monitoreo de esta actividad.</p>
4	Supportive environment: Strengthening of civil society and institutional capacity building	Number and percentage of patients with TB who benefit from work and housing programs	N	3	0	2005	9.4%	396 (15.%)	<p>Fuente: Informes Trimestrales VII y VIII, Objetivo TB4 - V Ronda</p> <p>Desde marzo de 2008, con el consentimiento del RP y la venia del Gerente de Portafolio del Fondo Mundial, el Sub Receptor responsable de la ejecución del Objetivo 4 implementó el apoyo directo a pacientes TB MDR en materia de vivienda.</p> <p>El apoyo directo ha tenido dos modalidades mutuamente excluyentes: (i) dotación de módulo prefabricado y (ii) mejoramiento de vivienda pre-existente con material noble. La selección de los beneficiarios y la elección del tipo de apoyo a otorgarse se realizó sobre la base de diagnósticos de caso y mediante la formación de comités de evaluación locales de carácter multisectorial. Al término de la intervención, 293 personas afectadas por TB-MDR han sido beneficiadas mediante apoyo directo en las regiones priorizadas. Adicionalmente, tres (03) familias con un miembro afectado por TB-MDR, de las que lograron inscribirse en el Programa Techo Propio, han cumplido con los requisitos para ser asignadas a Entidades Técnicas que construirán las viviendas.</p> <p>En cuanto al beneficio a través de programas estatales de empleo, las actividades realizadas por el Sub Receptor han permitido que cuatro (04) familiares de pacientes TB-MDR reciban orientación vocacional, 115 pacientes o sus familiares participen en sesiones informativas del Programa de Capacitación Laboral Juvenil o del Programa Bolsa de Trabajo (de ellos 19 pacientes también fueron beneficiados con apoyo directo para el acondicionamiento de vivienda). Desde el punto de vista programático, en ambas categorías (vivienda y empleo) el número total de beneficiarios asciende a 396 (296+100) de una meta de 400.</p> <p>Siendo el denominador, identificado de manera conjunta por la Unidad Técnica de TB-MDR y el Sub-Receptor, 2,487 casos de TB-MDR en las regiones de intervención del proyecto, se ha logrado una cobertura de 15.9% (396/2487)</p>
4	Supportive environment: Strengthening of civil society and institutional capacity building	Number and percentage of high risk/vulnerable contacts who receive food baskets	N	3	0	2005	30%	746 (58%)	<p>Fuente: Informes Trimestrales VII y VIII, Objetivo TB4 - V Ronda</p> <p>Durante los trimestres VII y VIII, el Sub Receptor culminó la entrega de canastas de alimentos a los 746 contactos altamente vulnerables de pacientes TB-MDR identificados tanto en Lima y Callao como en las demás regiones de intervención, alcanzado el 100% de su meta programática.</p> <p>Habiéndose estimado, mediante un estudio realizado por el Sub Receptor, la existencia de 1,285 contactos altamente vulnerables de pacientes TB-MDR; la entrega de canastas de alimentos a 746 contactos con esas características representa una cobertura de 58% (746/1285).</p>
Select									

## On-going Progress Update and Disbursement Request

### PROGRESS UPDATE PERIOD

Grant number:	PER-506-GO4-T			
Progress Update - Reporting Period:	Cycle:	Annual	Number:	2
Progress Update - Period Covered:	Beginning Date:	1-Sep-2007	End Date:	30-Sep-2008
Progress Update - Number:	2			

#### iv. Overall evaluation of performance

Durante el segundo año de la primera fase del Programa de V Ronda (VR), el Receptor Principal (RP) y los Consorcios Sub Receptores (SR) trabajaron con miras al cumplimiento de las metas establecidas en la Tabla de Indicadores Clave (TIC) y los Planes Operativos. El compromiso de los SR y la continuación de las reuniones mensuales de seguimiento del Plan de Superación de Brechas facilitaron el logro de la mayor parte de las metas. Al término de la fase, se tiene 08 indicadores clave con una calificación de A y 05 con una calificación de B1. Las metas de dos indicadores han sido transferidas a la segunda fase.

- Se continuó con las reuniones mensuales entre los miembros de la UGPFM y los representantes del Agente Local del Fondo(ALF), donde se discuten temas relevantes al desempeño programático y financiero de los tres Programas, tanto en el Componente TB como en VIH.

- Los días 19 de septiembre de 2007, 17 de enero, 17 de abril y 17 de julio de 2008 se realizaron las reuniones trimestrales de retroalimentación del Componente TB correspondientes a los trimestres IV, V, VI y VII de la V Ronda respectivamente. En estas reuniones los representantes de la UGPFM, la ESN-PCT y los Sub-Receptores

repasaron los avances programáticos y financieros. Asimismo, los Sub-Receptores dialogaron y llegaron a acuerdos sobre la formación de sinergias entre Objetivos que enfrentan problemáticas similares y persiguen objetivos en común.

- En septiembre de 2007, una delegación de cinco Parlamentarios Europeos visitó el país para observar el trabajo que se realiza con recursos del Fondo Mundial (FM). Ellos fueron invitados por el FM con el objetivo de informarlos y sensibilizarlos frente a la problemática del VIH y la TB en los países en vías de desarrollo y, de ese modo, instarlos a abogar por la continuación del financiamiento al FM en sus espacios de influencia. Los Parlamentarios cumplieron una nutrida agenda que incluyó una feria de proyectos de ambos Programas (II y V Ronda), reuniones con miembros de CONAMUSA y con representantes de organizaciones de personas afectadas tanto por VIH como por TB, etc. El Gerente de Portafolio para Perú y dos funcionarias de la Oficina de Relaciónamiento con donantes acompañaron a los Parlamentarios durante su visita.

- Durante el periodo en reporte, el Receptor Principal firmó Convenios Marco de Cooperación Inter-Institucional las regiones de Lambayeque, Cusco y Piura. Estos convenios facilitarán el trabajo del Receptor Principal y de los Sub-Receptores mediante el compromiso formal de las autoridades en apoyar las respuestas regionales frente a las epidemias de TB y VIH.

- El 20 de noviembre de 2007 y el 25 de julio de 2008 se realizaron las reuniones semestrales "Ver para Confiar". En estas reuniones el RP da cuenta a la sociedad en general y a los actores sociales involucrados en la implementación de los Programas del FM en particular, sobre la ejecución de sus principales responsabilidades: 1) administrar los recursos financieros puestos a disposición del país; 2) diseñar y conducir un sistema de monitoreo y evaluación programático y financiero; 3) seleccionar, con participación de la CONAMUSA, a los Sub Receptores a través de licitaciones públicas; y 4) adquirir los principales bienes y servicios para los Programas.

- En diciembre de 2007 se produjo el cambio del Ministro de Salud, cediendo el cargo el Dr. Carlos Vallejos. El nuevo Ministro, Dr. Eco. Hernán Garrido-Lecca, venía desempeñándose como Ministro de Vivienda, Construcción y Saneamiento desde el inicio de la actual administración del gobierno. En la primera reunión de la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA el Ministro Garrido-Lecca mostró gran interés por favorecer el trabajo multisectorial y el rol de la cooperación internacional en salud. En octubre de 2007, juramentó el Dr. Óscar Ugarte Ubilluz, en reemplazo de Ministro saliente, Eco.Hernán Garrido Lecca. Ambos Ministros han jugado un rol muy importante en la implementación del Plan de Contingencia para la obtención de viabilidad y co-financiamiento para los Centros de Excelencia Hospitalarios.

- El 3 de diciembre de 2007, se realizó la reunión con el Gerente de Portafolio, quien estuvo de visita en el país para asistir a una reunión convocada por OPS, pero se aprovechó la oportunidad para poder revisar los avances del programa en II Ronda y ver las proyecciones al quinto año. El Sr. Gómez visitó el Perú nuevamente en el mes de abril. Durante la reunión de trabajo que se sostuvo con él se presentó los avances programáticos del Programa de VI Ronda, así como de II y V Rondas. Otros temas tratados fueron: la insuficiente ejecución financiera de algunos Sub-Receptores de V Ronda frente a altas ejecuciones programáticas, la necesidad de solicitar a los Sub-Receptores sus proyecciones financieras hasta el final de la primera fase, el avance de en la implementación del Sistema de Centros de Excelencia, etc.

- En diciembre de 2007, el ALF realizó una evaluación integral de las capacidades institucionales del RP para el óptimo manejo de cinco subvenciones del FM. Los resultados y recomendaciones fueron presentados a la Dirección Nacional, la Coordinación Nacional de Programas y los Responsables de Área de la UGPFM y el informe escrito fue remitido al Gerente de Portafolio. En línea con sus recomendaciones y para fortalecer las capacidades institucionales del RP, se contrató a la empresa consultora IT Group la cual presentó un informe de análisis y mejoramiento de procesos de monitoreo financiero-programático. Como resultado de ello, la UGPFM inició el proceso de implementación de las recomendaciones elaboradas por los consultores, las cuales fueron aprobadas por el Sr. Matías Gómez en la carta de retroalimentación correspondiente al informe del segundo trimestre del Programa de VI Ronda.

- El día 24 de marzo, se conmemoró en el Perú el Día Mundial de Lucha Contra la TB. Con ese motivo, representantes de diversos sectores del Estado y la sociedad civil, incluyendo a CARE Perú, fueron invitados al foro "Situación Actual de la Tuberculosis y su Control en el Marco de las Alianzas Estratégicas" organizado por el Congreso de la República. El evento contó con la participación de importantes autoridades sectoriales y representantes de la sociedad civil, incluidas las organizaciones de personas afectadas por TB.

- Materializando un compromiso asumido con el Comité "Perú Alto a al TB", a inicios de 2008, la Dirección Nacional de CARE Perú aprobó el financiamiento de la formulación del Plan Estratégico Multisectorial de TB (PEM-TB) para lo cual se convocó a un conjunto de personas representantes de la ESN-PCT, de la CONAMUSA, de organizaciones de la sociedad civil y de las personas afectadas por TB, quienes constituyeron el Comité Impulsor del PEM-TB. Este Comité seleccionó al equipo de consultores y aprobó la decisión de elaborar, en forma paralela al PEM-TB, la propuesta técnica-económica para la postulación la VIII Ronda de subvenciones del Fondo Mundial. Durante el periodo en reporte, se logró el objetivo de obtener para el país una nueva subvención y se dejó expedita la versión preliminar del PEM-TB, la misma que deberá ser sometida a aprobación de la Asamblea General de CONAMUSA próximamente.

- Los días 18, 19 y 20 de abril, la ESN-PCT llevó a cabo su reunión anual de evaluación, a la cual asistieron representantes de todas las regiones para discutir sobre los aspectos más relevantes y tomar acuerdos acerca de la lucha contra la epidemia (sistemas de información, laboratorios, medicamentos, etc). Tres representantes del Área de MyE del RP asistieron a dicho evento. Durante el semestre, reuniones similares de carácter macrorregional han seguido a la reunión nacional.

- A solicitud del FM, en mayo se realizó una evaluación de los SR del Programa de VR. Esta evaluación tuvo una naturaleza participativa según la cual evaluadores y evaluados definieron de manera conjunta todo el proceso, con énfasis en la definición de los mejores indicadores para medir el desempeño en las áreas de: 1) organización y planeamiento, 2) eficacia de la gestión, 3) sistema de monitoreo y evaluación, y 4) eficiencia de la gestión. Como resultado de la evaluación se solicitó a cada SR elaborar un Plan de Optimización de Desempeño enfocado en las áreas más débiles de su gestión a ser aplicado en los tres meses siguientes. El proceso concluyó con un informe que, en el caso del Componente TB, recomendó continuar trabajando con los SR de los Objetivos 1, 2 y 4 en una eventual segunda fase del Programa. En el caso del líder del SR del Objetivo 3 se sugirió su discontinuación por haberse constatado la persistencia de sus debilidades institucionales, especialmente en el funcionamiento de su sistema de monitoreo y evaluación. Un estudio especial de carácter administrativo-contable referendó las debilidades institucionales del mencionado líder de Consorcio. Por ello, mediante adjudicación directa el Receptor Principal propuso a la CONAMUSA a la ONG Socios En Salud como líder del Consorcio SR para el Objetivo 3; manteniéndose la participación de la UNMSM y la Organización de Afectados ACIT Rimac.

- Durante la primera quincena de junio de 2008, se elaboró la propuesta programático-financiera para la segunda fase de la VR, aprobada por la CONAMUSA y enviada al FM el 15 de ese mes. Asimismo, la Secretaría Ejecutiva ratificó a CARE Perú como RP para la posible segunda fase del Programa. A mediados de septiembre, el FM solicitó al RP revisar íntegramente los presupuestos y planes operativos propuestos para la segunda fase. En un trabajo conjunto entre el RP y los SR, se completaron los nuevos formatos detallados solicitados por el FM que le fueron enviados el 30 de septiembre. Durante ese periodo, el Área de MyE del RP absolvió las dudas respecto a las TIC de la segunda fase para ambos componentes que fueron planteadas por una funcionaria del FM. A la fecha, el RP está a la espera de la aprobación final de la TIC del Componente TB.

- En conferencia telefónica realizada el 09 de septiembre, el Gerente de Portafolio, Sr. Matías Gómez, informó al RP y miembros de CONAMUSA que la calificación del Componente TB para la primera fase del Programa de VR ha sido establecida de forma condicionada en B1, estando sujeta su ratificación a la declaración de viabilidad y obtención de co-financiación para los perfiles de pre-inversión de los 18 Centros de Excelencia Hospitalarios convenidos en la TIC. Estas declaraciones de viabilidad deberán ser obtenidas a más tardar el 31 de diciembre de 2008, de lo contrario, el financiamiento del Componente TB en la segunda fase sería suspendido. Entre tanto, se dio luz verde a la ejecución del noveno trimestre (octubre a diciembre 2008) del Programa.

- La alerta emitida por el FM generó una rápida respuesta de CONAMUSA y el RP, que se expresa en un Plan de Contingencia que comprende acciones de abogacía al más alto nivel político y operativo tanto en el gobierno central como en los gobiernos regionales donde se encuentran ubicados 09 de los 18 Centros de Excelencia Hospitalarios. A la fecha, se tiene 09 perfiles de pre-inversión con declaración de viabilidad y convenios firmados con las regiones de Ica, Puno y Callao.

**v. Planned changes in the program, if any.**

- \* Un cambio importante ocurrido durante el V trimestre del Programa de VR fue la extensión del mismo hasta diciembre 2007, es decir, se pasó de un trimestre a un cuatrimestre (septiembre a diciembre de 2007). Esta modificación en el calendario de reporte respondió a una solicitud de la Secretaría Ejecutiva de CONAMUSA al FM. El sustento de la solicitud fue la virtual paralización de las actividades de los Programas por aproximadamente seis semanas a causa del terremoto del 15 de agosto que causó graves daños materiales y personales en la costa sur del país e implicó la orden de inamovilidad de todo el personal del sistema de salud pública. Ello produjo un retraso en el logro de metas ya planificadas. Adicionalmente, esta modificación del periodo de reporte permitió el alineamiento los periodos de reporte al FM con aquellos de las entidades públicas con las que trabajan los Programas, los cuales se basan en el año calendario (de enero a diciembre).
- \* También durante el V trimestre, muchos SRs debieron realizar modificaciones de sus actividades e incluso postergar algunas de ellas al próximo trimestre a causa de la prolongada huelga de los trabajadores del sector salud. La huelga tuvo un mayor impacto en las actividades programadas en la costa norte del país dado que en dicha región ésta fue acatada por mayor número de trabajadores. Sin embargo, la responsabilidad de los SRs frente a los compromisos asumidos con el FM hizo posible que el retraso sea el menor posible pese a las circunstancias.
- \* En enero de 2008, el Receptor Principal y ADRA Perú firmaron la addenda N°1 al Convenio N° TB2 - V Ronda -Fase 1. Con ello se agregó a la intervención del Objetivo TB 2 el trabajo en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, incorporado a la lista de Centros de Excelencia Hospitalarios; así como la medición de recambio de aire en los centros de salud considerados Centros de Excelencia Comunitarios en el ámbito de Lima y Callao. La addenda contempla los respectivos incrementos presupuestales.
- \* Con relación al acondicionamiento de los Centros de Excelencia Comunitarios de Lima y Callao, el 30 de julio se realizó una reunión con los miembros de la Secretaría Ejecutiva de CONAMUSA, el SR y representantes del RP donde se evaluó el avance de las actividades destinadas al cumplimiento de la meta. Ante el atraso evidenciado en la gestión del SR, en esta reunión se decidió que la actividad debía ser asumida en su integridad por el área de Infraestructura y Equipamiento del RP. En los días siguientes a la reunión, el SR entregó al RP el acervo documentario correspondiente.

**vi. Other program results, success stories, issues or lessons learned**

- \* El SR responsable del Objetivo 1, en su rol de facilitador de procesos de organización y fortalecimiento de OATS, ha reportado que tres de ellas han presentado proyectos para su incorporación a los presupuestos participativos del 2009 en sus localidades. Con el apoyo del PCT del H. La Caleta, la OAT "Comité Central Chimbote" ha presentado a la Municipalidad Provincial del Santa el perfil de un proyecto destinado a capacitar a sus miembros en la producción y comercialización de cuyes, el cual ha sido inscrito en el banco de proyectos del SNIP. La OAT "Luz y Esperanza para un Nuevo Amanecer", con el apoyo de la ONG "Casa de la Salud", ha presentado un proyecto al Gobierno Regional de Ica para la formación de sus miembros como promotores de salud para incrementar la captación y diagnóstico de casos de TB, TB-MDR y TB-XDR en su zona de influencia. Finalmente, la OAT "Generalísimo San Martín" de Arequipa ha presentado a la Municipalidad Distrital de Mariano Melgar un proyecto para la instalación de dos ambientes pre-fabricados para el tratamiento y recuperación de pacientes en la microrred de salud del mismo nombre.
- Durante el semestre, el Objetivo 2 continuó realizando talleres de capacitación en servicio en los hospitales de la intervención, incluyendo tres (H. San José del Callao, H. Dos de Mayo de Lima y H. Antonio Lorena de Cusco) que decidieron aportar recursos propios para la capacitación de un número mayor de personal. Asimismo, se tiene noticia de que el H.Regional de Ica ha mostrado interés en iniciar capacitaciones extramurales al personal del PCT en centros y puestos de salud de su zona de influencia con apoyo financiero del gobierno local.
- En coordinación con la Unidad Técnica de TB-MDR, el Objetivo 3 ha realizado un trabajo pionero de evaluación social integral de casos de TB-XDR, que ha permitido sacar a la luz la compleja problemática de estos pacientes, una población altamente vulnerable que requeriría de una mayor atención por parte del Estado a fin de contener la expansión de esta grave epidemia. Asimismo, mediante la modalidad descentralizada de subvención de exámenes auxiliares complementarios para ingreso y seguimiento del tratamientos DOTS Plus en hospitales y otros establecimientos que cuentan con la capacidad resolutive requerida, se superó la meta de toda la fase facilitando a más pacientes de escasos recursos la adherencia al tratamiento para TB-MDR, llegando a un total de 1615 pacientes.
- El Objetivo TB4 ha brindado, como elemento novedoso de su intervención, una atención cercana a los contactos altamente vulnerables de pacientes TB-MDR (i.e menores de 19 años y mayores de 60, gestantes y personas con alguna condición de inmunosupresión). Al término de la fase, un primer análisis de la información de seguimiento de la atención nutricional a estos contactos sugiere un impacto positivo en su índice de masa corporal; lo que ameritaría realizar otros estudios que refrenden estos hallazgos como una forma de validar la intervención para su posible expansión.
- Para fortalecer las capacidades de los integrantes del Sistema de MyE de los Programas del FM, el Área de MyE de la UGPFM, en el marco de las reuniones mensuales con los Sub-Coordenadores de Monitoreo (SCM) de los SR, desarrolló un programa de capacitación continua para el primer semestre del año en curso que fue socializado en la reunión mensual de febrero. En dicha reunión se formaron grupos para desarrollarlos y se designó como facilitador de cada grupo a un miembro del Área de MyE. El 17 de marzo inició la primera sesión de capacitación que continuaron hasta el 16 de junio.
- En el mes de marzo, el Área de MyE del RP recibió las propuestas de diversas instituciones académicas para el diseño de un curso ad-hoc de monitoreo y evaluación para el personal de la UGPFM, SCM de los SR y personal de las Contrapartes Técnicas de los Programas. Luego de un cuidadoso proceso de evaluación de las propuestas, se seleccionó la presentada por el Centro de Consultoría y Servicios Integrados INNOVAPUCP de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La modalidad presencial del curso, con 32 horas lectivas, se inició en abril y culminó en junio, en las instalaciones de CARE Perú. La modalidad virtual, diseñada para incorporar a los SCM de los SR de VI Ronda que se encuentran fuera de Lima, se inició en el mes de junio y culminó en agosto.
- Las visitas mensuales de monitoreo implementadas por el Área de MyE para absolver de manera conjunta las observaciones y comentarios a los informes periódicos de los SR y realizar una revisión de medios de verificación, se han realizado con éxito desde su implementación en enero de 2008. Como resultado, el personal del Área de MyE percibe que la calidad de los informes que se reciben de los SR ha mejorado de manera notable.
- En julio de 2008, el Área de MyE del RP realizó un evento de socialización de buenas prácticas de monitoreo con miras a fortalecer las capacidades de los Consorcios Sub Receptores y transferir experiencias exitosas de los Programas de la II y V Rondas al Programa de la VI Ronda. Sobre la base del Plan de Monitoreo y Evaluación del RP, se identificaron las áreas temáticas de implementación de buenas prácticas de monitoreo y se elaboró criterios básicos para la identificación de las mismas. Con ello se solicitó a los SRs que seleccionaran dos ejemplos de buenas prácticas que ellos hubiesen implementado, de las cuales el RP seleccionó una a ser presentada por cada SR en el evento que tuvo lugar el 08 de julio. Un jurado calificador conformado por una representante de la ESN-PC-ITS/VIH/Sida, una representante de la ESN-SSR y una de ONUSIDA seleccionó y premió las dos mejores buenas prácticas. Una tercera buena práctica fue seleccionada por los asistentes.
- En el último semestre de la primera fase se implementó el Sistema de Monitoreo y Evaluación Integral de Indicadores - SMEII en 106 Instituciones de Lima y provincias: (i) 95 dependencias del Ministerio de Salud entre Direcciones de Salud, Hospitales, Institutos Especializados y Centros de Salud, (ii) 03 Establecimientos Penitenciarios y, (iii) 03 Hospitales de Fuerzas Armadas y Policiales. En forma adicional a la implementación, la ESN-PCT ha distribuido un CD con tres formatos Excel a cada Dirección de Salud del país, que permiten extender los puntos de digitación a los informes totalizados (i.e. informe operacional, bacteriológico, estudio de cohorte, entre otros) y automatizar su ingreso y validación en el SMEII. El SMEII se encuentra en su fase final luego de haberse realizado 110 instalaciones a nivel de Lima, Callao y regiones y se prevé que para la fecha de cierre del Programa de la Segunda Ronda, hacia fines del mes de diciembre, los contratistas habrán concluido con los productos comprometidos.
- El 10 de junio de 2008, con RS N° 0010-2008-SA, se aprobó el Convenio de Administración de Recursos a suscribirse entre el MINSa y CARE Perú para la adquisición de medicamentos de segunda línea para TB MDR, lo que permitirá al país cumplir con la recomendación del Comité de Luz Verde respecto a los estándares de calidad exigidos por la OMS.
- En agosto de 2008, el sistema de información NETLAB diseñado por el INS, fue premiado por el concurso "Buenas Prácticas en Gestión Pública 2008", organizado por Ciudadanos al Día (CAD) y la Defensoría del Pueblo. Este sistema, que recibió apoyo financiero del FM en su primera fase, permite entre otras cosas el acceso oportuno a los resultados de prueba de sensibilidad en los pacientes con diagnóstico de TB MDR.
- Entre los meses de agosto de 2007 y febrero de 2008, se incorporaron al equipo del RP nueve profesionales. Cuatro de ellos fortalecieron el Área de MyE ocupando las siguientes posiciones: Especialista en Monitoreo (02), Supervisor de Calidad de la Información (01) y Asistente Administrativa (01). El Área Administrativa incorporó un Especialista de Adquisiciones e Inventarios y un Analista Financiero para atender el incremento de demanda en esta Área por el inicio de actividades de la VI Ronda. Asimismo, el Área de Programas incorporó a una Especialista en Adolescentes y Jóvenes cuya labor está enfocada en los proyectos del Componente VIH. Finalmente, en enero se incorporó a la UGPFM una Especialista en Incidencia Política. En el mes de abril, iniciaron sus labores dos integrantes del Comité Asesor Comunitario de la UGPFM, una persona representante de las personas vulnerables al VIH y una persona representante de las personas viviendo con VIH. Ha quedado pendiente la incorporación del representante de las personas afectadas por TB. Entre febrero y julio del presente, la Arquitecta Mónica Maguina apoyó al Área de Infraestructura y Equipamiento del Receptor Principal en calidad de consultora externa para el desarrollo de los Centros de Excelencia Hospitalarios. A partir de agosto, se incorporó a la UGPFM como personal de planta. Entre julio y agosto, el Área de Monitoreo y Evaluación fue fortalecida nuevamente con la incorporación de tres profesionales: Especialista en Monitoreo (02) y Especialista en Evaluación e Investigación (01). Uno de los Especialistas en Monitoreo contratados cubrió la plaza de una profesional saliente. Se considera que con este nuevo refuerzo de personal el Área de Monitoreo y Evaluación está en condiciones óptimas para afrontar la demanda que implica el manejo simultáneo de cinco Programas en tres Rondas de financiamiento.
- El 15 de septiembre se inició en el país una huelga de la Federación Médica del Perú que tuvo una duración de un mes.

**B. PR COMMENTS ON THE FULFILLMENT OF CONDITIONS PRECEDENT AND/OR SPECIAL CONDITIONS UNDER GRANT AGREEMENT**

Conditions Precedent and/or other special conditions	Fulfilled? (Yes/No)	PR Comments
To 1st.Dbsmnt: a statement confirming the bank account into which the Grant funds will be disbursed	Yes	
To 1st.Dbsmnt: (i) the terms of reference for each of the positions in the newly re-structured program management unit (PMU) of the PR (ii) evidence in recruiting persons with the appropriate experience and expertise to fill each vacant position	Yes	
To 2nd.Dbsmnt: the delivery by the PR a plan for the monitoring and evaluation of the progress of the Program, including the activities implemented by SubRecipients (SR)	Yes	El Plan de Monitoreo y Evaluación que integra los programas de Ronda II y Ronda V fue entregado al Fondo Mundial como anexo del informe trimestral correspondiente al Q 1 (remitido en Febrero, 2007).
To 2nd.Dbsmnt: the written approval of the Global Fund of the M&E Plan.	In Progress	El RP está a la espera de la respuesta del Fondo Mundial respecto al Plan de Monitoreo y Evaluación remitido en Febrero de 2007. Un versión actualizada fue enviada con el informe del séptimo y octavo trimestres del Program de V Ronda.
To 3rd Dbsmnt: the PR has provided training to such SR on measures to improve such SR's forecasting of its cash needs in line with Global Fund reporting requirements.	Yes	Luego de una consultoría cuyos resultados se compartieron con el Fondo Mundial, se está trabajando mediante una propuesta el tema de monitoreo financiero.
To 3rd Dbsmnt: the PR has developed a SR management and oversight process within its PMU to improve the financial reporting by Sub-recipients (including, among other things, the development of template documents, closer oversight, increased feedback to Subrecipients).	Yes	El 14 de noviembre se realizó un taller con Sub Receptores para su entrenamiento en procedimientos administrativos y financieros. Se hizo entrega de un Manual de Procedimientos Administrativos (Anexo 8 Informe Q1)
To Dbsmnt for Procurement of Health Products: the delivery by the PR the GF, by no later than June 15th 2006, of a plan (the "Stock Management Plan"), to improve the procurement and supply management system for the Program (and the program funded by the Round 2 Global Fund grant (no. 202-G01-H))	Yes	El Fondo Mundial con fecha 27 de febrero envió la comunicación de aprobación del Plan de Gestión de Stocks y el Plan de Compras de Medicamentos
To Dbsmnt for Procurement of Health Products: by no later than 30 June 2006, the delivery by the PR to the GF of a plan for the procurement, use and supply management of the Health Products for the Program (and the program funded by the Round 2 Global Fund grant (no. 202-G01-H))	Yes	El Fondo Mundial con fecha 27 de febrero envió la comunicación de aprobación del Plan de Gestión de Stocks y el Plan de Compras de Medicamentos
To Dbsmnt for Procurement of Health Products: the written approval by the Global Fund of the PSM Plan (including the Stock Management Plan)	Yes	El Fondo Mundial con fecha 27 de febrero envió la comunicación de aprobación del Plan de Gestión de Stocks y el Plan de Compras de Medicamentos
To Dbsmnt for Procurement of Health Products: by no later than 30 October 2006, evidence that forecasting and stock management of health products for the Program and the program funded by the Round 2 Global Fund grant (no. 202-G01-H) has substantially improved.	In Progress	Se adjuntó en el Anexo 6 del informe trimestral correspondiente al Q8 el avance del Plan de Gestión de Stocks a la fecha de cierre de dicho informe.

## On-going Progress Update and Disbursement Request

### PROGRESS UPDATE PERIOD

Grant number:	PER-506-GO4-T		
Progress Update - Reporting Period:	Cycle:	Annual	Number: 2
Progress Update - Period Covered:	Beginning Date:	1-Sep-2007	End Date: 30-Sep-2008
Progress Update - Number:	2		

### C. PROGRAM EXPENDITURES

All amounts are in: USD	Budget for Reporting Period	Actual for Reporting Period	Variance	Reason for Variance	Cumulative Budget through period of Progress Update	Actual through period of Progress Update	Variance	Reason for Variance
<b>1. Total actual expenditures vs. budget</b>	<b>11,343,941.94</b>	<b>9,462,244.82</b>	<b>1,881,697.12</b>		<b>13,603,065.94</b>	<b>10,603,183.30</b>	<b>2,999,882.64</b>	
1a. PR's total expenditures	8,449,091.44	5,660,095.46	2,788,995.98	No se culminaron todas las actividades relacionadas con los Centros de Excelencia. Esto trajo consigo tambien un menor cargo ene el rubro de overhead	9,247,922.44	6,162,942.31	3,084,980.13	No se culminaron todas las actividades relacionadas con los Centros de Excelencia lo cual se propuso que pase la Fase II, tal igual como con las líneas de base del segundo año. Se realizaron compra de medicamentos presupuestados en periodos anteriores.
1b. Disbursements to sub-recipients	2,894,850.50	3,802,149.36	(907,298.86)	Los SR realizaron actividades pendientes del año 1.	4,355,143.50	4,440,240.99	(85,097.49)	Se firmó una addenda con el SR ADRA para la ampliación de actividades inicialmente no propuestas
<b>2. Health product expenditures vs. budget</b> <i>(already included in "Total actual" figures above)</i>	<b>4,054,676.00</b>	<b>4,394,607.86</b>	<b>(339,931.86)</b>		<b>4,075,518.00</b>	<b>4,394,607.86</b>	<b>(319,089.86)</b>	
2a. Pharmaceuticals	4,054,676.00	4,075,516.63	(20,840.63)	Se realizó una pequeña compra pendiente del año 1.	4,075,518.00	4,075,516.63	1.37	
2b. Health products, commodities and equipment	0.00	319,091.23	(319,091.23)	Dentro del rubro de infraestructura se contempla la compra de equipos , al estar dentro del rubro de infraestructura no se tiene con precisión el monto para equipos.	0.00	319,091.23	(319,091.23)	Dentro del rubro de infraestructura se contempla la compra de equipos , al estar dentro del rubro de infraestructura no se tiene con precisión el monto para equipos.

Program expenditures were used for the procurement of health products:

Yes

If yes, information about procurements have been included in the Global Fund's Price Reporting Mechanism:

Yes

# On-going Progress Update and Disbursement Request

## DISBURSEMENT REQUEST PERIOD

Grant number:	PER-506-GO4-T		
Disbursement Request - Disbursement Period:	Cycle:		Number:
Disbursement Request - Period Covered:	Beginning Date:		End Date:
Disbursement Request - Number:	N/A		

## Section 2: Cash Reconciliation and Disbursement Request

### A: CASH RECONCILIATION FOR PERIOD COVERED BY PROGRESS UPDATE

1. Cash Balance: Beginning of period covered by Progress Update (line 6 from Cash Reconciliation section of the period covered by the previous Progress Update):		603,205.90
Add:		
2. Cash disbursed to the PR by the Global Fund during the period covered by this progress update: <sup>(1)</sup>	11,079,071.20	
3. Interest received on bank account and other income received:	99,686.80	<b>11,178,758.00</b>
Less:		
4. Total program expenditures during period covered by Progress Update (value entered in Section 1C. "Total actual expenditures"):	9,462,244.82	
5. Other expenditures incurred (bank fees, other transaction costs, net exchange rate gains/losses):		<b>9,462,244.82</b>
6. Cash Balance: End of period covered by Progress Update:		<b>2,319,719.08</b>

### B: DISBURSEMENT REQUEST

Total forecasted net cash expenditures by the Principal Recipient for the period immediately following the period covered by the Progress Update <sup>(2, 3)</sup>:

7. Period beginning date:	<input type="text"/>	end date:	<input type="text"/>	amount as originally budgeted:	0.00	forecasted amount:	0.00
8. Additional quarter (cash "buffer") beginning date <sup>(4)</sup> :	<input type="text"/>	end date:	<input type="text"/>	amount as originally budgeted:	0.00	forecasted amount:	0.00
							<b>0.00</b>

Please explain any variance between the forecasted amounts and the amounts as originally budgeted	No aplica para este informe esta información
---	--

Less:		2,319,719.08
Cash Balance: End of period covered by Progress Update (number 6 above):		
9. Cash received from the Global Fund after the period covered by Progress Update or cash "in transit" <sup>(5)</sup> (if any):	0.00	<b>2,319,719.08</b>
10. PR's Disbursement Request from the Global Fund for the period immediately following the period covered by the Progress Update, plus additional period (cash buffer):		<b>0.00</b>

11. Does the PR's Disbursement Request include funds for health product procurement?

12. Exchange Rate (used to translate local currency into USD): 2.9310

#### Footnotes:

- 1 - Gross amount disbursed by the Global Fund (i.e., any associated bank fees or transaction costs should not be deducted in this line, but included in line 5. "Other expenditures incurred")
- 2 - Expenditures listed must be covered by current budget forecasts
- 3 - Total forecasted net cash expenditures should include any commitments made in the period covered by the Progress Update that are forecasted to be spent during the period covered by the Disbursement Request
- 4 - Additional period (cash "buffer"): disbursement of funds for Q9 is contingent upon the signing of Phase 2 or as otherwise stipulated per implementation letter
- 5 - "Cash in transit" includes amounts disbursed but not yet received by the PR and disbursement requests not yet approved by the Global Fund.

## On-going Progress Update and Disbursement Request

### GENERAL GRANT INFORMATION

Country:	PERU
Disease:	Tuberculosis
Grant number:	PER-506-GO4-T
Principal Recipient:	CARE Peru
Program Start Date:	1st. September 2006
Currency:	USD

### PROGRESS UPDATE PERIOD

Progress Update - Reporting Period:	Cycle:	Annual	Number:	2
Progress Update - Period Covered:	Beginning Date:	1-Sep-2007	End Date:	30-Sep-2008
Progress Update - Number:	2			

### DISBURSEMENT REQUEST PERIOD

Progress Update - Reporting Period:	Cycle:		Number:	
Progress Update - Period Covered:	Beginning Date:		End Date:	
Progress Update - Number:	N/A			

## Section 3: Cash Request and Authorization

### A: CASH REQUEST

On behalf of the PR, the undersigned hereby requests the Global Fund to disburse funds under the above-referenced Grant Agreement as follows:

1. Cash amount requested from the Global Fund (from Section 2.B line 10, in: USD):

**0.00**

2. Amount requested in words (in: USD):

**NO APLICA**

### B: AUTHORIZATION

The undersigned acknowledges that: (i) all the information (programmatic, financial, or otherwise) provided in this Progress Update and Disbursement Request is complete and accurate; (ii) funds disbursed in accordance with this request shall be deposited in the bank account specified in block 9 of the face sheet of the Grant Agreement unless otherwise specified herein; and (iii) funds disbursed under the Grant Agreement shall be used in accordance with the Grant Agreement.

Signed on behalf of the Principal Recipient:  
(signature of Authorized Designated Representative)

\_\_\_\_\_

Name:

\_\_\_\_\_  
DRA. VIRGINIA BAFFIGO DE PINILLOS

Title:

\_\_\_\_\_  
COORDINADORA NACIONAL

Date and Place:

\_\_\_\_\_  
LIMA, 19 DICIEMBRE 2008

**Bank Account Details** (if different than the account details specified on block 9 of the face sheet of the Grant Agreement)

Owner of Bank Account:	
Account Title:	
Account number:	
Bank name:	
Bank address:	
Bank SWIFT Code:	
Bank Code:	
Routing instructions:	

**Comments** (e.g. changes to PR's bank account details, "split disbursements" to the PR and third parties etc.):

**PROGRAMA “CERRANDO BRECHAS:  
HACIA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL  
MILENIO EN TB y VIH/SIDA EN EL PERÚ.  
PROPUESTA CON ENFOQUE DE DESCENTRALIZACIÓN  
MULTISECTORIAL PARTICIPATIVA”**

**INFORME ANUAL DEL COMPONENTE TB**

**PERÍODO: SEPTIEMBRE 2007 – SEPTIEMBRE 2008**

**RECEPTOR PRINCIPAL: CARE PERU**

**Contenido:**

- I. RESUMEN EJECUTIVO
- II. GLOSARIO DE TÉRMINOS CLAVE
- III. FORMATO DE AVANCE DEL PROGRAMA
- IV. EXPLICACIÓN DE LOS AVANCES DE PROCESO EN EL PERÍODO
- V. ANEXOS:
  - 1 Gráfico financiero al 30 de septiembre de 2008
  - 2 Avance plan de compras al 30 de septiembre de 2008
  - 3 Tabla de avances a nivel de las actividades alcanzados hasta el cierre del segundo año del Programa
  - 4 Planes Operativos y Presupuestos para la Segunda Fase
  - 5 Informe del Plan de Superación de Brechas
  - 6 Sistema de Centros de Excelencia para el Manejo de la TB

**19 de diciembre de 2008**

## I RESUMEN EJECUTIVO

### PROGRAMA “CERRANDO BRECHAS: HACIA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO EN TB y VIH/Sida EN EL PERÚ. PROPUESTA CON ENFOQUE DE DESCENTRALIZACIÓN MULTISECTORIAL PARTICIPATIVA”

#### COMPONENTE TUBERCULOSIS

PERIODO: SEPTIEMBRE 2007 A SEPTIEMBRE 2008

#### 1. INFORMACIÓN GENERAL:

Programa:	Cerrando Brechas: Hacia el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en TB y VIH/SIDA en el Perú. Propuesta con Enfoque de Descentralización Multisectorial Participativa
Código de programa:	PER-506-GO4-T
País:	Perú
Mecanismo de Coordinación de País:	Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud – CONAMUSA
Receptor Principal:	CARE Perú
Período del informe:	Septiembre 2007 – Septiembre 2008
Fecha de entrega:	19 de diciembre de 2008

#### 2. ANÁLISIS DE CONTEXTO Y RESUMEN DE AVANCES

El 26 de junio de 2006, se firmó el contrato entre el Fondo Mundial de Lucha Contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y CARE Perú para la ejecución del Programa “Cerrando Brechas: Hacia el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en TB y VIH/Sida en el Perú. Propuesta con Enfoque de Descentralización Multisectorial Participativa” correspondiente a la V Ronda de subvenciones de la entidad donante. El inicio del Programa quedó establecido el 1 de septiembre de 2006, fecha en la que se recibió el primer desembolso. En su condición de Receptor Principal<sup>1</sup>, CARE Perú no implementa el Programa directamente sino que lo hace a través de terceros que asumen el rol de Sub Receptores<sup>2</sup>.

El presente informe anual corresponde al periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 2007 y el 30 de septiembre de 2008, excediendo ligeramente los 12 meses de extensión. Ello obedece a que en octubre de 2007 el Fondo Mundial aprobó una solicitud realizada por la CONAMUSA para extender, en 30 días, la duración de los trimestres XVI y V de los Programas de la II y V Rondas respectivamente. Esta solicitud respondió al hecho de que la orden de inamovilidad, decretada por el Ministerio de Salud a todo su personal a consecuencia del sismo del 15 de agosto, produjo un notable retraso en la ejecución de las actividades de los Programas y se estimó que ello ocasionaría una demora en el logro de metas convenidas con el Fondo Mundial en los mencionados trimestres. Asimismo, la CONAMUSA consideró que el

<sup>1</sup> En este texto, los términos Receptor Principal (RP) y Unidad de Gestión de Proyectos del Receptor Principal (UGPFM) se usan de manera intercambiable.

<sup>2</sup> Los Sub-Receptores son consorcios de organizaciones seleccionados por CARE Perú mediante un proceso competitivo.

alineamiento de los periodos de reporte de las Rondas con los del Ministerio de Salud y otras contrapartes técnicas, que corresponden al año calendario, facilitaría en lo sucesivo la labor de recopilación de información para su reporte al Fondo Mundial.

Cabe mencionar que el avance en el logro de metas en el segundo año mejoró significativamente respecto al primer año de la primera fase. Al término de esta fase, el Componente TB reporta 08 indicadores clave con una calificación de 'A' y 05 con una calificación de 'B1'. Las metas de dos indicadores de primera fase han sido transferidas a la segunda. La calificación integral de la primera fase para este Componente ha sido 'B1', existiendo una condición precedente, propuesta en septiembre de 2008, concerniente a la infraestructura de los Centros de Excelencia Hospitalarios para la renovación de la subvención en la segunda fase.

Respecto a un saldo en el presupuesto, ligado a la compra de medicamentos para una probable segunda fase, el Receptor Principal debe presentar al Fondo Mundial una propuesta valorizada para la compra de productos que, al no haber sido incorporados en el Petitorio Nacional de Medicamentos, experimentarían escasez en los años dos y tres de la segunda fase. Se trataría de los anti-bacterianos Levofloxacino y Moxifloxacino o, alternativamente, de tratamientos de rescate para TB-XDR. El Receptor Principal está trabajando la propuesta conjuntamente con la ESN-PCT y DIGEMID.

**Durante el periodo de reporte, en el contexto dentro del cual se implementó el Programa de la V Ronda destacaron hechos como:**

- La visita al Perú de una comisión de parlamentarios europeos durante la primera semana de septiembre 2007, cuyo propósito fue mostrarles los avances realizados en la lucha contra el VIH/Sida y la TB gracias a las donaciones de sus respectivos países al Fondo Mundial. La delegación parlamentaria estuvo conformada por Carlos Campuzano y Jordi Pedret (España), Ignazio Roberto Marino (Italia), Vittorio Agnoletto y Eoin Ryan (Parlamento Europeo). Por el Fondo Mundial participaron Silvia Ferazzi y Sylvia Szabo de la Oficina de Relacionamento con Donantes y Matías Gómez, Gerente de Portafolio. La delegación visitó las clínicas construidas con el apoyo del Fondo Mundial en los establecimientos penitenciarios de Lurigancho y Santa Mónica, el Laboratorio de Microbiología y Biomedicina del Centro Nacional de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud, el Hospital Dos de Mayo -donde se brinda el tratamiento antirretroviral (TARGA)- y el Hospital Sergio Bernales para conocer las instalaciones dedicadas a la atención de pacientes de TB que servirá de modelo para las inversiones del Fondo Mundial en otros establecimientos. También se visitó la Institución Educativa "Ramón Castilla" del Callao donde se realizan actividades preventivo-promocionales en VIH/Sida con docentes y alumnos. Finalmente, se tuvo encuentro con personas afectadas por TB y personas viviendo con VIH; y se incluyó una feria de presentación de las actividades implementadas por Sub Receptores y Contrapartes Técnicas.
- La participación del Receptor Principal en el Comité de Medicamentos de la CONAMUSA. En el marco de la implementación del Plan de Gestión de Stocks, el Comité continúa realizado el seguimiento tanto de las adquisiciones como de la distribución de medicamentos e insumos para VIH y TB, adquiridos con recursos de los Programas del Fondo Mundial y del Ministerio de Salud.
- La elección de un nuevo Secretario Ejecutivo de la CONAMUSA en septiembre de 2007 en sesión de Asamblea General. El cargo fue cedido por el Dr. Rubén Mayorga, Coordinador de ONUSIDA para Ecuador, Perú y Bolivia, el cual ocupaba desde enero de 2006; siendo éste asumido por el Arq. Fernando Cisneros, profesional que labora en la ONG INPPARES y líder reconocido de la comunidad PVVS y HSH. Durante el periodo, CONAMUSA decidió que la próxima selección

- del Secretario Ejecutivo se realizaría bajo la modalidad de contratación remunerada, siendo el proceso de selección programado para septiembre de 2008.
- La participación de la Coordinadora Nacional de los Programas del Fondo Mundial, Dra. Virginia Baffigo, la representante de las PVVS ante la CONAMUSA, Sra. Sonia Parodi y el Dr. José Pajuelo, de la Facultad de Salud Pública de la UPCH, los días 24 a 26 de septiembre en la primera reunión de trabajo sobre la iniciativa “Debt2Health” en Berlín, Alemania. Esta iniciativa, que promueve la cancelación de la deuda externa de países beneficiarios de donaciones del Fondo Mundial bajo la condición de que un monto similar o menor al cancelado sea invertido por estos países en actividades destinadas a combatir el VIH/Sida, la tuberculosis y/o la malaria a través de los Programas del Fondo Mundial, está en su fase piloto. Los cuatro países seleccionados en esta fase son Indonesia, Kenya, Pakistán y Perú. El primer país acreedor que ha ofrecido participar es Alemania.
  - El inicio oficial del Programa de VI Ronda: “Planes Nacionales Multisectoriales: Integrando Recursos para la Lucha Contra el VIH/SIDA en el Perú” el 1 de octubre de 2007. El eje central de este Programa lo constituye el “Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de ITS y VIH/SIDA en el Perú” aprobado mediante el Decreto Supremo N°005-2007-SA en el mes de mayo del mismo año. A diferencia de los Programas de la II y V Rondas, el Programa de VI Ronda tiene un modelo de gestión descentralizado que involucra de manera activa a entidades ejecutoras de las macrorregiones establecidas para los tres primeros objetivos y un cuarto Objetivo de ámbito nacional.
  - La firma del Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre CARE Perú y el Gobierno Regional de Lambayeque en el mes de octubre. La presentación pública del Convenio, realizada el 4 de diciembre, contó con la participación del Dr. Yehude Simon, Presidente Regional, y representantes de entidades regionales y locales de carácter público y privado, con una notoria presencia de miembros de las organizaciones de afectados por TB. A la firma del Convenio siguió una reunión de carácter técnico en la que participaron representantes de los Sub Receptores y diversas autoridades sectoriales de la región.
  - La realización del “Encuentro Regional de América Latina y el Caribe: Mejorar la Efectividad a través de una Mejor Coordinación” convocado por el Fondo Mundial entre los días 10 y 12 de octubre en Bogotá, Colombia. La delegación de CARE Perú estuvo conformada por su Director, Dr. Milo Stanojevich, la Coordinadora Nacional de los Programas del Fondo Mundial, Dra. Virginia Baffigo, y el Responsable del Área de Programas de la UGPFM, Lic. Carlos Centurión. La CONAMUSA estuvo representada por su Secretario Ejecutivo, Arq. Fernando Cisneros y por la Sra. Elena Cuba Zapata, representante de los afectados por TB. También estuvieron presentes algunos representantes del Ministerio de Salud y miembros de la comunidad de PVVS.
  - La realización del Taller de Fortalecimiento del Sistema de Monitoreo y Evaluación del Componente TB de los Programas del Fondo Mundial los días 21 y 22 de noviembre. La reunión contó con la masiva presencia de representantes de la ESN-PCT, CONAMUSA y Consorcios Sub-Receptores, el informe final “Informe - Taller de Fortalecimiento de los Sistemas de Monitoreo y Evaluación – Componente Tuberculosis”
  - Las reuniones semestrales de transparencia y rendición de cuentas “Ver para Confiar” realizadas el 30 de noviembre de 2007 y 25 de julio de 2008. En estas reuniones el Receptor Principal informa a la sociedad en general y a los actores sociales involucrados en la implementación de los Programas del FM en particular, sobre la ejecución de sus principales responsabilidades: 1) Administrar los recursos financieros puestos a disposición del país; 2) Diseñar y conducir un sistema de monitoreo y evaluación programático y financiero; 3) Seleccionar, con participación de la CONAMUSA, a los Sub Receptores a través de licitaciones públicas; y 4) Adquirir los principales bienes y servicios para los Programas. En la

reunión de noviembre se entregaron las constancias y certificados a los Asesores Comunitarios y representantes de Personas Afectadas por TB que culminaron el curso “Conceptos y Herramientas para la Capacitación de Adultos en Salud” ofrecido por el Centro Cultural de la Pontificia Universidad Católica gracias a la gestión del Receptor Principal.

- La reunión con el Gerente de Portafolio del Fondo Mundial, Sr. Matías Gómez, quien estuvo de visita en el país los primeros días de diciembre para asistir a una reunión convocada por OPS. Se aprovechó su presencia para poder revisar, entre otras cosas, los avances de los programas de la II y V Rondas, así como las proyecciones programáticas y financieras para el quinto y segundo año, respectivamente.
- La evaluación integral de las capacidades institucionales de CARE Perú para el manejo óptimo de cinco subvenciones (dos de II Ronda, dos de V Ronda y una de VI Ronda), durante el mes de diciembre 2007 por el Agente Local del Fondo. Los resultados y recomendaciones fueron presentados a la Dirección Nacional, la Coordinación Nacional de Programas y los Responsables de Área de la UGPFM. El informe escrito fue remitido al Gerente de Portafolio. En línea con sus recomendaciones y para fortalecer las capacidades institucionales del Receptor Principal, se contrató a la empresa consultora IT Group la cual presentó un informe de análisis y mejoramiento de procesos de monitoreo financiero-programático, incluyendo dos productos: 01) ‘Análisis y Mejoramiento de Procesos de Monitoreo Financiero-Programático de la Unidad de Gestión de los Programas del Fondo Mundial – abril 2008’; y 02) ‘Definición de Funciones de Analistas Financieros y Especialistas en Monitoreo y Evaluación Programática para la Adecuación del MOF de la UGPFM a la Nueva Estructura Propuesta’ – julio 2008. Enseguida la UGPFM inició el proceso de implementación de las recomendaciones resultantes de la consultoría, las cuales fueron aprobadas por el Sr. Matías Gómez en la carta de retroalimentación correspondiente al informe del segundo trimestre del Programa de VI Ronda.
- La gestión del Dr. Carlos Vallejos Sologuren como Ministro de Salud y Presidente de la CONAMUSA llegó a su fin en diciembre de 2007. Asumió el cargo el Economista Hernán Garrido-Lecca quien hasta ese entonces se desempeñaba como Ministro de Vivienda, Construcción y Saneamiento. En la reunión de Secretaria Ejecutiva de CONAMUSA del 22 de enero de 2008, el Ministro Garrido-Lecca se mostró conocedor de la CONAMUSA e interesado en apoyar los Programas del Fondo Mundial. Asimismo, el Ministro asumió el compromiso de presidir las asambleas mensuales de la CONAMUSA, los últimos martes de cada mes. En octubre de 2008, el Eco. Garrido-Lecca fue sucedido en el cargo por el Dr. Oscar Ugarte Ubilluz.
- Materializando un compromiso asumido con el Comité “Perú Alto a la TB”, la Dirección Nacional de CARE Perú aprobó el financiamiento de la formulación del Plan Estratégico Multisectorial de TB (PEM-TB) para lo cual se convocó a un conjunto de personas representantes de la ESN-PCT, de la CONAMUSA, de organizaciones de la sociedad civil y de las personas afectadas por TB, quienes constituyeron el Comité Impulsor del PEM-TB. Este Comité seleccionó al equipo de consultores y aprobó la decisión de elaborar, en forma paralela al PEM-TB, la propuesta técnica-económica para la postulación del país a la VIII Ronda de subvenciones del Fondo Mundial. Durante el periodo en reporte, se logró el objetivo de obtener para el país una nueva subvención y se dejó expedita la versión preliminar del PEM-TB, la misma que deberá ser sometida a aprobación de la Asamblea General de CONAMUSA próximamente.
- A lo largo del proceso de elaboración del PEM-TB, el Equipo Impulsor ha contado con el apoyo permanente de CARE Perú el cual ha consistido en el aporte de recursos financieros para la contratación de consultores, puesta a disposición de sus instalaciones para las reuniones y asistencia técnica en varias áreas,

destacando la identificación del objetivo estratégico vinculado al marco legal para propiciar una adecuada respuesta del país a la TB y el plan de incidencia política para la aprobación del Plan.

- Luego de un largo proceso de elaboración participativa, el cual integró a representantes de las organizaciones sociales de base, la sociedad civil y del sector público con injerencia en el control de la epidemia, el documento del PEM-TB fue validado en un evento realizado el 15 de agosto en las instalaciones de la UPCH. Al término del periodo en reporte, el Equipo Impulsor estaba a la espera de la entrega de la versión final del “Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis 2008-2018” y su respectivo presupuesto por parte del equipo consultor. Una vez que se cuente con el documento, éste será presentado formalmente al Ministro de Salud para que esta instancia lo eleve a la Presidencia del Consejo de Ministros y por esta vía se obtenga el Decreto Supremo firmado por el Presidente de la República
- La propuesta técnico-económica para la postulación a la VIII Ronda de financiamiento fue enviada al Fondo Mundial en la fecha establecida el 1 de julio de 2008, recibándose la respuesta positiva al Componente TB en el mes de octubre. En esta oportunidad se seleccionará a un Receptor Principal mixto, conformado por la entidad estatal PAR SALUD y la ONG Pathfinder International.
- Durante los meses de enero y febrero de 2008, los representantes del Agente Local del Fondo realizaron un proceso de verificación de datos de indicadores superiores correspondientes al Componente TB de los Programas del Fondo Mundial. En el caso del Programa de V Ronda, seleccionaron los indicadores 1.3 ‘Número de personal de salud capacitado en cambio de comportamiento en estigma y discriminación’ y 3.6 ‘Número de personas que ingresan al tratamiento DOTS Plus cada año’. El proceso de verificación de datos es una búsqueda sistemática de consistencia mediante medios de verificación desde el nivel donde se generan los datos hasta niveles intermedios y superiores. La verificación del indicador 1.3 se realizó en el local del Sub-Receptor a cargo del Objetivo 1 mientras que para el indicador 3.6 se visitó la Unidad Técnica TB-MDR y las DISA Lima Ciudad, Lima Sur, Lima Este, Callao así como DIRESA Ica. Asimismo, se visitó 13 establecimientos de Salud (6 hospitales y 7 centros de salud) en las mencionadas jurisdicciones. Al cierre de este informe, el Receptor Principal continúa a la espera de recibir los resultados de estas visitas.
- El día 24 de marzo de 2008, se conmemoró en el Perú el Día Mundial de Lucha Contra la TB. Con ese motivo, representantes de diversos sectores del Estado y la sociedad civil, entre los que se encontraba CARE Perú, fueron invitados al foro "Situación Actual de la Tuberculosis y su Control en el Marco de las Alianzas Estratégicas" organizado por el Congreso de la República. El evento contó con la participación de importantes autoridades sectoriales y representantes de la sociedad civil, incluidas las organizaciones de personas afectadas por TB.
- La firma del Convenio Marco Cooperación Interinstitucional entre CARE Perú y el Gobierno Regional de Cusco se realizó el día 25 de marzo de 2008. El acto protocolar tuvo lugar el 24 de abril, en presencia de autoridades regionales, representantes de la ESN-PCT, del Receptor Principal y de los Consorcios Sub-Receptores.
- El evento de “Evaluación Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú – Año 2007” llevado a cabo los días 18 a 20 de abril de 2008 en Lima. Los objetivos generales fueron: 01) Programar la demanda de medicamentos anti-tuberculosos e insumos de laboratorio por DISAS y DIRESAS con información real y confiable mediante el apoyo de las ESR-PCT y las DIREMID, 02) Fortalecer la intervención de los laboratorios en el control de la TB y TB-MDR, y 03) Unificar estrategias para el manejo de la información mediante un trabajo conjunto de la ESN-PCT y OGEI-OE en los diversos niveles de atención. La convocatoria incluyó personal de la ESN-

- PCT de las 28 Direcciones de Salud, representantes de EsSalud, INPE, fuerzas armadas y policiales, representantes de las personas afectadas y de la sociedad civil.
- Con relación a la iniciativa “Debt2Health” mencionada líneas arriba, entre el 23 y el 25 de abril de 2008, se atendió la visita del Sr. Robert Filipp, Director de la Oficina de Innovación en Financiamiento del Fondo Mundial, quien tenía la misión de lograr una respuesta del país con respecto a la aceptación de la oferta de canje de deuda por salud que el gobierno de Alemania hizo al Perú, la misma que ascendería a 28 millones de euros (casi 50 millones de dólares). La Coordinación Nacional de los Programas del Fondo Mundial facilitó la concertación de y participó en entrevistas con la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA, el Equipo Técnico de la Alta Dirección del MINSA, el Ministro de Salud, el Secretario Técnico del Comité Inter-Ministerial de Asuntos Sociales (Gabinete Social del Gobierno), el Presidente del Congreso de la República y la Directora General de Endeudamiento Público del MEF. Lamentablemente, pese a los esfuerzos desplegados, el 21 de agosto el Receptor Principal recibió una comunicación oficial del MINSA en la cual se le informaba acerca de la incompatibilidad entre la propuesta “Debt2Health” y el marco normativo vigente del MEF para canje de deuda.
  - La realización, el 15 y 16 de mayo, de la V Cumbre de América Latina, el Caribe y Unión Europea (ALC-UE), siendo Lima la ciudad anfitriona, y que concluyó con una declaración en la que ambas regiones se comprometen a afianzar su relación y a buscar soluciones conjuntas a los problemas globales. Participaron dignatarios de unos 60 países y los dos ejes temáticos de esta cumbre fueron pobreza, desigualdad e inclusión, y desarrollo sostenible, medio ambiente, cambio climático y energía. Si bien el tema de la TB no fue abordado, en las conclusiones de una de las mesas de trabajo, expuesta por la presidente de Chile, Michelle Bachelet, se destacó que el crecimiento sin equidad no conduce al desarrollo y se pronunció en mayor inversión en la infancia, educación y salud. No obstante, el largo feriado decretado para la realización de este evento tuvo cierto impacto en el calendario de actividades de los Programas.
  - Luego de la emisión del Oficio N° 540-2007-DVM/MINSA, con fecha 11 de julio de 2007, el Gobierno del Perú manifestó al Comité de Luz Verde su voluntad política de mantener y honrar los acuerdos asumidos con el citado Comité de adquirir los medicamentos para el tratamiento de TB MDR según sus lineamientos. Así, el Ministerio de Salud inició los procedimientos administrativos que concluyeron en la suscripción del Convenio de Administración de Recursos, aprobado mediante Resolución Suprema N° 010-2008-SA en junio de 2008. El Convenio de Administración de Recursos entre el Ministerio de Salud y CARE Perú fue remitido a finales de octubre, iniciándose con ello las compras para el periodo 2009, en estricto cumplimiento de los lineamientos del Comité de Luz Verde con relación a la procedencia de los medicamentos para TB MDR.

**Algunos hechos importantes ocurridos durante el periodo en reporte y que tuvieron una influencia directa en la ejecución de las actividades del Programa de V Ronda fueron:**

- El cuarto trimestre de la primera fase del Programa se inició con la implementación del Plan de Superación de Brechas, desarrollado como respuesta a la carta de retroalimentación emitida por el Fondo Mundial al término del segundo trimestre en la que otorgó una calificación del desempeño de B2 (inadecuado pero con potencial de recuperación) y dio una alerta sobre una posible calificación de C (inaceptable). El sustento a la calificación de B2 fue el nulo avance en cuatro de seis indicadores claves. El riesgo para el Componente, de no mejorar el desempeño en los trimestres tres y cuatro, era no acceder a una segunda fase del Programa.

- Las visitas mensuales a Sub Receptores para la revisión de avances programáticos y financieros, que forman parte del Plan de Superación de Brechas, continuaron a lo largo toda la implementación de la primera fase. Se contó con la participación un representante de la ESN-PCT y un representante de CONAMUSA. El seguimiento realizado contribuyó a remontar la calificación del Componente TB a B1 para toda la primera fase. El Receptor Principal ha elaborado informes trimestrales de avance del Plan de Superación de Brechas que han sido enviados al Fondo Mundial con los informes periódicos del Programa y a la Secretaría Ejecutiva de CONAMUSA.
- Los días 19 de septiembre de 2007, 17 de enero, 17 de abril y 17 de julio de 2008 se realizaron las reuniones trimestrales de retroalimentación del Componente TB correspondientes a los trimestres cuarto, quinto, sexto y séptimo de la V Ronda respectivamente. Como es habitual, en estas reuniones los representantes de la UGPFM, la ESN-PCT y los Sub-Receptores repasaron los avances programáticos y financieros. Asimismo, los Sub-Receptores dialogaron y llegaron a acuerdos sobre la formación de sinergias entre proyectos que enfrentan problemáticas similares y persiguen objetivos en común.
- Los días 2 y 3 de octubre el Receptor Principal convocó a un taller de sensibilización a las autoridades regionales de salud y directores de los hospitales seleccionados con la finalidad de darles a conocer los alcances del Sistema de Centros de Excelencia para el Tratamiento de la TB en el Perú. Como parte del taller, el Lic. Miguel Merino, de la Dirección de Planificación del MINSA, hizo una presentación sobre la modificación del SNIP. Asimismo, en este taller el RP se comprometió con los directores de hospitales a brindar asistencia técnica y financiar la elaboración de expedientes para los Proyectos de Inversión Pública a base de capacidades locales que ellos identificaran.
- En noviembre de 2007, a pedido de la CONAMUSA y con el apoyo de un consultor externo, se elaboró una herramienta y se realizó la evaluación de desempeño de los Sub Receptores del Componente TB para ambas Rondas. Esta evaluación de gabinete tuvo un carácter exploratorio y las lecciones aprendidas en el proceso fueron aplicadas a una evaluación posterior. El informe con los resultados de la evaluación fue remitido a la CONAMUSA.
- En enero de 2008, el Receptor Principal y ADRA Perú firmaron la addenda N°1 al Convenio N° TB2 - V Ronda -Fase 1. Mediante la firma de esta addenda se incorporó al trabajo del Objetivo TB 2 el Hospital Nacional Cayetano Heredia, seleccionado como Centro de Excelencia Hospitalario; así como la medición de recambio de aire en los centros de salud considerados Centros de Excelencia Comunitarios en el ámbito de Lima y Callao. La addenda contempló los cambios presupuestales que las nuevas tareas asignadas ameritaban.
- En el mes de marzo de 2008, el Área de MyE del Receptor Principal recibió las propuestas solicitadas a diversas instituciones académicas para el diseño de un Curso Ad-hoc de MyE para el personal de la UGPFM, Sub-Coordinadores de Monitoreo de los Sub-Receptores y personal de las Contrapartes Técnicas de los Programas del Fondo Mundial. Luego de evaluar detenidamente todas las propuestas, se seleccionó la presentada por el Centro de Consultoría y Servicios Integrados INNOVAPUCP de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La modalidad presencial del curso se inició en abril y culminó en junio, realizándose en las instalaciones de CARE Perú. La modalidad virtual, diseñada con la finalidad de incorporar a los Sub-Coordinadores de Monitoreo de los Sub-Receptores de VI Ronda que se encuentran fuera de Lima, se inició en junio y culminó en agosto.
- El miércoles 9 de abril se llevó en Lima a cabo una reunión de revisión avances del desarrollo de Centros de Excelencia Hospitalarios con presencia de los Directores de los hospitales seleccionados, personal del RP y de la ESN-PCT

- en la cual participó el Sr. Matías Gómez. En esta reunión el Dr. Luis Alejandro Rodríguez Hidalgo, Jefe de Neumología del Hospital Regional Docente de Trujillo, hizo entrega a la Dra. Virginia Baffigo, Coordinadora Nacional de los Programas del Fondo Mundial, del expediente técnico del Centro de Excelencia del mencionado hospital.
- A solicitud del Fondo Mundial, en mayo de 2008 se realizó una evaluación de los Sub Receptores del Programa de V Ronda. Esta evaluación tuvo un carácter participativo según el cual evaluadores y evaluados definieron de manera conjunta todo el proceso, con énfasis en la definición de los mejores indicadores para medir el desempeño en las áreas de: 1) Organización y planeamiento, 02) Eficacia de la gestión, 03) Sistema de monitoreo y evaluación, y 04) Eficiencia de la gestión. Como resultado de la evaluación se solicitó a cada Sub Receptor elaborar un Plan de Optimización de Desempeño enfocado en las áreas más débiles de su gestión a ser aplicado en los tres meses siguientes. El proceso en su integridad concluyó con un informe que, en el caso del Componente TB, recomendaba continuar trabajando con los Sub Receptores de los Objetivos 1, 2 y 4 en una eventual segunda fase del Programa. En el caso del líder del Objetivo 3 se sugirió su discontinuación por haberse constatado la persistencia de sus debilidades institucionales, especialmente en el funcionamiento de su sistema de monitoreo y evaluación. Por ello, mediante adjudicación directa se seleccionó a la ONG Socios en Salud como líder del Consorcio Sub Receptor para el Objetivo 3; manteniéndose la participación de la UNMSM y la Organización de Afectados ACIT Rímac.
  - Las visitas mensuales de monitoreo realizadas con el propósito de absolver de manera conjunta las observaciones y comentarios a los informes presentados por los Sub-Receptores y realizar una revisión de medios de verificación, se han llevado a cabo con éxito desde su implementación en enero de 2008. Su importancia es ampliamente reconocida por los Sub-Receptores. Por su parte, el personal del Área de MyE percibe que la calidad de los informes que recibe de los Sub Receptores ha mejorado de manera notable.
  - En el mes de julio, el Área de MyE del Receptor Principal realizó el “Taller de Socialización de Buenas Prácticas de Monitoreo” con miras a fortalecer las capacidades de los Sub Receptores de II y V Ronda, y transferir experiencias exitosas a los Sub Receptores de la VI Ronda. Sobre la base del Plan de Monitoreo y Evaluación del Receptor Principal, se identificaron las áreas temáticas de implementación de buenas prácticas de monitoreo y se elaboraron criterios básicos para la identificación de las mismas. Los Sub Receptores presentaron dos ejemplos de buenas prácticas implementadas por sus Consorcios, de las cuales el Receptor Principal seleccionó una a ser presentada por cada Consorcio en el evento que tuvo lugar el 08 de julio. Un jurado calificador conformado por una representante de la ESN-PC-ITS/VIH/Sida, una de la ESN-SSR y una de ONUSIDA seleccionó las dos mejores buenas prácticas.
  - En el periodo en reporte se implementó el Sistema de Monitoreo y Evaluación Integral de Indicadores - SMEii, en 106 Instituciones de Lima y provincias: (i) 95 dependencias del Ministerio de Salud entre Direcciones de Salud, Hospitales, Institutos Especializados y Centros de Salud, (ii) 03 Establecimientos Penitenciarios y, (iii) 03 Hospitales de Fuerzas Armadas y Policiales. De manera adicional a la implementación, la ESN-PCT ha distribuido un CD con tres formatos Excel a cada Dirección de Salud del país, que permiten extender los puntos de digitación a los informes totalizados (i.e. informe operacional, bacteriológico, estudio de cohorte, entre otros) y automatizar su ingreso y validación en el SMEii.

- Con relación a los Centros de Excelencia, el Receptor Principal adquirió un inmueble ubicado en el distrito de Jesús María. Este ha sido demolido con el propósito de construir las instalaciones de la Unidad Técnica de TB-MDR o Centro de Excelencia Rector. Al cierre de este informe, está en proceso de presentación del expediente técnico a la Municipalidad de Jesús María para la obtención de la licencia de construcción. Se estima que ésta será iniciada en el mes de enero de 2009 y estará culminada en seis meses aproximadamente.
- Como resultado de la implementación del Plan de Contingencia para Centros de Excelencia Hospitalarios elaborado por el Receptor Principal y aprobado por la CONAMUSA, al cierre de este informe se ha obtenido la declaración de viabilidad de los perfiles de pre-inversión para la infraestructura de los Centros de Excelencia Hospitalarios en 09 nosocomios y tres convenios de co-financiamiento con gobiernos regionales

En términos generales, al cierre de la primera fase el Componente TB del Programa de V Ronda muestra claras evidencias de recuperación con relación al avance reportado en el informe correspondiente al primer año del Programa. Para ello ha sido importante la continuidad del compromiso de la ESN-PCT y la Unidad Técnica de TB-MDR en actividades de prevención y control de la epidemia. Información preliminar de la ESN-PCT respecto al primer semestre de 2008 indica que de un total de 7,526 pacientes de TB registrados en las DISAS de Lima y Callao, 4,356 recibieron consejería y se hicieron la prueba para detectar VIH lo que representa una cobertura de 58%, muy superior a la meta establecida de 30%. Igualmente, para el mismo periodo, de un total de 1,278 nuevos casos de VIH notificados por la ESN PC ITS-VIH/SIDA al mes de junio, 821 habían recibido tratamiento profiláctico con isoniazida lo que representa una cobertura de 64%, superior a la meta establecida de 52%.

En un esfuerzo conjunto entre la Unidad Técnica de TB-MDR y el Sub Receptor a cargo del Objetivo TB3, se sensibilizó y capacitó al personal de salud sobre la importancia de la notificación de reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFAs) en pacientes en tratamiento para TB-MDR. Además, se puso a su disposición una nueva ficha de notificación de RAFAs que permite un mejor seguimiento de las mismas, lo que facilitó la recopilación de información acerca del otorgamiento de medicamentos para las RAFAs notificadas. Entre septiembre de 2006 y septiembre de 2008, 1,588 pacientes en tratamiento para TB-MDR presentaron RAFAs, de los cuales 1,120 recibieron tratamiento gratuito. Ello representa una cobertura de 70%.

Sin embargo, con relación al acondicionamiento de los Centros de Excelencia Comunitarios en Lima y Callao, ante los notables retrasos del Objetivo TB3, fue necesario que el Receptor solicitara a la CONAMUSA asumir la ejecución de esta actividad. En ese sentido, el 30 de julio se tuvo una reunión con la Secretaría Ejecutiva de CONAMUSA y representantes del Receptor Principal y Sub Receptor, donde se evaluó el avance de las actividades destinadas al cumplimiento de la meta. Ante evidente atraso en la gestión del Sub Receptor, en dicha reunión se decidió que la actividad debía ser asumida en su integridad por el Área de Infraestructura y Equipamiento del Receptor Principal. En los días siguientes a la reunión, el Consorcio Sub Receptor entregó al Receptor Principal el acervo documentario correspondiente.

Los cuatro consorcios Sub-Receptores del Componente TB han trabajado en coordinación estrecha con los miembros de la ESN-PCT, realizado sus actividades de forma satisfactoria y reportado 07 indicadores bajo su directa responsabilidad en la categoría 'A' y 03 en la categoría 'B1'. No se tiene indicadores clave en las categorías 'B2' ni 'C'.

Con relación a los dos indicadores superiores relativos a la implementación de los Centros de Excelencia para el Manejo de la TB, por acuerdo con el Fondo Mundial, sus metas han pasado a la segunda fase del Programa, siendo el Receptor Principal responsable de canalizar el co-financiamiento del Fondo Mundial y realizar las gestiones necesarias para hacer viables las obras de infraestructura en 18 Centros de Excelencia Hospitalarios y 11 Centros de Excelencia Comunitarios. En ese sentido, conforme al Plan de Contingencia elaborado como respuesta a la conferencia telefónica con el Fondo Mundial del 09 de septiembre, y como fue mencionado líneas arriba, al cierre de este informe se tiene 09 perfiles de pre-inversión declarados viables por el Sistema Nacional de Inversión Pública. Se cuenta con convenios de co-financiamiento entre CARE Perú y 03 Gobiernos Regionales (Ica, Puno y Callao) y cartas de compromiso de los Gobiernos Regionales de Piura, Lambayeque y La Libertad. Las gestiones están avanzadas en las demás regiones (Ancash, Junín, Arequipa y Cusco). Finalmente, se está realizando una ardua labor de abogacía ante el Ministerio de Salud y Congreso de la República para la aprobación de la ampliación de la partida presupuestal del sector salud 2009 que permita asegurar los recursos necesarios para las obras de los nosocomios de la ciudad de Lima y un hospital de la Provincia Constitucional del Callao.

En cuanto a los avances financieros, desde el inicio del programa en el Componente TB se ha ejecutado US\$ 10'603,183.30 (77.94% de lo presupuestado). El 32.30% del gasto a la fecha se refiere sólo a la inversión en productos de salud, sean medicamentos para TB o gastos relacionados al almacenaje de los mismos, así como o también a la infraestructura y equipamiento de los Centros de Excelencia. La varianza de US\$ 2'999,882.64 entre el gasto y el presupuesto se explica porque no se culminaron todas las actividades relacionadas con los Centros de Excelencia lo cual se propuso que pase la Fase II, tan igual como el estudio de línea de base del segundo año. Asimismo, Se firmó una addenda con el Sub Receptor ADRA Perú para la ampliación de actividades inicialmente no propuestas

## II. GLOSARIO DE TÉRMINOS CLAVE

ACIT	Asociación de Ciudadanos con Tuberculosis
ASET	Asociación de Enfermos de Tuberculosis
CENEX	Centros de Excelencia para el Manejo de la TB
DISA	Dirección de Salud
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas
DIRESA	Dirección Regional de Salud
ESN PCT	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis
ESN ITS/VIH/SIDA	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS y VIH
MINSA	Ministerio de Salud
MTPE	Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo
MINVIV	Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento
OAT	Organización de Afectados por Tuberculosis
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAT	Persona Afectada por Tuberculosis
PEM-TB	Plan Estratégico Multi-Sectorial de Tuberculosis
RAM	Reacción Adversa a los Medicamentos
RP	Receptor Principal
SNIP	Sistema Nacional de Inversión Pública
SR	Sub Receptor
TB	Tuberculosis
TB-MDR	Tuberculosis Multidrogo Resistente
TB-XDR	Tuberculosis Extensamente Resistente
UGPFM	Unidad de Gestión de Programas del Fondo Mundial
UT TB-MDR	Unidad Técnica de Tuberculosis Multidrogo Resistente de la ESN PCT del MINSA
UPCH	Universidad Peruana Cayetano Heredia

## IV. EXPLICACIÓN DE LOS AVANCES DE PROCESO EN EL PERÍODO

### 1. RESULTADOS DEL PROGRAMA PARA EL PERÍODO DE REPORTE (SEPTIEMBRE 2007 – SEPTIEMBRE 2008)

Antes de pasar al detalle de los logros y dificultades de este período de reporte, presentamos un cuadro resumen con los Objetivos y Consorcios Sub-Receptores de cada uno de ellos en la primera fase del Programa:

Objetivo	Nombre del objetivo	Líder del Consorcio	Otros miembros del Consorcio
TB1	<i>Fortalecer en las regiones priorizadas la promoción de entornos favorables y la defensa del derecho a la salud de las personas afectadas por la tuberculosis</i>	ASET Comas	ASCET Villa El Salvador
TB2	<i>Fortalecer la prevención de riesgos de infección por tuberculosis en hospitales</i>	ADRA Perú	Grupo Levir Imperial College of London
TB3	<i>Fortalecer la atención y el tratamiento de los afectados por TB MDR con participación de los servicios, la comunidad y los afectados</i>	Servicio de Medicinas PRO-VIDA	UNMSM ACIT Rímac
TB4	<i>Fortalecer el soporte y la rehabilitación social de los afectados por la tuberculosis</i>	Asociación Benéfica PRISMA	Socios en Salud Comité de Defensa de los Enfermos de Tuberculosis del Perú

En el [Anexo 3](#) se puede apreciar la tabla resumen conteniendo los avances alcanzados al cierre del segundo año de la primera fase (30 de septiembre de 2008).

Cabe resaltar algunos avances significativos del Componente TB:

- Constitución de 34 organizaciones de personas afectadas por tuberculosis (OATs) en 08 regiones priorizadas por el Objetivo TB1, las cuales congregan a un número aproximado de 372 miembros quienes han sido capacitados en temas relativos a la formación de organizaciones sociales, derecho a la salud, vigilancia ciudadana, incidencia política, etc. A través de sus organizaciones, las personas afectadas están participando activamente en la planificación, ejecución y vigilancia de actividades sobre tuberculosis en espacios locales así como en instancias consultivas de la sociedad civil en sus respectivas regiones, tales como mesas de trabajo multi-sectoriales, etc.
- Formación de 72 profesionales de la salud como facilitadores en bioseguridad y control de infecciones en tuberculosis mediante la metodología video-based supplementary instruction (VSI) y la capacitación de 2,315 trabajadores de la salud en talleres de capacitación en servicio en 19 hospitales en las 10 regiones priorizadas por el Objetivo TB2.
- Desarrollo, por parte del Objetivo TB3, del software “Sistema de Manejo de Expedientes de Pacientes TB-MDR versión 1.0” (SMEPT) y la capacitación de 44 trabajadores de salud en su uso. El acondicionamiento de espacios e instalación de equipos de cómputo en 11 Centros de Excelencia Comunitarios; la instalación del software en hospitales, centros de salud, locales de Redes, DISAS y DIREAS de Lima y regiones; y el seguimiento post-capacitación del personal de salud en sus centros de labores para asegurar el correcto uso del

- SMEPT en todos los niveles. Al término de la intervención, se tiene 20 Centros de Excelencia Hospitalarios y Comunitarios, así como la Unidad Técnica de TB-MDR, incorporados al SMEPT.
- Adquisición e instalación de un servidor y del administrador “ORACLE Database 11g” en la Unidad Técnica de TB-MDR. También se adquirió y registró el nombre de dominio [www.tuberculosis-peru.org](http://www.tuberculosis-peru.org) para publicar la página Web del SMEPT. Esta página Web está actualmente en construcción.
  - Implementación de una modalidad descentralizada de subvención de exámenes auxiliares complementarios e inter-consultas que son necesarios para el ingreso y continuación de pacientes en el tratamiento para TB-MDR. Se brindó acceso gratuito a exámenes auxiliares complementarios e inter-consultas a 1,615 pacientes, la mayoría de los cuales han sido beneficiados por la subvención más de una vez.
  - Otorgamiento de apoyo social a 99 afectados por TB-XDR de una meta de 100, todos ellos identificados por la Unidad Técnica de TB-MDR. La distribución de los apoyos fue como sigue: 92 pacientes recibieron apoyo mediante la entrega de canastas de alimentos con frecuencia mensual y acondicionamiento de vivienda. Dos recibieron sólo acondicionamiento (fallecieron antes de recibir su primera canasta) y cinco recibieron sólo canastas.
  - Formación y seguimiento del funcionamiento de 53 Grupos de Soporte de Pares TB (GSPTB) distribuidos de la siguiente manera: 16 en Lima y Callao y 37 en las restantes 09 regiones priorizadas. El Objetivo TB4 realizó talleres de reforzamiento y visitas de monitoreo y supervisión a GSPTB para asegurar la óptima conducción de los grupos por parte de los facilitadores y el correcto llenado de los registros que éstos elaboran.
  - Entrega de canastas de alimentos y consejerías nutricionales a 746 contactos altamente vulnerables de pacientes TB-MDR en las 10 regiones priorizadas por el Objetivo TB4. Se realizaron 6,532 sesiones de consejería cara a cara en tres modalidades: sólo con el paciente, sólo con el contacto o con ambos al mismo tiempo. Para el registro de este servicio el personal de salud utilizó la “Tarjeta de Control Nutricional de Contacto de Alto Riesgo”, elaborada por el Sub Receptor, que ha servido de base para la elaboración del consolidado mensual de beneficiarios enviado por cada Establecimiento de Salud a la DISA o DIRESA respectiva quien a su vez lo enviaba al Sub Receptor.

Las metas de indicadores clave o producto cuyos resultados quedaron cerca de lo previsto y su cumplimiento se daría en una probable segunda fase del Programa son:

- Los productos a.2.1.1 y a.2.2.2 “Número de hospitales y un Instituto Nacional de Salud del Niño que han implementado planes de protección respiratoria”. Elaboración de Planes de Control de Infecciones en Tuberculosis, aprobados mediante Resolución Directoral, en 15 nosocomios seleccionados como Centros de Excelencia Hospitalarios; habiendo quedado pendiente la aprobación de cuatro de ellos (H. María Auxiliadora, H. Sergio Bernales, H. Daniel A. Carrión del Callao, Instituto Nacional de Salud del Niño).
- Los indicadores clave 2.2 “Número de hospitales con ambientes construidos y equipados para la atención de pacientes con TB que permiten el mejoramiento del control de infecciones” y 3.5 “Número de centros de excelencia establecidos” cuyas metas al octavo trimestre han sido transferidas a la segunda fase. Sin embargo, durante la primera fase se han realizado notables avances tanto en la capacitación de personal de salud, PATs y comunidad en general en tópicos seleccionados de maneja conjunta con la ESN-PCT. También se realizó el equipamiento de Centros de Excelencia Comunitarios e instalación y puesta en funcionamiento del SMEPT en establecimientos de salud, Redes, DISAS, DIRESAS y la Unidad Técnica de TB-MDR. En cuanto al

componente de infraestructura, a lo largo de la fase el Receptor Principal realizó una gran cantidad de actividades preparatorias de carácter técnico y político esenciales para la realización de las obras en los Centros de Excelencia Hospitalarios y Comunitarios seleccionados conjuntamente con la ESN-PCT.

- Al cierre de este informe, se ha obtenido la declaración de viabilidad de los perfiles de pre-inversión para la infraestructura de los Centros de Excelencia Hospitalarios en 09 nosocomios: H. Santa Rosa de Piura, H. Las Mercedes de Chiclayo, H. Regional Docente de Trujillo, H. La Caleta de Chimbote, H. San José del Callao, H. Sergio Bernales de Collique. H. Hipólito Unanue de El Agustino, H. Cayetano Heredia de San Martín de Porres y H. Regional de Ica. Se cuenta con Convenios de co-financiamiento entre CARE Perú y 03 Gobiernos Regionales (Ica, Puno y Callao) y cartas de compromiso de los Gobiernos Regionales de Piura, Lambayeque y La Libertad. Las gestiones están avanzadas en las demás regiones (Ancash, Junín. Arequipa y Cusco).
- Con relación indicador clave 4.2 “Numero y porcentaje de pacientes con TB que benefician de programas sociales de trabajo y vivienda” la meta lograda por el Objetivo TB4 fue 396 personas beneficiadas, quedado pendiente el apoyo a 4 personas más. La distribución de los apoyos fue como sigue: apoyo directo (293), Programa Techo Propio (3) y participación en sesiones informativas sobre los programas estatales de empleo (119). De los asistentes a las sesiones informativas, 19 también fueron beneficiados con apoyo directo para el acondicionamiento de su vivienda con lo que los beneficiarios netos de las sesiones ascienden a 100.

### Sinergias Componente TB – Trimestres XIX y VIII Reunión de Retroalimentación 17-10-2008

<b>Aspecto/Tema Identificado (objetivos en común para hacer sinergia)</b>	<b>Aportes o Contribuciones (como contribuye cada consorcio / contraparte técnica en la sinergia)</b>	<b>Objetivos concurrentes (identificar Objetivo)</b>	<b>Plazos de la Implementación del proceso sinérgico (plantear tiempo aproximado para la acción)</b>	<b>Resultados previsibles</b>
Mesa #1 Centros de Excelencia – Abordaje Integral	CONAMUSA, RP Consortios Sub-Receptores de los Objetivos TB2 y TB3	CONAMUSA, RP Todos los Consortios Sub-Receptores del Componente TB-VR	Martes 21 a las 03:00 p.m. Elaboración de Plan de Trabajo	Estrategias y acciones para lograr la aprobación de los expedientes técnicos de los centros de excelencia hospitalarios
Mesa #2: Rol de los Gobiernos locales en la lucha contra la TB y otras acciones de incidencia política en TB a nivel local y regional.	Abordaje diferente de la TB no sólo desde el tema de salud ( <u>no sólo curativo, sino preventivo</u> ) sino y sus determinantes sociales. Asociar el tema con la problemática de la pobreza y convertirlo en un asunto político trabajado de manera integral con las organizaciones de afectados, organizaciones sociales afines (Vaso de Leche, COMUL-TB, etc.)  1. Convocar a los distritos que tiene alta incidencia y riesgo de TB. 2. Introducir el tema en la	CONAMUSA, RP TB1 II R, TB 1 VR, TB4 VR, MINSA nivel central, regional y local	Este proceso sinérgico es permanente y trasciende a los proyectos en general pero de manera más inmediata con miras al Día Mundial de la TB 2009 (periodo: nov 2008 a marzo 2009).	1. Que se lleve a cabo la reunión con los alcaldes, entorno al Día Mundial de la TB 2009. 2. Emisión de las normas municipales a favor de lucha integral contra la TB. 3. Compromiso político permanente, acompañado de las organizaciones sociales.

	<p>MLCP.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Mapear como se organizan las oficinas en los municipios y quiénes son los actores</li> <li>4. Trabajar coordinadamente con las organizaciones sociales para hacer incidencia política</li> <li>5. Trabajar con medios locales de comunicación</li> <li>6. Manejo de las estadísticas, saber interpretar los datos.</li> <li>7. Crear conciencia sobre la TB tema para que se sepa que todos estamos expuestos pues existe un riesgo potencial para toda la población</li> </ol>			
<p>Mesa #3 Norma de Consejería de Pares en TB</p> <p>Primera reunión entre los Consorcios y Organizaciones de PATs para conocer las experiencias desarrolladas (Metodología y experiencias de consejeros)</p>	<p>Cada Objetivo comparte su experiencia de trabajo con los PATs.</p>	<p>Lograr la aprobación de la Norma de consejería de pares.</p> <p>ESN PCT, Todos los objetivos, representantes de organizaciones de PAT, RP, Socios En Salud y CONAMUSA.</p>	<p>Fecha propuesta, 05 de Noviembre 2008, 9 – 12 pm , en el Local de Prisma Convocatoria realizada Por PRISMA</p>	<p>Institucionalización de la Consejería de pares en TB.</p>
<p>Mesa #4 Escasa integración MINSA – INPE para VIH</p> <p>Fortalecimiento de la integración MINSA – INPE para VIH.</p>	<p>Programación de las visitas de asistencia técnica y supervisión (INPE)</p> <p>Ejecución de visitas de asistencia técnica y supervisión conjunta (MINSA)</p>	<p>TB 2- IIR INPE MINSA</p>	<p>Trimestre XX</p>	<p>Realización de supervisiones mensuales.</p>
<p>Mesa #4 Insuficiente recurso humano (prof. de salud) y la alta rotación limita el desarrollo de actividades.</p> <p>Incremento de recurso humano (prof. de salud que contribuya al desarrollo adecuada de las actividades)</p>	<p>Reuniones de trabajo con los niveles directivos del INPE. (Consortio)</p> <p>Seguimiento a la propuesta de requerimiento. (INPE)</p> <p>Asistencia Técnica continua a los EP (MINSA)</p>	<p>TB 2- IIR INPE MINSA</p>	<p>Trimestre XX</p>	<p>Contratación de recurso humano</p>

## 2. GESTIÓN INTERNA DEL PROGRAMA POR EL RECEPTOR PRINCIPAL

La gestión interna del Programa por parte del Receptor Principal tiene cuatro ejes de trabajo: 1) Apoyo a la gestión de los Programas en los diferentes niveles de coordinación; 2) Supervisión, capacitación y asistencia técnica; 3) Monitoreo y evaluación del Programa; y 4) Apoyo y seguimiento a la ejecución financiera.

El cuarto eje, apoyo y seguimiento a la ejecución financiera de la ejecución, es reportado en el acápite III de este informe (*ver archivo Excel las hojas PR\_Section 1C y PR\_Section 2*).

A continuación se describen los avances del segundo año del Programa en los cuatro ejes arriba mencionados:

- 1) Apoyo a la gestión en diversos niveles de coordinación
- Participación activa de la Coordinación Nacional de los Programas en las diferentes actividades de la CONAMUSA, cuando el Receptor ha sido convocado. La gestión de la Coordinación Nacional ha estado ligada a la materialización de diversas propuestas que hicieron posible el logro de los compromisos pactados en el contrato entre CARE Perú-Fondo Mundial, u otras gestiones que permitieron asumir nuevos compromisos establecidos por el donante, solicitados por la CONAMUSA o planteados por iniciativa propia. Así se puede mencionar las siguientes actividades:
    - o Planteamiento del Plan de Superación de Brechas y acompañamiento al equipo técnico del Receptor Principal en la primera ronda de visitas a todos los Consorcios Sub-Receptores.
    - o Lanzamiento de la formulación del PEM-TB y sugerencia al Comité Impulsor tanto del equipo consultor como de la iniciativa de preparar en forma paralela la propuesta técnico-económica para la VIII Ronda de subvenciones.
    - o Ampliación del estudio de línea de base en materia de bioseguridad a través de la realización de estudios de recambio de aire en los Centros de Excelencia Hospitalarios, lo cual no estaba contemplado en la propuesta técnica original.
    - o Negociación conjunta con el MINSA respecto a la adquisición de medicamentos de segunda línea para el tratamiento de la TB-MDR que concluyó con la emisión de una Resolución Suprema. Apoyándose en la norma que permite la administración de recursos del Estado Peruano por organismos internacionales, esta Resolución autoriza la firma del Convenio CARE Perú-MINSA. Cabe señalar que es la primera vez que una ONG internacional se le entrega como encargo dinero del tesoro público.
    - o Formulación del Plan de Contingencia para la obtención de viabilidad y co-financiamiento de los Centros de Excelencia Hospitalarios - TB.
    - o Incidencia política ante la Gerencia de Desarrollo Social de la Municipalidad de Lima para la realización del "Desayuno con Alcaldes" con el objetivo de congregar a los 43 alcaldes distritales y al alcalde provincial de Lima con el fin de sensibilizarlos para asumir el liderazgo en la respuesta a la TB en sus respectivas jurisdicciones. CARE Perú ha venido organizando las reuniones preparatorias con funcionarios del Municipio y otros actores relevantes en la respuesta.
    - o Propuesta metodológica para el reemplazo del líder del Consorcio Sub-Receptor del Objetivo TB3, Servicio de Medicinas Pro-Vida, a solicitud de CONAMUSA. La propuesta fue aceptada e implementada.
    - o Conformar y presidir la comisión formada por el Vice-Ministerio de Justicia para evaluar la situación de salud en el Instituto Nacional Penitenciario. Otros miembros de la comisión de salud pertenecen al INPE, Comité Internacional de la Cruz Roja, CARITAS y el Arzobispado del Callao.
    - o El documento final de esta comisión "Análisis Situacional de la Salud en el INPE: Conclusiones y Recomendaciones" fue

presentado y sustentado ante la Ministra de Justicia, Dra. María del Rosario Fernández, el 15 de abril de 2008.

- Presencia del Receptor Principal en diversos eventos en los cuales se ha presentado los Programas del Fondo Mundial y/o se ha representado los intereses del mismo (i.e. con representantes de CARE Internacional, con autoridades de los sectores gubernamentales a nivel central, con autoridades regionales y locales, con representantes de las organizaciones de personas afectadas por TB, etc.) Durante el año en reporte, destaca la firma de de Convenios Marco de Cooperación con los Gobiernos Regionales de Lambayeque, Cusco y Piura. Eventos protocolares fueron realizados con ocasión de la firma de los dos primeros convenios, habiendo quedado pendiente el evento correspondiente a la firma con el Gobierno Regional de Piura.
- Entre los meses de agosto de 2007 y febrero de 2008, se incorporaron al equipo del Receptor Principal nueve profesionales. Cuatro de ellos fortalecieron el Área de Monitoreo y Evaluación, ocupando las siguientes posiciones: Especialista en Monitoreo (02), Supervisor de Calidad de la Información (01) y Asistente Administrativa (01). El Área Administrativa incorporó un Especialista de Adquisiciones e Inventarios para apoyar la gestión de compra de medicamentos, insumos y equipos de laboratorio y un Analista Financiero para atender el incremento de demanda en esta Área por el inicio de actividades de la VI Ronda. Asimismo, el Área de Programas incorporó a una Especialista en Adolescentes y Jóvenes cuya labor está enfocada en los proyectos del Componente VIH. Finalmente, en enero se incorporó a la UGPFM una Especialista en Incidencia Política.
- En el mes de abril, iniciaron sus labores dos integrantes del Comité Asesor Comunitario de la UGPFM, una persona representante de las personas vulnerables al VIH y una persona representante de las personas viviendo con VIH (PVVs). Ha quedado pendiente la incorporación del representante de las personas afectadas por TB.
- Entre febrero y julio del presente, la Arquitecta Mónica Maguiña apoyó al Área de Infraestructura y Equipamiento del Receptor Principal en calidad de consultora externa para el desarrollo de los Centros de Excelencia Hospitalarios. A partir de agosto, se incorporó a la UGPFM como personal de planta.
- Entre julio y agosto, el Área de Monitoreo y Evaluación fue fortalecida nuevamente con la incorporación de tres profesionales: Especialista en Monitoreo (02) y Especialista en Evaluación e Investigación (01). Uno de los Especialistas en Monitoreo contratados cubrió la plaza de una profesional saliente. Se considera que con este nuevo refuerzo de personal el Área de Monitoreo y Evaluación está en condiciones óptimas para afrontar la demanda que implica el manejo simultáneo de cinco Programas en tres Rondas de financiamiento.
- Durante el año en reporte, se ha mantenido la implementación del Plan de Superación de Brechas, elaborado por el Receptor Principal como respuesta a la carta de retroalimentación, fechada 22 de junio de 2007, en la que manifestó su preocupación por el bajo desempeño del Programa al segundo trimestre de ejecución y otorgaba al Componente TB la calificación de B2. Desde julio de 2007, en la última semana de cada mes, el personal designado de la UGPFM ha visitado las instalaciones de los Consorcios Sub-Receptores para conocer sus avances y dificultades en la implementación de sus respectivos Objetivos. En estas visitas se ha contado con la participación de uno o dos representantes de la ESN-PCT y un representante de CONAMUSA.

- En mayo se realizó una evaluación de los Consorcios Sub Receptores del Programa de V Ronda. Esta evaluación tuvo un carácter eminentemente participativo según el cual evaluadores y evaluados definieron de manera conjunta todo el proceso, con énfasis en la definición de los mejores indicadores para medir el desempeño en las áreas de: 1) Organización y planeamiento, 2) Eficacia de la gestión, 3) Sistema de monitoreo y evaluación, y 4) Eficiencia de la gestión. Como resultado de la evaluación se solicitó a cada Consorcio Sub-Receptor elaborar un Plan de Optimización de Desempeño enfocado en las áreas más débiles de su gestión a ser aplicado en los tres meses siguientes. El proceso en su integridad concluyó con un informe que, en el caso del Componente TB, recomendó continuar trabajando con los Consorcios de los Objetivos 1, 2 y 4 en una eventual segunda fase del Programa. En el caso del líder del Sub Receptor del Objetivo TB3 se sugirió su discontinuación por haberse constatado la persistencia de sus debilidades institucionales, especialmente en el funcionamiento de su sistema de monitoreo y evaluación. Por ello, mediante adjudicación directa se seleccionó a la ONG Socios En Salud como líder del Consorcio Sub Receptor para el Objetivo 3; manteniéndose la participación de la UNMSM y la Organización de Afectados ACIT Rímac.
- Desde el mes de mayo se elaboró la propuesta programático-financiera para la segunda fase de la V Ronda, aprobada por la CONAMUSA y enviada al FM el 15 de ese mes. Asimismo, la Secretaría Ejecutiva ratificó a CARE Perú como Receptor Principal para una probable segunda fase del Programa. A mediados de septiembre, el Fondo Mundial solicitó al Receptor Principal revisar íntegramente los presupuestos y planes operativos propuestos tres meses atrás. En un trabajo conjunto entre el Receptor Principal y los Consorcios Sub-Receptores, se completaron los nuevos formatos detallados solicitados por el FM que le fueron enviados el 30 de septiembre. Durante ese periodo, el Área de MyE del RP también absolvió las dudas respecto a las Tablas de Indicadores Clave para la segunda fase para ambos componentes que fueron planteadas por el Fondo Mundial. Luego de haber levantado las observaciones, el RP está a la espera de la aprobación final de la Tabla de Indicadores Clave del Componente TB.

## 2) Supervisión, asistencia técnica y capacitación:

- Supervisión:
  - o Durante el periodo en reporte, los miembros de las diversas áreas de la UGPFM han realizado múltiples visitas a actividades del Programa en Establecimientos de Salud, DISAS, DIRESAS, etc. Para ello es de gran utilidad el Calendario de Actividades en línea que el Receptor Principal ha puesto a disposición de los Consorcios Sub Receptores. La existencia de esta herramienta hace posible la elaboración de un cronograma mensual de visitas de supervisión, monitoreo y acompañamiento.
- Capacitación:
  - o Durante el primer semestre del año en curso, el Área de MyE de la UGPFM llevo a cabo actividades de capacitación continua en el marco de las reuniones mensuales con Sub-Coordinadores de Monitoreo de los Consorcios Sub-Receptores. Se elaboró una lista de temas que fue socializada en la reunión del 18 de febrero, formándose los grupos que desarrollarían los temas y designándose como facilitadores de los mismos a miembros del Área de MyE. El 17 de marzo se iniciaron las

capacitaciones que continuaron hasta el mes de julio. Algunos de los temas tratados fueron: conceptos básicos de monitoreo, medición de resultados, indicadores y sus funciones; recopilación y análisis de información, instrumentos orientados a resultados, etc.

- Con la finalidad de fortalecer las capacidades de todos los integrantes del Sistema de Monitoreo y Evaluación de los Programas del Fondo Mundial (i.e. miembros de la UGPFM, Sub-Coordinadores de Monitoreo de los Consorcios Sub-Receptores y profesionales de las Contrapartes Técnicas), el Área de MyE de la UGPFM, solicitó a diversas instituciones académicas de alto prestigio en el medio, presentar propuestas de un curso ad-hoc de monitoreo y evaluación enfocado en los Programas del Fondo Mundial. Luego de un cuidadoso proceso de evaluación, se seleccionó la propuesta presentada por el Centro de Consultoría y Servicios Integrados INNOVAPUCP de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La modalidad presencial del curso, de 32 horas lectivas, se inició en las instalaciones de CARE Perú en el mes de abril mientras que la modalidad virtual, diseñada para los Sub-Coordinadores de Monitoreo de los Sub-Receptores de VI Ronda que radican fuera de Lima, se inició en el mes de julio. En su informe final, INNOVAPUCP calificó como muy buena la participación del 60% de los participantes en el curso Los certificados de participación en el curso presencial fueron entregados durante el Taller de Buenas Practicas en Monitoreo que se realizó en las instalaciones del Hotel Sol de Oro el 8 de julio.

- Asistencia Técnica:

- Durante el segundo año del Programa de la V Ronda, el Área de Programas ha continuado brindando apoyo técnico a los Sub Receptores con relación a la elaboración de sus planes de capacitación y en la ejecución de los respectivos talleres. Asimismo, a solicitud del Fondo Mundial, se elaboraron nuevos lineamientos para las actividades de capacitación contenidas en los Planes Operativos de todos los Consorcios Sub-Receptores de los Programas de la V (a partir de la segunda fase) y VI Ronda. Estos lineamientos, que han recibido aportes de los equipos técnicos de los Consorcios Sub Receptores, están dirigidos a uniformizar criterios y mejorar la calidad de todas las actividades de capacitación que se brindan en el país con recursos proporcionados por el Fondo Mundial.
- En el aspecto comunicacional, habiéndose conformado el Comité Técnico de Comunicaciones (representantes del MINSA, CONAMUSA, RP y Consorcio TB 1) para las actividades del Fondo Mundial, se realizó el diseño de la campaña en medios masivos del Objetivo TB1, llevada a cabo del 16 de junio al 5 de julio en el ámbito nacional. Desde enero 2008 se convocaron reuniones de coordinación para planificar la difusión a nivel nacional y en medios locales en los ámbitos de intervención del Objetivo. Se realizó un mapeo de los medios a nivel local y el Receptor Principal presentó el sustento técnico para la difusión a través de una de las más grandes empresas radiales del país: Radio Programas del Perú (RPP) con cobertura nacional. Cabe resaltar que el Comité Técnico se formó con la finalidad de facilitar el trabajo en las actividades comunicacionales de todos los Objetivos y se trabajó coordinadamente entre las contrapartes técnicas, la CONAMUSA, el Receptor Principal y los Consorcios Sub Receptores. De ese modo se logró un trabajo ágil y concertado que apoyó a todos los Sub Recetores, en especial para la revisión de materiales.

- En cuanto a la gestión administrativa, durante el periodo se continuó orientando a los Sub-Receptores en la implementación de los requerimientos financieros (i.e. procedimientos para las rendiciones de cuentas, uso del formato de auto-monitoreo gerencial, etc.) mediante los siguientes canales: 01) comunicaciones telefónicas con los administradores o contadores de los SR; y en ocasiones también con el personal técnico del proyecto, 02) correo electrónico institucional, 03) reuniones solicitadas por los SR efectuadas en CARE Perú y en otras ocasiones en las oficinas de los SR, y 04) reuniones para atender consultas que se presentan dentro de las reuniones del PSB o en las reuniones de retroalimentación del proyecto.
- En abril de 2008, a iniciativa de la Coordinación Nacional, se implementó una estrategia destinada a mejorar el relacionamiento con los Consorcios Sub-Receptores, especialmente con el fin de agilizar la comunicación con ellos y proporcionarles respuestas más oportunas a sus consultas. La acción principal ha sido crear un sistema de acompañantes responsables de los Consorcios Sub Receptores al interior de la UGPFM. Estos acompañantes apoyan el seguimiento de documentos presentados, facilitando procesos hacia una rápida respuesta. En el caso del Componente TB de la V Ronda, los acompañantes son: TB1- Cecilia Moya, TB2- Jorge Albinagorta, TB3- Miriam Parra y TB4-Cecilia Moya.

### 3) Monitoreo y Evaluación del Programa

- Para el Componente TB del Programa de la V Ronda, durante el periodo reportado se han realizado un total de 81 acciones de monitoreo a los Sub Receptores. Entre las más importantes tenemos visitas de verificación de datos y asistencia técnica (37), reuniones de coordinación y asistencia técnica (7) y reuniones mensuales del Programa de Superación de Brechas (31).
- Las visitas mensuales de monitoreo y revisión de medios de verificación implementadas por el Área de MyE desde enero de 2008 con el propósito de revisar, conjuntamente con los Sub-Coordinadores de Monitoreo, las observaciones a los informes periódicos que ellos presentan, se han realizado con éxito y son muy valoradas por los Sub-Receptores. Ello se manifiesta en los comentarios que al respecto realizan en sus informes periódicos. Por su parte, se percibe que se ha mejorado la calidad de la información que se recibe por parte de los Sub-Receptores, tanto en el aspecto cualitativo como cuantitativo.
- En el mes de julio, el Área de MyE del Receptor Principal realizó un evento de socialización de buenas prácticas de monitoreo con miras a fortalecer las capacidades de los Consorcios Sub Receptores y transferir experiencias exitosas de los Programas de la II y V Rondas al Programa de la VI Ronda. Sobre la base del Plan de Monitoreo y Evaluación del Receptor Principal, se identificaron cinco áreas temáticas de implementación de buenas prácticas de monitoreo y se elaboró criterios básicos para la identificación de las mismas. Con ello se solicitó a los Sub Receptores que seleccionaran dos ejemplos de buenas prácticas que ellos hubiesen implementado en sus Consorcios, de las cuales el Receptor Principal seleccionó una a ser presentada por cada Consorcio en el evento que tuvo lugar el 08 de julio. En dicho evento, un jurado calificador conformado por una representante de la ESN-PC-ITS/VIH/Sida, una representante de la ESN-SSR y una de

ONUSIDA seleccionó y premió las dos mejores buenas prácticas. Una tercera buena práctica fue seleccionada por los asistentes. Estas buenas prácticas también fueron presentadas, por los Sub Coordinadores de Monitoreo de los Objetivos ganadores, a un público más amplio en las Reuniones de Retroalimentación del mes de julio.

- El primer lugar del concurso lo ocupó el Consorcio encargado de la ejecución del Objetivo TB4 del Programa de V Ronda formado por las ONGs PRISMA y Socios en Salud y la organización de personas afectadas “Comité de Defensa de los Enfermos de Tuberculosis del Perú”. La buena práctica consiste en la realización de reuniones mensuales para el relacionamiento y retroalimentación continua con los profesionales de los Establecimientos de Salud a fin de lograr su participación activa en la implementación del proceso de atención nutricional a los contactos en alto riesgo de personas afectadas por TB-MDR. Su principal objetivo es implementar un flujo periódico, oportuno y de calidad de la información, por parte de las unidades ejecutoras del proyecto contribuyendo al sistema de monitoreo y evaluación.
- En cuanto a la postulación del país a la renovación de la subvención para una segunda fase del Programa de la V Ronda, el Receptor Principal ofreció el valioso apoyo de una consultora especializada en el diseño de proyectos contratada para la CONAMUSA a fin de apoyar el proceso. El Área de MyE y el Área de Administración elaboraron la propuesta de planes operativos y sus respectivos presupuestos en dos oportunidades. La primera fue durante la primera quincena del mes de junio y la segunda, a pedido expreso del Fondo Mundial, en el mes de septiembre sobre la base de una nueva plantilla en Excel que permitiera la uniformizar ciertos costos en todos los Objetivos; así como observar con mayor claridad la relación entre la propuesta programática y la financiera. Asimismo, en el mes de septiembre se absolvieron múltiples consultas del Fondo Mundial respecto a las Tablas de Indicadores, estando la del Componente TB pendiente de aprobación al cierre de este informe.
- Con apoyo financiero del Receptor Principal, en enero una Especialista de Monitoreo del Receptor Principal participó en el curso “Elaboración y Evaluación de Proyectos Sociales” dictado en el Centro Cultural de la Pontificia Universidad Católica. Asimismo, del 15 al 28 de julio de 2008, la Responsable del Área de Monitoreo del Receptor Principal participó en el Curso Internacional: “Monitoreo y Evaluación Programáticas y Evaluación Económica de Intervenciones Sanitarias” ofrecido en las instalaciones de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Fortalecimiento del Sistema de Información del Ministerio de Salud (SMEii):
  - o Entre los meses de junio de 2007 y diciembre de 2008, el Sistema de Monitoreo y Evaluación Integral de Indicadores<sup>3</sup> - SMEii sufrió cambios y adecuaciones destinadas a mejorar su arquitectura, acomodarlo a los estándares del Ministerio de Salud y garantizar su fácil mantenimiento. En diciembre, se realizaron las pruebas finales de desarrollo y su validación técnica por parte del Ministerio de Salud, proceso durante el cual se identificaron una serie de mejoras a ser incorporadas. En el mes

---

<sup>3</sup> El SMEii es un producto correspondiente al Programa de la II Ronda pero por su relevancia para la mejora en la captura, consolidación y análisis de la información del sistema nacional de salud pública, particularmente para VIH/SIDA y TB, su avance se incluye en este informe.

de enero inició la prueba piloto que culminó en el mes de marzo. En el caso del Componente TB, esta prueba se realizó en la Microrred Santa Luzmila y en la Red Rímac-San Martín de Porres-Los Olivos de la DISA Lima Ciudad.

- Posteriormente, se implementó el SMEii en 106 instituciones de Lima y provincias: (i) 95 dependencias del Ministerio de Salud entre Direcciones de Salud, Hospitales, Institutos Especializados y Centros de Salud, (ii) 03 Establecimientos Penitenciarios y, (iii) 03 Hospitales de Fuerzas Armadas y Policiales. De manera adicional a la implementación, la ESN-PCT ha distribuido un disco compacto con tres formatos Excel a cada Dirección de Salud del país, que permiten extender los puntos de digitación a los informes totalizados (i.e. informe operacional, bacteriológico, estudio de cohorte, entre otros) y automatizar su ingreso y validación en el SMEii.
  - Para el éxito de esta intervención, se ha contado con la activa participación de los miembros de diferentes instancias del Ministerio de Salud (DGSP, ESN-ITS/VIHH/Sida, ESN-PCT, DGE, DIGEMID, OGEI, entre otros) y sus Organismos Públicos Descentralizados (Instituto Nacional de Salud).
  - Con la finalidad de unificar los procesos de captura y consolidación de información, el SMEii se construyó con un alto nivel de flexibilidad, permitiendo la captura de información de diferentes fuentes, incorporando modernos conceptos de arquitectura de software y definiendo un estándar de facto para el desarrollo de aplicativos de gestión de la información en el Ministerio de Salud. Dada su naturaleza, ha permitido a la Oficina General de Estadística e Informática (OGEI) del Ministerio de Salud establecer un importante hito en el desarrollo de aplicativos que atiendan las diferentes necesidades sanitarias en los niveles gerenciales de salud.
  - Al cierre de este informe, la implementación del SMEii cuenta con algunos pendientes de ejecución entre los cuales destacan: 01) Entrega de informes finales y presentación multimedia por parte del equipo consultor; 02) Elaboración, trámite de aprobación y difusión de la Directiva Administrativa del SMEii y la implementación del equipo técnico para su mantenimiento por parte de la OGEI, y 03) Formulación de un plan de visitas de supervisión orientadas a impulsar la gestión oportuna de la información y fortalecer las capacidades regionales para incrementar el ingreso de información en el SMEii por parte de las Estrategias Sanitarias Nacionales.
- Software de apoyo a los Programas:
- Las herramientas en línea “Calendario de Actividades” y “Sistema Gerencial de Proyectos” SGP han continuado siendo utilizadas por la UGPFM y los Consorcios Sub Receptores como parte esencial del Sistema de Monitoreo y Evaluación de los Programas del Fondo Mundial. El Área de MyE del Receptor Principal provee capacitación y asistencia técnica permanente en ambas herramientas a los Sub-Coordinadores de Monitoreo de los Consorcios Sub-Receptores para su uso correcto.
  - En junio de 2008, la empresa ACROS Business Solutions entregó una versión mejorada del SGP, la misma que comprendió: 01) La reformulación del Reporte II (Avance de Metas y Presupuesto) para que se vea en una sola solicitud el listado de todos los productos de cada objetivo; 02) La generación del Reporte Formato VII (Avance de Metas Programáticas de Sub actividades / Actividades / Productos) que

consolida los avances programáticos y financieros hasta el período de reporte; 03) La predeterminación de las cabeceras con los últimos criterios escogidos en la selección de reportes o registro de metas, y 04) el mejoramiento del mejoramiento del módulo de registro PIR (Indicadores y Programación) que permite ingresar los planes operativos a través una matriz en formato Excel.

- En junio de 2008, la empresa Virtual Internet Services entregó una versión mejorada del Calendario de Actividades, la misma que contó con los siguientes cambios: 01) Inclusión del Programa de Sexta Ronda; 02) Mejoramiento de la presentación inicial de “Actividades por Programa” identificando a cada programa por el nombre de la ronda y el nombre completo del programa; 03) Inclusión del campo de “Sub actividades” en el módulo de registro que permite relacionar los eventos y/o actividades con las sub actividades del Plan Operativo; 04) inclusión del campo “Contador de Visitas”; y 05) Agregado del hipervínculo al detalle de la actividad, para ingresar rápidamente a la información de la actividad a través del reporte de Excel.

- Retroalimentación de los avances del Programa para la CONAMUSA

- Durante el periodo en reporte se realizaron cuatro Reuniones de Retroalimentación con Consorcios Sub-Receptores y miembros de las Contrapartes Técnicas. La primera se realizó en el mes de septiembre y correspondió al cuarto trimestre de ejecución del Programa (año 1). Esta fue la segunda reunión en la que se utilizó la modalidad por Componente y no por Ronda, juntando a los Sub-Receptores del Componente TB de II y V Rondas para evaluar los avances de los trimestres XV y IV respectivamente. Se ha continuado usando esta modalidad de trabajo desde entonces. La siguiente reunión fue en el mes de enero y en ella se evaluaron los avances correspondientes los trimestres XVI y V. La reunión del mes de abril correspondió a los trimestres XVII y VI. Finalmente, en julio se evaluaron los avances de los trimestres XVII y VII. La reunión correspondiente al octavo y último trimestre de la primera fase del Programa de la V Ronda se llevó a cabo en el mes de octubre, que corresponde oficialmente en el tercer año del Programa.

- Seguimiento financiero de la ejecución:

- El avance financiero se reporta en la Sección III del presente informe, en las hojas 1C, 2 y 3 del archivo Excel. Asimismo se adjunta información en los Anexos 1 y 2 del presente Informe.
- Se ha proporcionado asistencia técnica a los Sub Receptores para el adecuado seguimiento de los procedimientos administrativo-financieros. El tema de la ejecución financiera está incluido en las Reuniones de Retroalimentación y además periódicamente se realizan recomendaciones para mejorar el informe de rendiciones de gastos. En las mencionadas reuniones, la primera parte consiste en la presentación de la ejecución financiera de los Programas a nivel general y la presentación a la fecha de la retroalimentación de los temas de gestión administrativa, realizada por el Administrador de los Programas. En un segundo momento, la presentación de la información financiera es efectuada por los Analistas Financieros responsables del seguimiento de la información reportada por los Consorcios Sub Receptores. Esta presentación consiste en la evaluación que se realiza a los Sub Receptores respecto a los siguientes temas: 01) Cumplimiento del Manual de Procedimientos Administrativos (MPA) en la presentación de los informes financieros, 02) Estado a la fecha de los fondos pendientes

por rendir ,y 03) Ejecución financiera a la fecha de la retroalimentación por actividades. Se presenta un cuadro comparativo entre lo ejecutado por el Consorcio Sub Receptor versus el nivel esperado de ejecución al periodo de la evaluación.

- Los Analistas Financieros efectúan el monitoreo financiero sobre la base de los informes de gastos mensuales de los Sub Receptores. Este monitoreo consiste en la revisión detallada y analítica de cada uno de los gastos reportados, cautelando que estos gastos cumplan con todos los lineamientos establecidos en el MPA y en coordinación permanente con sus pares en el Área de Monitoreo y Evaluación en temas referentes a la coherencia entre el gasto y la actividad programática establecida en el Plan Operativo.
- Como resultado de estas revisiones, los Analistas Financieros elaboran informes de observaciones y recomendaciones a la información financiera reportada. En ellos se les da las pautas para fortalecer sus sistemas de control interno y revisión y sustentación adecuada de los gastos reportados a favor del proyecto.
- Durante el periodo en reporte, se realizó una revisión especial de las transacciones financieras efectuadas por la institución líder del Objetivo TB3, el Servicio de Medicinas Pro-Vida. Esta revisión comprendió el periodo entre el 1 de diciembre de 2006 y el 30 de junio de 2008. El informe fue entregado en su debido momento a la mencionada institución, a la CONAMUSA y al Agente Local del Fondo. El informe reflejó fundamentalmente una baja ejecución presupuestal y un sistema de control interno moderado. Los resultados de este informe, entre otros factores, fueron tomados en cuenta para la decisión del Receptor Principal de no renovar el contrato con el Servicio de Medicinas Pro-Vida en una probable segunda fase del Programa.

### **3. OTRAS CONCLUSIONES ACERCA DE LAS EXPERIENCIAS EXITOSAS, PROBLEMAS, EXPERIENCIAS ADQUIRIDAS E IMPLICANCIAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PROGRAMA**

- En cuanto al grado de coordinación alcanzado al interior de los Consorcios Sub-Receptores
  - Durante el segundo año de ejecución del Programa de la V Ronda – Componente TB, el Receptor Principal ha podido apreciar que los Consorcios Sub-Receptores han alcanzado un alto grado de coordinación interna, la cual se ha visto reflejada en la superación de las brechas programáticas y financieras identificadas por el Fondo Mundial al inicio del Programa.
  - También se ha observado la coordinación entre Objetivos del Componente TB. Destaca la relación formada entre los Objetivos 2 y 3 en cuanto al aspecto de bioseguridad y control de infecciones en TB. Los especialistas del Objetivo TB2 formaron facilitadores del Objetivo TB3 en el uso de la metodología VSI para que éstos, a su vez, realizaran capacitaciones en servicio para el personal de salud de los 11 Centros de Excelencia Comunitarios a su cargo.
  - Sin embargo, la asistencia técnica proporcionada por el Receptor Principal ha sido constante, tanto en los aspectos programáticos como financieros. De forma permanente el Receptor Principal absuelve preguntas y facilita procesos que permiten la ejecución de actividades. Por ejemplo, dadas las dificultades encontradas por el Objetivo TB4 para la incorporación de las personas afectadas por TB-MDR al Programa Techo Propio, en marzo del año en curso, gracias a la

anuencia del Gerente de Portafolio del Fondo Mundial, el Receptor Principal comunicó al Consorcio Sub-Receptor la aceptación de su propuesta de apoyo directo a los beneficiarios. Asimismo, como respuesta a los hallazgos de los diagnósticos sociales realizados por el Objetivo TB3 a los pacientes TB-XDR, se amplió la definición del criterio de acondicionamiento de vivienda para incluir elementos como muebles básicos de dormitorio, utensilios de cocina, artículos de higiene personal, entre otros.

- En cuanto a la participación, grado de coordinación y respuesta de los sectores:
  - o El involucramiento de la contraparte sectorial en las actividades de apoyo a la respuesta nacional frente a las epidemias de TB y TB-MDR que se financian con recursos del Fondo Mundial es indispensable para la institucionalización de las mismas. En el marco del proceso de descentralización en marcha, este involucramiento debe darse a todo nivel, desde los tomadores de decisiones a nivel central hasta las instancias operativas locales.
  - o Una de las principales limitaciones para un adecuado involucramiento de la contraparte sectorial (i.e. Ministerio de Salud) en el Componente TB del Programa de la V Ronda, es la escasez de recursos humanos que se traduce en la demora en la toma de decisiones, recojo y sistematización de información, e implementación de actividades. En ese sentido, permanece vigente el reto de hacer que la contraparte sectorial asuma como suyas las actividades que la CONAMUSA ha propuesto, con recursos del Fondo Mundial, como aporte al control de la mencionada endemia.
  
- En cuanto a la participación, grado de coordinación y respuesta de las personas afectadas por TB y otros actores:
  - o Las políticas del Fondo Mundial apuestan a contar dentro de los equipos de trabajo de sus Programas con representantes de los grupos beneficiarios para enriquecer las intervenciones porque ello les permite responder mejor a sus expectativas y necesidades más sentidas. En el caso del Componente TB del Programa de V Ronda, todos menos uno de los Consorcios Sub-Receptores cuentan entre sus integrantes con personas afectadas por TB. Es más, el Objetivo TB1 es ejecutado en su integridad por una organización de personas afectadas con una larga trayectoria de trabajo y gran reconocimiento por parte del sector salud y las organizaciones sociales de base.
  - o Sin embargo, esta modalidad pionera de trabajo no deja de presentar algunos retos tanto a los Consorcios Sub-Receptores como al Receptor Principal. Al sentarse por primera vez en la misma mesa, y en igualdad de condiciones, al personal del sistema de salud pública y a los usuarios de dicho sistema, se ha iniciado un proceso de dialogo que está haciendo posible el logro de acuerdos de manera paulatina. Se espera que en una segunda fase de este Programa, el mencionado proceso permita atender de manera eficaz las necesidades más álgidas de las personas afectadas por TB o TB-MDR y contribuya a generar un impacto medible sobre la endemia..
  
- En cuanto a los cambios en las actitudes y comportamientos hacia las personas afectadas por TB:
  - o El Programa de la V Ronda ha ejecutado actividades específicas (i.e. talleres de capacitación, campañas comunicacionales, etc.) dirigidas al

personal de salud y a la comunidad en general para promover el cambio de comportamiento y reducir el estigma y discriminación de las que son objeto las personas afectadas por TB o TB-MDR. Si bien al término de la primera fase se han realizado investigaciones operativas puntuales respecto al tema, éstas han utilizado principalmente metodologías cualitativas. Resultados relacionados al impacto de estas actividades se conocerán en el siguiente estudio de medición.

- En cuanto al acceso de las personas afectas al programa estatal de vivienda “Techo Propio”
  - o Una importante lección aprendida durante la primera fase del Programa de V Ronda en su Componente TB, se refiere a la actividad que tiene como propósito incorporar a las personas afectas por TB-MDR al programa estatal de vivienda “Techo Propio”. El Consorcio Sub-Receptor encargado de la ejecución de esta actividad constató a lo largo del primer año de implementación las múltiples barreras de acceso, de naturaleza eminentemente socio-económica, que impiden a los afectados o sus familiares inscribirse y ser beneficiados por el mencionado programa. Sus bajos ingresos y otras condiciones precarias de vida (ej. falta de documento nacional de identidad, ausencia de título de propiedad del predio habitado, condición de inquilino, etc.) los excluyen del programa. Es por ello que, gracias a la anuencia del Gerente de Portafolio del Fondo Mundial, el Receptor Principal dio luz verde a la propuesta del Consorcio Sub-Receptor de realizar un apoyo directo ya sea bajo la modalidad de acondicionamiento de la vivienda (ej. mejoramiento de techos, paredes, apertura de puertas y/o ventanas, etc.) o mediante la dotación de un módulo de madera prefabricado. Sin embargo, la problemática encontrada a través de la intervención, que excluye a los más pobres del acceso a una vivienda digna debe ser abordada por el Programa en una segunda fase a través de una estrategia de incidencia política que cambie las condiciones impuestas por el Estado a esta población.
  
- En cuanto a la propuesta de implementación del Sistema de Excelencia para el Manejo de la TB en su componente de infraestructura y equipamiento
  - o Sobre este elemento de la propuesta del componente TB en el Programa de la V Ronda, lo más saltante a destacar es la errónea estimación del tiempo que tomarían tanto el diseño como la implementación de la novedosa propuesta del Sistema de Centros de Excelencia para el Manejo de la TB en el Sector público. Partir de una idea embrionaria y pretender materializarla en dos años supuso un desconocimiento de los intrincados vericuetos del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP). Así se ha aprendido que una vez iniciada la formulación de un perfil de inversión pública (PIP), el tema escapa de las manos de quien lidera el proyecto ya que el PIP va a responder a un diagnóstico en profundidad y por ende apunta a alternativas de solución integrales y costo-efectivas. De allí que en todos los casos la inversión haya excedido largamente el monto inicialmente el monto considerado y por lo tanto añadió una dificultad adicional: la búsqueda de las contrapartidas presupuestales para cada uno de los Centros de Excelencia Hospitalarios.
  - o A diferencia de lo que se solicita en la mayoría de proyectos de desarrollo, las contrapartidas de esta intervención han sido mucho más onerosas en el lado del Estado, llegando al orden del 300% (Fondo Mundial: US \$3'000,000; Estado Peruano: US \$9'000,000).

- La estrategia de incidencia del Receptor Principal para actuar dentro de la realidad descrita ha partido de un relacionamiento estrecho con los Gobiernos Regionales y el nivel central MINSA. Se ha realizado un monitoreo intenso a los consultores responsables de la formulación de los perfiles. Una estrategia intermedia ha sido la abogacía y negociación técnica con las Oficinas de Inversión Pública de los Gobiernos Regionales las cuales están poco dotadas de recursos profesionales o incluyen exigencias que exceden el nivel de perfil, etc. En la mayoría de los casos, un retraso importante se explica por este cuello de botella.
  - Hasta el periodo de evaluación para la renovación de la subvención, a fines de agosto de 2008, sólo se contaba con el financiamiento asegurado del Hospital Regional Docente de Trujillo y del Hospital San José del Callao. Al cierre del presente informe se ha logrado asegurar el co-financiamiento de todos los Centros de Excelencia Hospitalarios, excepto los de los Hospitales A. Lorena del Cusco y Daniel A. Carrión de Junín, los cuales se encuentran en camino de ser logrados. Ello ha sido posible gracias a un intenso trabajo de incidencia del Receptor Principal con el apoyo invaluable de la Presidencia y de la Secretaría ejecutiva de la CONAMUSA, así como de la firme actitud del Fondo Mundial al condicionar la continuidad del Programa a una categórica y firme respuesta del país.
- En cuanto al Mecanismo de Coordinación de País y su vinculación con el Receptor Principal
- A lo largo del periodo en reporte, la relación entre el Receptor Principal y la CONAMUSA ha pasado por momentos de gran tensión así como por etapas más distendidas y armoniosas. Algunas situaciones de tensión han sido desencadenadas por los siguientes hechos:
    - Resultados de las dos evaluaciones de los Consorcios Sub Receptores (diciembre de 2007 y mayo de 2008).
    - Solicitud del Receptor Principal de hacerse cargo de las obras de acondicionamiento de los Centros de Excelencia Comunitarios ante la inminencia del fin de segundo año y de no lograrse la ejecución del gasto; responsabilidad originalmente a cargo del Consorcio Sub-Receptor liderado por el Servicio de Medicinas Pro-Vida.
    - Requerimiento de la ONG Socios en Salud de hacerse cargo de los recursos del Plan de Recuperación de IGV en lo relativo al apoyo social de los afectados por TB y TB-MDR.
    - Formulación del PEM-TB y la propuesta técnico-económica para la VIII Ronda, aduciéndose la falta de participación de la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA.
  - Sin embargo, se debe reconocer que la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA adoptó una actitud muy constructiva cuando se recibió como condición precedente para la continuidad del componente TB del Programa de V Ronda el logro de la viabilidad de los perfiles de inversión pública y el co-financiamiento de todos los Centros de Excelencia Hospitalarios; habiéndose logrado la intervención directa de los dos Presidentes de la CONAMUSA que se han tenido en el periodo: Eco. Hernán Garrido-Lecca y Dr. Oscar Ugarte Ubilluz.
  - Ha quedado pendiente el inicio del diálogo en torno al convenio de relacionamiento CARE Perú –CONAMUSA.

- Algunas lecciones aprendidas para el futuro diseño y funcionamiento de los Programas del Fondo Mundial en el país
  - o En el Programa de la V Ronda, el tiempo requerido para el inicio de la ejecución de actividades que permitan alcanzar las metas programáticas y financieras comprometidas con el Fondo Mundial y para las coordinaciones con la contraparte técnica fue considerable. Ello generó un retraso que motivó una carta de alerta al término del segundo trimestre de ejecución. Con la implementación del Plan de Superación de Brechas y la paulatina normalización de las actividades de los Consorcios, el Programa fue capaz de remontar los atrasos iniciales en la mayoría de las actividades. Ello nos lleva a plantear la necesidad de tomar las medidas necesarias para un arranque expeditivo de los Programas y a su vez de planificar metas realistas en un inicio e ir incrementándolas conforme las intervenciones van tomando una forma y dinámica propias.
  - o A partir de la experiencia de implementación del Sistema de Centros de Excelencia para el Manejo de la TB, elemento clave de la propuesta del Componente TB para el Programa de la V Ronda, es necesario que se planifiquen las metas programáticas y financieras tomando como parámetro los plazos reales y las complejidades en el funcionamiento del Sistema Nacional de Inversión Pública. Asimismo, debe elaborarse una agresiva estrategia temprana de incidencia política que permita informar y sensibilizar a todos los actores clave en cuanto al tema sujeto de la intervención para movilizar voluntades y recursos hacia la misma.
  - o La innovadora estrategia de incorporar a organizaciones de afectados por TB a los Consorcios Sub Receptores que ejecutan los Objetivos del Programa ha significado un importante reto para todos los involucrados en esta nueva forma de trabajo. En ese sentido, el Receptor Principal ha hecho uso, en múltiples ocasiones, de su valioso recurso humano para resolver desavenencias cuando se han presentado diferencias de opinión entre los profesionales de la salud y las colectividades de personas afectadas por TB acerca del abordaje utilizado en las intervenciones.
  - o Considerando el tiempo que toma la elaboración y aprobación de una Directiva o Norma Técnica nueva, no es aconsejable plantear el desarrollo de actividades que dependan de un cambio normativo antes que este se haya producido. Así se evitará demoras en la implementación de las actividades de los Programas.
  - o Es necesario realizar un fortalecimiento continuo de las capacidades de todos los participantes del Sistema de Monitoreo y Evaluación de los Programas del Fondo Mundial mediante el acompañamiento permanente, la capacitación, eventos de socialización de buenas prácticas, sistematización de experiencias, etc. Este esfuerzo debe ir de la mano con un seguimiento de la implementación y funcionamiento del SMEii. Sólo a través del mejoramiento de la calidad y oportunidad de la información sanitaria del país, será posible tomar decisiones concertadas y acertadas que permitan la asignación de recursos humanos y financieros para una respuesta efectiva hacia la TB y el VIH/Sida.