

<b>Título de la propuesta</b>	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
<b>Nombre del solicitante:</b>	COORDINADORA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD
<b>País / países</b>	Peru

**Tipo de Solicitud:**

Mecanismo de Coordinación de País

Mecanismo de Coordinación de País Subnacionales;

Mecanismo de Coordinación Regional (incluye Pequeños Estados Insulares en Desarrollo)

Organización Regional

Sin Mecanismo de Coordinación de País

**Componentes de la propuesta:**

VIH/SIDA<sup>1</sup>

Tuberculosis<sup>2</sup>

Malaria

Fortalecimiento de los sistemas sanitarios

**Moneda en que debe presentarse la Propuesta**

USD

EUR

<sup>1</sup> En contextos en los cuales el VIH/SIDA impulsa la epidemia de tuberculosis, los componentes de VIH/SIDA deben incluir actividades que aborden conjuntamente la tuberculosis y el VIH. Para ello, se recomiendan diferentes actividades conjuntas que varían según el desarrollo de la epidemia. Para más información, consúltese la “Política Interina sobre Actividades Colaborativas TB/HIV” de la OMS, en el sitio [http://www.who.int/tb/publications/tbhiv\\_interim\\_policy/en/](http://www.who.int/tb/publications/tbhiv_interim_policy/en/).

<sup>2</sup> En contextos en los cuales el VIH/SIDA impulsa la epidemia de tuberculosis, los componentes de VIH/SIDA deben incluir actividades que aborden conjuntamente la tuberculosis y el VIH. Para ello, se recomiendan diferentes actividades conjuntas que varían según el desarrollo de la epidemia. Para más información, consúltese la “Política Interina sobre Actividades Colaborativas TB/HIV” de la OMS, en el sitio [http://www.who.int/tb/publications/tbhiv\\_interim\\_policy/en/](http://www.who.int/tb/publications/tbhiv_interim_policy/en/).

<b>País / países</b>	Perú
----------------------	------

- País de ingresos bajos  
 País de ingresos medianos -bajos [Véase párrafo 1.1. más adelante]  
 País de ingresos medianos -altos [Véase párrafo 1.1. más adelante]

## 1.1 País de ingresos medianos-bajos y de ingresos medianos-altos

### 1.1.1 Financiamiento de contrapartida y mayor dependencia de los recursos internos

Tabla 1.1 – Financiamiento de contrapartida y mayor dependencia de los recursos internos

Fuentes de Financiamiento	En EUR / USD				
	Año 1 2006	Año 2 2007	Año 3 2008	Año 4 2009	Año 5 2010
Monto total solicitado al Fondo Mundial (A) [Tabla 5.1]	22,455,818	15,330,815	10,542,162	8,090,386	6,105,431
Financiamiento de contrapartida (B) [relacionado con el financiamiento de las intervenciones previsto en (A)]	22,912,261	22,912,261	23,587,931	23,859,254	24,136,717
expresado como porcentaje de: B/A x 100 = %	102%	149%	224	294%	395%

### 1.1.2 Poblaciones pobres o vulnerables

Describe cómo se han seleccionado estas poblaciones y de qué manera participarán en la planificación y ejecución de la propuesta (2 o 3 párrafos).

Las personas viviendo con VIH (PVVS) son parte de la estructura orgánica de la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA) y cuentan con dos representantes según Decreto Supremo N° 007-2004. Los representantes son elegidos democráticamente por un proceso electoral donde intervienen los representantes de todas las organizaciones de PVVS del país. Su participación es activa desde la formulación de la propuesta hasta la ejecución y vigilancia de la misma en cada uno de los objetivos del proyecto. Por otra parte, las poblaciones más vulnerables, como las trabajadoras sexuales y las personas privadas de su libertad, están incluidas en el proyecto, asegurando, por parte del Estado y la sociedad civil organizada, el desarrollo de su capacidad social en la defensa de sus derechos humanos y como usuarias.

De igual manera, la CONAMUSA cuenta con un representante de las personas afectadas por tuberculosis, la que es elegida por las asociaciones de personas con tuberculosis, ella participa en la formulación de la propuesta de Tuberculosis, y las organizaciones participarán en la ejecución y vigilancia de los objetivos del proyecto.

## 1.2 Requisitos que debe cumplir el MCP

1.2.1 Demostrar que entre los miembros del MCP haya personas que conviven con las enfermedades o están afectadas por ellas

Desde la conformación del MCP- Perú, denominado CONAMUSA, ha existido la plena condición de convocar a los sectores que representan la multisectorialidad de la sociedad y el estado en nuestro país. Y con ello, la importancia del protagonismo de las organizaciones de personas afectadas directamente. En particular nos referimos a las organizaciones de personas afectadas por la TBC y las organizaciones de las personas viviendo con VIH/SIDA.

El MCP tiene como integrante a estas organizaciones. En relación a TB, por sus 29 años de trayectoria tenemos a la reconocida Asociación de Enfermos de TBC Victoria Castillo de Canales ASET organización que existe a nivel nacional e internacional y son miembros de la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA, que en relación al proyecto que actualmente se está ejecutando, esta adquiriendo cada vez una mayor gestión y representación a nivel nacional y se ha conformado la Red Solidaria de Enfermos de Tuberculosis de Lima callao para que exista una mayor representatividad e incluir a otras organizaciones sociales de base comprometidos en la lucha contra la tuberculosis.

En cuanto a las organizaciones de personas viviendo con VIH/SIDA, con muchos años de trayectoria, tenemos a la Red Peruana de Mujeres viviendo con VIH/SIDA, y la organización PROSA- Programa de soporte a la autoayuda de personas seropositiva, son organizaciones que agrupan la representatividad de las personas que viven con VIH/SIDA en nuestro país. El desarrollo del proyecto que actualmente se está ejecutando está fortaleciendo la representatividad de las personas que viven con VIH/SIDA a través de plataformas nacionales y regionales, de tal manera que se espera que su representatividad se sienta cada vez más abierta a nuevas organizaciones de base de PVVS que surgen a nivel nacional. Estas organizaciones son miembros de la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA.

1.2.2 Proporcione alguna constancia de que los miembros del MCP, representantes de sectores no gubernamentales, han sido seleccionados por sus propios sectores en función de un proceso documentado y transparente desarrollado en el seno de cada sector

Sin duda, ha sido clave considerar que quienes la integren o configuren los sectores señalados por nuestra MCP deben ser organizaciones, movimientos, redes o plataformas, reconocidas por su experticia en TB o VIH/SIDA, respectivamente. Y representados de acuerdo al Reglamento elaborado por la MCP-Perú.

Es así que en relación, a los siguientes sectores quienes han liderado los procesos de conformación de miembros son aquellas organizaciones de mayor reconocimiento por sus pares y validado por las organizaciones de personas directamente afectadas, quienes conocen su trayectoria. Esto por cierto no significa que no se mantenga un proceso abierto a nuevas organizaciones de la sociedad civil interesadas, ya que también es posible el reconocimiento de nuevos actores sociales que generen nuevos sectores que serán integrados por la CONAMUSA, como lo expresa nuestro Reglamento reconocido por una Resolución Ministerial (No.218-2005/MINSA) a base del Decreto Supremo que le da reconocimiento oficial a la CONAMUSA (D.S. 007-2004-S.A.).

En cuanto a los organismos no gubernamentales que trabajan en el componente de TBC: El DIA 03 de junio del presente año, las organizaciones no gubernamentales que trabajan el componente TB se reunieron para renovar su representación con relación a los criterios que establecen nuestro reglamento y como consta en el acta que le adjuntamos esta representación transitoria sucede para que en un corto plazo, se desarrolle una convocatoria mucho más abierta e inclusiva con otras organizaciones e instituciones con experticia en TB a nivel

nacional. Cuya convocación deberá desarrollarse con un respectivo TDR aprobado en Secretaría Ejecutiva.

En cuanto a los organismos no gubernamentales que trabajan en el componente de VIH/SIDA existe dos redes de importancia por su trabajo desempeñado en el tema, una de ellas es la “Red Sida Perú” que agrupa a un número de ONG’s de reconocida trayectoria, y la otra, la plataforma “Colectivo por la Vida” que agrupa a una serie de organizaciones, movimientos e inclusive asociaciones y ONG’s de personas viviendo con VIH/SIDA. Ambas redes tienen sus propias asambleas y designan sus respectivos representantes.

Cabe señalar que se ha renovado la representación de la Sociedad Civil ante la Secretaría Ejecutiva por medio de un acta suscrito el 03 de Junio del 2005, donde se conforma la representación debida y equitativa de los componentes TB y VIH en tal instancia.

En cuanto a las organizaciones religiosas: hay diferentes confesiones religiosas comprometidas con la vida y dignidad de los ciudadanos enfermos de TB y personas viviendo con VIH/SIDA. Cada confesión religiosa tiene diferentes fortalezas. En CONAMUSA están representadas la Iglesia Católica Romana que tiene redes propias a nivel nacional, lo que permite un efecto multiplicador con quienes mantenemos una relación por sus compromisos reconocidos. Y el Centro Parroquial Ecuménico Rosa Blanca, una organización de equidad y pluralidad religiosa donde están involucradas comunidades religiosas y movimientos cristianos e iglesias, como la Iglesia Anglicana del Perú, comprometidos a los derechos en salud.

Ellos nos han brindado la representación debida como consta en las respectivas cartas de acreditación que adjuntamos.

En cuanto a las instituciones académicas: Dos universidades tienen una importancia en relación al campo de la investigación, y al involucramiento de sus departamentos a la problemática de la TBC y el VIH/SIDA en nuestro país: uno de ellos es la reconocida Universidad Peruana, Decana de América, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y la otra muy reconocida Universidad Particular Cayetano Heredia, Facultad de Medicina Alberto Hurtado. Ellos tienen sus respectivos decanatos y procesos de representación de tal manera que nos han enviado su representación con las respectivas cartas de acreditación que adjuntamos.

En cuanto a las Agencias Cooperantes: contamos con organismos bilaterales y multilaterales que se reúnen y estipulan su representación ante la CONAMUSA por medio de la respectiva acreditación, tanto a nivel de la Asamblea como en la Secretaría Ejecutiva. Según nuestros Reglamentos, tanto las instituciones académicas, organismos de investigación y las agencias de cooperación cumplen un rol de asesoría técnica permanente para con nuestra Asamblea y Secretaría Ejecutiva, por lo tanto participan en los COMITÉS TÉCNICOS CONSULTIVOS (Reglamento Capítulo III, Art.32-35).

1.2.3 Describa y proporcione alguna constancia del proceso documentado y transparente para:
a) Invitar a hacer presentaciones para su eventual integración a la propuesta
El acuerdo de la Asamblea de la CONAMUSA, a través de su Secretaría Ejecutiva, según Ayuda Memoria del 21 de Marzo 2005, fue el desarrollar un levantamiento de información, expectativas, logros y brechas identificadas a partir del proyecto que actualmente se está ejecutando, y que junto a lo que CONAMUSA ( como mesa multisectorial comprometida con varios sectores de la sociedad y el estado) espera alcanzar una respuesta que ahora tendría características desde los procesos de descentralización que vive el país y los respectivos compromisos, de acuerdo a los

acuerdos internacionales.

Es así que se contrato a dos consultores, después de un proceso de concurso donde en el grupo de trabajo de la Secretaría Ejecutiva, según Ayuda Memoria del 05 de Abril, se designan los consultores encargados de levantar la propuesta nacional para la quinta ronda del Fondo Global.

Es así que, el Dr. Carlos Velásquez, junto con las Lic. Sandra Vallena y Maria del Carmen Navarro, asumen la facilitación del proceso del planteamiento de la propuesta, marcando una serie de criterios como hoja de ruta, levantamiento de información por medio de la respectiva entrevista a todos los miembros de la CONAMUSA, identificación de brechas y temas pendientes a la demanda nacional, desarrollando una serie de grupos de trabajo con los actuales sub-receptores y ejecutores del actual proyecto en ejecución. Como también, desde la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA, se promovieron, más de cuatro sesiones abiertas y participativas de todas las organizaciones interesadas, para la discusión de los perfiles, propuestas y objetivos estratégicos sugeridos. Con la siempre presencia de los organismos de Cooperación y entidades académicas y de investigación.

Finalmente, se desarrollo otras cuatro reuniones de trabajo para el consenso con los compromisos de contrapartida de los diferentes ministerios comprometidos a esta propuesta que pretende que sea multisectorial y de ejecución descentralizada.

Por ello, llega a ustedes después de una presentación ante la Secretaría Ejecutiva (según acta del 06 de junio) para su aprobación, y respectiva recomendación para ser enviada

b) Analizar las presentaciones para su eventual integración a la propuesta

En el plan de trabajo de los consultores, se incluyeron entrevistas a los actores de los diferentes sectores que están involucrados en las dos enfermedades incluidas en la propuesta. En el caso del componente VIH se entrevisto a representantes de las ONGs, Vía Libre (Robinson Cabello), Julia Campos (CEPESJU), Roberto López (Acción Internacional en Salud) a organizaciones de personas viviendo con el VIH como Peruanos Positivos (Miriam Stucchi, Pablo Anamaría), Solas y Unidas (Sonia Borja), a representantes de Universidades (Dra. Patricia García, Dr. Jorge Alarcón), representantes de la Estrategia Nacional de Control y prevención de ITS, VIH y SIDA (Dr. José Sebastián), del Instituto Nacional de Salud (Dra Patricia Caballero), Instituto Nacional Penitenciario (Dr. José Best) entre otros. De igual manera se participó en reuniones de organizaciones que trabajan con niños en situación de vulnerabilidad liderados por representantes del Ministerio de la Mujer y Desarrollo social, la ONG Kallpa, UNICEF, y otros. En tuberculosis se reunió con la Asociación de Enfermos de Tuberculosis Victoria Castillo de Canales – ASET- Comas (Sra. Elena Cuba Zapata), ISDEN Maria Van Der Linder ), Socios en Salud y el coordinador de la Estrategia de control de tuberculosis (Dr. Cesar Bonilla Asalde).

c) Designar al Beneficiario(s) Principal(es) y supervisar la implementación del programa

Comprendiendo la importancia de un proceso abierto y transparente para la designación del Beneficiario Principal. Fue necesario que la Asamblea General de la CONAMUSA, en su sesión ordinaria con fecha 24 de Mayo-2005, otorgue a la Secretaría Ejecutiva la facultad de implementar todos los procesos necesarios para el planteamiento, sustento y presentación de la propuesta para la Quinta Ronda del Fondo Mundial a nombre de la CONAMUSA en pleno. Esto incluía, la designación del Beneficiario Principal de esta propuesta. Es así que en sesión de la Secretaría Ejecutiva, con fecha 30 de Mayo, ya se habían establecido el modo del concurso por invitación a base del respectivo TDR y con un perfil de organizaciones optimas para este desempeño. Es así, que fueron invitadas las siguientes instituciones de prestigio en el país: Médicos sin Fronteras, Pathfinder, Prisma, Socios en Salud, y CARE Perú. Se dieron los plazos debidos y se presentaron Pathfinder, Care Perú y Prisma. En sesión, de Secretaría Ejecutiva, con fecha 03 de Junio del 2005, se realizo la apertura de los sobres y propuestas, se evaluó en base de los TDR preestablecidos, y por

medio de una ficha de trabajo, la Secretaría Ejecutiva en pleno calificó a cada institución candidata. Quedando como finalistas las organizaciones PRISMA y Care Perú. Sin embargo, fue elegida por mayoría absoluta CARE Perú, como el BENEFICIARIO PRINCIPAL para la propuesta de la quinta ronda, tal como registra la acta correspondiente.

## 2.1 Resumen Ejecutivo

2.1.1 Describa brevemente el contexto (nacional) de la enfermedad, las estrategias y los programas de control existentes, y las brechas de financiamiento. Explique cómo las intervenciones propuestas complementan las estrategias y programas existentes, especialmente cuando ya se recibió o aprobó el financiamiento del Fondo Mundial

### **COMPONENTE VIH.**

#### **Contexto de la epidemia**

Desde el primer caso reportado en el Perú en 1983 hasta marzo del 2005 se han acumulado 16,700 casos de personas que han desarrollado la fase SIDA, y 21, 906 casos de infección por el VIH, según la Oficina General de Epidemiología. Se estiman que hay 100,000 personas viviendo con el VIH que no conocen su estado. La epidemia se concentra en hombres que tienen sexo con otros hombres con una prevalencia VIH de 13.9%, existiendo algunas regiones del país que superan estas cifras largamente (Lima con 22.9%). Al igual que en el resto del mundo la epidemia es más femenina y joven habiendo variado la relación de hombre/mujer con SIDA de 27/1 en 1987 a 2.6/1 en la actualidad. De igual manera no se tiene datos precisos acerca de la cantidad de niños huérfanos por el VIH. Se calcula más de 4,200 personas fallecidas por el VIH

#### **Estrategias y programas**

Actualmente está en construcción el plan nacional multisectorial para la lucha contra el VIH y SIDA; mientras esto ocurre los lineamientos que se ejecutan se encuentran dentro del Plan emanado de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA, de la Dirección General de Salud de las Personas, órgano de línea del Ministerio de Salud. La Estrategia se basa en los siguientes objetivos específicos:

- Disminuir la transmisión sexual de las ITS y VIH en población general.
- Disminuir la transmisión sexual de las ITS y VIH en poblaciones vulnerables.
- Reducir la transmisión sanguínea de las ITS y VIH, incluyendo la transmisión por hemoderivados, transplantes o durante procedimientos invasivos.
- Disminuir la transmisión vertical de las ITS y VIH.
- Reducir el impacto individual, social y económico en las personas viviendo con el VIH y SIDA.
- Fortalecer la coordinación multisectorial para el control de las ITS-VIH/SIDA.

Dentro de sus estrategias programadas figuran, el manejo sindrómico de las ITS, la formación de promotores educadores de pares para trabajadores sexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres, la atención médica periódica para trabajadores sexuales, los centros de referencia de ITS, plan de eliminación de sífilis congénita y de prevención de transmisión vertical del VIH, la atención integral para PVVS que incluye tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA).

#### **Brechas programáticas**

Los cambios producidos en la estructura de los Programas Nacionales, dentro del Ministerio de Salud, desde el año 2001, debilitaron las estrategias diseñadas por el Plan CONTRASIDA 2000-2005, lo que dio lugar a que algunos los logros obtenidos retrocedieran poniendo en riesgo a la población del avance de la epidemia. Con el Proyecto de Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis financiado por el Fondo Mundial se logró un nuevo impulso para el logro de objetivos nacionales en la lucha contra el SIDA; pero a pesar de esto existen todavía brechas que es necesario cubrirlas para controlar la epidemia.

#### **1. Prevención del VIH y control de las infecciones de transmisión sexual**

- Todavía existe alta prevalencia del VIH (13.9 %) en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)
- Los HSH y los trabajadores sexuales (TS) no acceden a los servicios de salud según lo programado por el debilitamiento de los centros de referencia de ITS

(CERITS) y unidades de atención médico periódicas (UAMP) y por problemas de estigma y discriminación

- Los centros penitenciarios que no han sido fortalecidos por el Fondo Mundial, carecen de tratamientos para el manejo sindrómico de ITS para las personas privadas de su libertad.
- Existen reportes aislados de altos índices de VIH en niños y niñas de la calle pero no se tiene conocimiento de su impacto real
- La estrategia de manejo sindrómico de ITS se ha debilitado, lo que expone a la población general a mayor riesgo de adquirir el VIH
- Se requiere fortalecer la promoción de vida sexual saludable dirigida a la prevención de las ITS, en especial a mujeres y jóvenes menores de 24 años

## **2. Atención y tratamiento**

- Existe la necesidad de fortalecer la adherencia al tratamiento antiretroviral de gran actividad (TARGA) y comportamientos de menor riesgo para reinfección en los PVVS
- El inicio del TARGA en el país ha tenido como uno de sus efectos más importantes el incremento de enfermedades oportunistas entre ellas la tuberculosis (por reconstitución inmunológica). El acceso al tratamiento de enfermedades oportunistas es muy difícil por aspectos económicos. No existe en forma gratuita en el MINSA

## **3. Entorno favorable**

- Las PVVS tienen dificultades para ejercer sus derechos a la salud, educación y al trabajo por culpa del estigma y la discriminación, por lo que se hace necesario elaborar un frente común para disminuirla.
- Los PVVS han sido considerados como receptores de intervenciones pero no han tenido amplia participación en el proceso de toma de decisiones en la lucha contra el SIDA
- Actualmente la participación de los PVVS en las mesas de discusión locales y nacionales para la respuesta integral del VIH es débil, debiendo ser fortalecida
- Los pocos recursos económicos por falta de empleo de muchos de las PVVS, influye en que no inicien o dejen el TARGA.

Las intervenciones propuestas tienen relación directa con las estrategias diseñadas por el Estado para hacer frente al VIH y SIDA, además complementa y cubre brechas identificadas durante la ejecución del Proyecto de Fortalecimiento del control y la prevención del SIDA y Tuberculosis financiado por el Fondo Global.

## **COMPONENTE TUBERCULOSIS**

### **Contexto de la epidemia**

El Perú tiene el 5% de la población de Latinoamérica, sin embargo reporta el 25% de todos los casos registrados de TB en la región. La tasa de la incidencia por TB por 100,000 ha pasado de 256 en 1992 a 124.4 en el 2004, mientras la tasa de mortalidad descendió de 5.18 a 3.82 en el mismo período. El número de pacientes con tratamiento TB MDR pasó de 68, en 1997, a 1911, en el 2004. La tasa de co-infección por TB y VIH/SIDA, al mismo año es de 2.41 por 100,000. El 75% de los afectados se ubican en el intervalo de edades de 15 a 44 años, siendo la presencia de la enfermedad entre las mujeres ligeramente superior que entre los varones.

Esta incidencia no es uniforme en el territorio nacional, concentrándose principalmente en Lima, capital del país, y Callao que conjuntamente reportan el 58% del total de casos a nivel nacional

Durante el año 2004, se han diagnosticado y tratado a 34,276 personas enfermas con Tuberculosis en todo el país, cifra que traducida en tasa de incidencia es de 124.43 x 100,000 hab. lo que significa una disminución del 51.41% en relación con el año 1992 (año de máxima tasa) y de 0.33% en relación al 2003. De ellos, 18,289 personas enfermas corresponden a casos con Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo (TBP-FP) nunca tratados, lo que determina una tasa de incidencia de 66.39 x 100,000 hab., mostrando una disminución del 58.8% en relación a 1993 y 3.7% con relación al 2003

### **Estrategias y programas**

El gobierno peruano colocó al Control de la Tuberculosis en una alta prioridad a finales de los años 1980. En 1991 el Ex - Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT), implementó la estrategia DOTS (Directly Observed Treatment Short Course), recomendada por la OMS, para el control de la tuberculosis por ser altamente costo efectiva. En 1990 sólo 25% de los servicios de salud del MINSA desarrollaban acciones de diagnóstico y tratamiento para Tuberculosis; actualmente el 100 % de los mismos garantiza el acceso al diagnóstico y tratamiento antituberculoso gratuito. Entre los años 1993-2001 la cobertura de detección de casos se incrementó cerca de diez veces, aunque el 2002 y 2003 se evidenció una disminución del 6 % anual en la captación de sintomáticos respiratorios, situación que fue subsanada parcialmente en el segundo semestre del 2004.

El Plan Estratégico para el Fortalecimiento de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del Ministerio de Salud, Setiembre 2004 – Diciembre 2009 establece lo siguiente:

#### OBJETIVO GENERAL

Lograr hacia fines del 2009 consolidar y expandir la estrategia DOTS y DOTS Plus, permitiendo el fortalecimiento de la atención de pacientes con tuberculosis sensible, resistente y coinfectados con VIH/SIDA, en los establecimientos de salud del MINSA en particular y en general el resto de establecimientos del sector salud, priorizando las regiones con mayor carga de Tuberculosis.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Asegurar la continuidad y ampliación de la estrategia DOTS mediante planes para el desarrollo del sector salud.
2. Realizar la localización de casos de TB en forma precoz y oportuna a través del examen gratuito de los sintomáticos respiratorios en los servicios de salud.
3. Mantener la gratuidad y supervisión estricta del tratamiento a los enfermos con TB
4. Fortalecer la estrategia DOTS Plus a nivel nacional
5. Garantizar el desarrollo de un sistema de información operacional y epidemiológico veraz oportuno y de calidad para la toma de decisiones
6. Establecer Estrategias de Promoción de la Salud a través del desarrollo de los componentes IEC y Promoción Social.

#### Brechas programáticas

La ESNTyC TB, al establecer como objetivo “Disminuir la incidencia de TB”, identifica como áreas problema o brechas las siguientes:

- Disminución en la captación de sintomáticos respiratorios.
- Disminución en el control de contactos
- 3.8% de abandonos al tratamiento primario
- 40% tasa de curación en TB MDR.
- Presencia de coinfección VIH SIDA/TB
- Altas tasas de TB en establecimientos penitenciarios
- Altas tasas de TB en poblaciones indígenas
- Elevada transmisión de TB en personal de establecimientos de salud

Las intervenciones propuestas complementan las estrategias y programas de la siguiente manera:

- La movilización social y la alianza entre la población y los servicios, así como el abordaje de la estigmatización, contribuyen a mejorar la captación de sintomáticos respiratorios y el control de contactos en las Áreas de Elevado Riesgo de Transmisión de TB (AERTs) y en los centros penitenciarios;
- El control de infecciones en 17 hospitales atiende el problema de la elevada transmisión de TB entre el personal de los establecimientos y la infección entre la población usuaria de los servicios.
- Los Centros de Excelencia para la atención de TB MDR y coinfección TB/VIH-SIDA, además de fortalecer a la ESNTyC TB como sistema, apuntan, a través de la atención integral, a elevar las tasas de curación en TB MDR y a manejar la coinfección TB /VIH SIDA.
- El abandono del tratamiento se atenúa a través de la atención integral desde el sistema de salud así como de la rehabilitación social: disminución del estigma, acceso a información, soporte de pares, empoderamiento individual y especialmente fortalecimiento y expansión de la organización y participación activa de los

directamente afectados, mayor vinculación con organizaciones sociales de base para promover acciones concertadas e integrales, autocuidado y acceso a recursos básicos.

- 2.1.2 Describa toda la estrategia haciendo referencia a las finalidades, objetivos y áreas de prestación de servicios para cada componente e incluya los resultados esperados y marcos temporales asociados. Especifique los beneficiarios y beneficios esperados para cada componente (incluidas las poblaciones objetivo y el número estimado de personas)

### **COMPONENTE VIH**

La finalidad del proyecto es proteger a la población del VIH y SIDA, mediante el fortalecimiento de las estrategias de prevención de ITS en poblaciones vulnerables, la disminución de la estigmatización y la mejora de las capacidades de las PVVS en la construcción de una respuesta integral al VIH – SIDA; bajo un enfoque descentralizador, multisectorial y de participación ciudadana, el cual ejecutará sus actividades a nivel nacional pero sobretodo en las 5 regiones de mayor incidencia acumulada del VIH: Lima-Callao, Ica, Iquitos, Ucayali, y Ancash.

Meta: Disminuir la incidencia del VIH en poblaciones vulnerables y mantener o disminuir la prevalencia del VIH en población general para el año 2010

Objetivos: Prevenir la transmisión del VIH y SIDA mediante la disminución de las ITS; reducir el impacto social del VIH, disminuyendo el estigma y la discriminación hacia las PVVS y su entorno; fortalecer las organizaciones de las PVVS a nivel regional y nacional favoreciendo la gestión participativa en la respuesta integral del VIH; incrementar la adherencia al TARGA en las PVVS y el manejo integral de enfermedades oportunistas que incluya acceso gratuito a medicamentos.

Resultados esperados: se espera, al finalizar el proyecto, disminuir en un 40% el valor de la línea base de incidencia del VIH en HSH, mantener la prevalencia del VIH en población general en menos del 1% e incrementar al 90% el porcentaje de personas que permanecen vivas al cabo de 12 meses de iniciado el tratamiento antirretroviral

#### Beneficiarios

600,000 casos sintomáticos de ITS al año accederán al tratamiento sintomático

400,000 adolescentes y jóvenes accederán a información sobre prevención del SIDA y otras ITS

1'200,000 mujeres de más bajos recursos económicos accederán a información sobre ITS y SIDA.

15,000 HSH que reciben asesoramiento y atención contra las ITS

15,000 TS que recibirán asesoramiento y atención médica periódica

7,000 PVVS con TARGA y 1300 accederán al tratamiento gratuito para enfermedades oportunistas

1000 PVVS mejorarán sus ingresos económicos con la creación de microempresas

5000 PVVS que no requieren TARGA recibirán atención integral de calidad que incluye esquemas de profilaxis.

500 niños huérfanos por el VIH recibirán apoyo nutricional y atención integral en albergues fortalecidos.

### **COMPONENTE TUBERCULOSIS**

La finalidad del proyecto es elevar el acceso y la eficacia de los tratamientos de tuberculosis y tuberculosis multidrogoresistente, fortaleciendo la respuesta integral a la epidemia. El mayor acceso al tratamiento será posible en la medida en que los enfermos desarrollen capacidades personales para identificar y asumir su condición, y contribuyendo con los servicios de salud en el incremento de su eficiencia en la captación de sintomáticos respiratorios y en el manejo de contactos. La eficacia de los tratamientos será mayor en la medida en que el sistema fortalecido haga diagnósticos oportunos y que el tratamiento adecuado e integral esté al alcance de los enfermos. Hacia esta finalidad se dirigen los objetivos del programa.

Objetivos: fortalecer en las regiones priorizadas la promoción de entornos favorables y la defensa de derecho a la salud de las personas afectadas por tuberculosis; fortalecer la prevención de riesgos de infección por tuberculosis en hospitales; fortalecer la atención y tratamiento de los afectados por TBC MDR con participación de los servicios, la comunidad y los afectados; fortalecer el soporte y la rehabilitación social de los afectados por la tuberculosis.

Resultados: Disminuir la tasa actual de incidencia de casos de tuberculosis pulmonar frotis positivo a 53/100,000 habitantes para el año 2010, incrementar al 41% la cobertura de TB MDR en el territorio nacional, Incrementar al 97,5 % la cobertura de morbilidad de TB MDR y mejorar la tasa de curación al 80%.

#### Beneficiarios

Personas afectadas participando activamente en OATs en 5 Direcciones de Salud de Lima y Callao y 9 Regiones de Salud.

Trabajadores y usuarios de 17 hospitales de regiones priorizadas.

5000 casos de TB MDR recibirán tratamiento individualizado e integral.

10 % de enfermos de TB que acceden a programas estatales de empleo y vivienda.

Contactos de enfermos en situación de alta vulnerabilidad que reciben canasta de alimentos.

- 2.1.3 Si hubiera varios componentes, describa las sinergias que se esperan de la combinación de ellos, por ejemplo, las actividades conjuntas para la tuberculosis/VIH (por sinergias, entendemos el valor agregado que traen consigo los distintos componentes, o cómo la combinación de todos ellos puede generar un impacto mayor).

Si bien los componentes persiguen objetivos definidos; existen sinergias entre ellos, puesto que al disminuir la incidencia de TB a través de intervenciones comunitarias y mejorando la calidad de los servicios, se está disminuyendo el riesgo de adquirir TB –MDR tanto en la población general como las PVVS.

Al disminuir la tasa de incidencia de TB-MDR, y como consecuencia la transmisión de la misma, se estaría disminuyendo el riesgo de fracaso de los esquemas primarios y por lo tanto incrementando la eficiencia de estos esquemas así como el riesgo de TB-MDR en las personas con VIH.

El disminuir la TB y TB-MDR en PVVS facilitara el mantenimiento de la tendencia decreciente de TB como problema de salud pública en el país, logrado a través de la eficiente aplicación de la estrategia DOTS.

El mantener al VIH/SIDA como epidemia concentrada permitirá que no se incremente el número de personas susceptibles a desarrollar TB, así como la terapia antirretroviral en las PVVS disminuirá la posibilidad de infección por TB.

La activa participación de los afectados así como de la movilización social en ambos componentes asegura la vigilancia civil y la vigencia de ambas epidemias en la agenda pública nacional respaldando así la sostenibilidad de las acciones programadas en el proyecto

El fortalecimiento del sistema sanitario en el ámbito de la comunicación, promoción, y prevención de las enfermedades, así como, los aspectos gerenciales de los servicios de salud y logísticos de laboratorios nacionales y regionales, entre otros, garantiza la atención de calidad y la vigilancia epidemiológica de ambas enfermedades, en beneficio de los afectados y de la población general.

- 2.1.4 Indique si la propuesta consiste en ampliar las iniciativas existentes o si se trata de iniciar nuevas actividades. Explique cómo se reflejan las lecciones aprendidas y las prácticas óptimas en la propuesta y describa los aspectos innovadores de la propuesta.

#### **COMPONENTE VIH**

A comienzos del nuevo siglo los cambios en la organización de los Programas del Ministerio de Salud, debilitó las estrategias diseñadas en el Plan CONTRASIDA 2000-2005, incrementando el riesgo de elevación de la prevalencia del VIH en el país. En el año 2002 el Perú obtuvo el financiamiento del Proyecto de Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y Tuberculosis, el cual tenía como objetivo el fortalecimiento de las acciones que los programas habían dejado de realizar y sobretodo introducir el tratamiento antirretroviral al país como parte de la atención integral de los PVVS. La visión de dicho proyecto era principalmente asistencialista. Las lecciones aprendidas durante la ejecución del proyecto, identificaron tres aspectos importantes: primero, que la única forma segura de detener el avance en la epidemia es mediante el fortalecimiento de las acciones de prevención; la segunda, que en toda intervención no debe descuidarse el impacto social que tiene el VIH sobre los afectados y su entorno; y la tercera, la necesidad de la descentralización e intervención de todos los sectores incluyendo el privado para asegurar la sostenibilidad de las estrategias. Es por estos motivos que la actual propuesta tiene una perspectiva de mayor peso en los aspectos preventivos, sociales y de integración multisectorial, identificando a las PVVS no como sujetos blanco de intervenciones médicas sino como principales actores de la vigilancia social de la epidemia. Las actividades del proyecto amplían y relanzan estrategias ya existentes en el Plan CONTRASIDA sobretodo los dirigidos a la prevención de ITS en poblaciones vulnerables, introduciendo nuevas iniciativas con el fin de involucrar a la sociedad civil en el cumplimiento y la sostenibilidad de la estrategia. Un aspecto novedoso en la propuesta son los aspectos de creación de un entorno favorable para los afectados mediante campañas de disminución del estigma y discriminación y el fortalecimiento de las organizaciones de PVVS. En la presente propuesta otro aspecto no previsto en el proyecto anterior ni en las estrategias nacionales, es el de colocar en agenda el riesgo de niños, niñas y adolescentes en situaciones especialmente difíciles para adquirir una ITS e ir construyendo socialmente las bases de protección frente al VIH; y finalmente el apoyo a los huérfanos por el VIH como una línea de acción de la estrategia nacional. Uno de los aspectos que también busca explotar esta propuesta, es el proceso de regionalización (descentralización) en la que actualmente se encuentra el país, no solo políticamente sino en la entrega de la salud, con lo que se aseguraría su sostenibilidad en las diferentes regiones

#### **COMPONENTE TUBERCULOSIS**

El Objetivo 1, relativo al fortalecimiento de entornos favorables (supportive environments) construye, sobre la experiencia en 18 distritos de Lima, y busca niveles superiores de participación, en asocio con el sistema de salud en los niveles local y regional, y de articulación con redes por la defensa del derecho a la salud de mayor envergadura e incidencia política a nivel nacional. La cobertura de este objetivo alcanza a la totalidad de Lima y Callao y a nueve Regiones adicionales. En relación al Objetivo 2 la intervención en los aspectos preventivos se concentra en las acciones orientadas al control de infecciones en áreas hospitalarias; antes se trabajó en establecimientos del primer nivel. En el Objetivo 3 se propone la creación de Centros de Excelencia y la expansión del acceso a la atención y tratamiento integral. La propuesta es nueva e intenta potenciar las capacidades y experiencia nacionales a favor de incrementar la calidad de la respuesta de los servicios, en especial a casos de alta complejidad

de TB-MDR, y **coinfección VIH TB** de integrar las acciones de la estrategia al trabajo descentralizado y multisectorial del sector.

Las actividades del soporte y rehabilitación social del Objetivo 4 son nuevas. Se capacitará a personas afectadas para desempeñarse como facilitadoras de grupos de apoyo a los enfermos y sus familiares. Es nueva, también, la promoción de la incorporación de los afectados a programas sociales de vivienda y empleo del Estado.

## 2.2 Información resumida del componente y del financiamiento

Tabla 2.2 – Resumen del financiamiento total

	Total de fondos solicitados en EUR/USD					
	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
<b>VIH/SIDA</b>	5,752,802	4,122,095	1,254,885	1,034,410	803,703	12,967,865
<b>Tuberculosis</b>	7,233,248	8,235,072	6,943,021	5,699,369	4,434,839	32,545,549
<b>Malaria</b>						
<b>Fortalecimiento de los sistemas sanitarios</b>	3,437,174	3,457,026	3,594,198	3,436,386	3,086,415	17,011,198
<b>Total</b>	16,423,224	15,814,193	11.792.104	10,170,165	8,324,957	62,524,612

Tabla 3 Tipo de solicitud:

Tipo de Solicitud:		
<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismo de Coordinación de País	→ ir a la sección 3.1
<input type="checkbox"/>	Mecanismo de Coordinación de País Subnacionales;	→ ir a la sección 3.2
<input type="checkbox"/>	Mecanismo de Coordinación Regional (incluye Pequeños Estados Insulares)	→ ir a la sección 3.3
<input type="checkbox"/>	Organización Regional	→ ir a la sección 3.4
<input type="checkbox"/>	Sin Mecanismo de Coordinación de País	→ ir a la sección 3.5

### 3.1 Mecanismos de Coordinación de País Nacionales

Tabla 3.1 – MCP Nacional. Información básica

Nombre del Mecanismo de Coordinación de País Nacional	Fecha de creación
COORDINADORA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD	8 DE AGOSTO DEL 2002
<p>3.1.1 Describa cómo funciona el MCP nacional, en especial, en qué medida el MCP actúa como alianza entre el gobierno y los diferentes actores de la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, el sector privado y las instituciones académicas y cómo coordina sus actividades con otras estructuras nacionales (tales como los Consejos Nacionales de Prevención y Control del SIDA)</p>	

En Julio del 2002, los y las representantes de las diferentes instituciones interesadas en aunar esfuerzos para la lucha frente a la epidemia del VIH/SIDA y Tuberculosis, acuerdan que deberían conformar un espacio mayor que funcione como mecanismo coordinador país. Durante una serie de reuniones con participación de varios sectores de la sociedad civil, instituciones públicas y organizaciones de personas directamente afectadas se implementó este espacio multisectorial denominado CONAMUSA, Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud. Desde este momento, se mira con mucho entusiasmo la construcción de un espacio legitimizado por la sociedad civil para desarrollar en cooperación democrática con las instancias del gobierno una responsable ciudadanía en salud, comprendida desde su dimensión integral e inclusiva. Por ello se intenta una serie de manuales de organización y funciones (MOF). Y es en el mes de Mayo del 2004, que se logra su reconocimiento por el actual gobierno a través de un Decreto Supremo No.007-2004-SA firmado por el Presidente Constitucional de la República, Dr. Alejandro Toledo, refrendado por los Ministros de Defensa, Interior, Justicia, Educación, Salud, Trabajo y Promoción del Empleo, y el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Mediante el respectivo Decreto Supremo se oficializa su constitución, conformación y se determina que el Ministerio de Salud a través de la Ministra de Salud, asume la Presidencia. Posteriormente el 02 de Febrero del 2005 se modifica el artículo 3 del Decreto supremo, con la finalidad de asegurar que en el marco de la promoción de la participación activa de representantes locales de la sociedad civil y del sector privado, conjuntamente con el Gobierno, resulta conveniente viabilizar la posibilidad de que cualquiera de los miembros de la

CONAMUSA ejerza su presidencia. Presidencia por lo tanto, que será ejercida de manera rotatoria entre representantes del Estado y de la Sociedad Civil.

Asegurado los niveles de conducción de manera más amplia y participativa, se elabora un reglamento de funcionamiento de la CONAMUSA , que es legitimizado por medio de una Resolución Ministerial No.218-2005/MINSA, en concordancia con las funciones y atribuciones establecidas en ejecución de los instrumentos legales celebrados hasta el momento. Quien es la Presidenta actual de la Asamblea de la CONAMUSA es la Dra. Pilar Mazetti, Ministra de Salud. Esta asamblea cuenta con competencias y funciones establecidas y donde participan en relación al Estado: los siguientes Ministerios: Salud, Defensa, Interior, Justicia, Educación Trabajo y Promoción del Empleo, y finalmente el Ministerio de la mujer y Desarrollo Social. En relación a la Sociedad Civil: la representación de las ONG's en VIH/SIDA y TB, representación de Organizaciones de personas afectadas por el VIH/SIDA, TBC y la Malaria, representación de organizaciones religiosas o interconfesionales, y la representación de las instituciones académicas y las agencias de cooperación. Esta asamblea es convocada de manera ordinaria, por lo menos una vez al año; y de manera extraordinaria, ha existido la costumbre que ha sido a veces convocada una vez cada tres meses. A este nivel se reporta todo lo avanzado en relación al proyecto del Fondo Global, tanto la Secretaría Ejecutiva como el Receptor Principal deben rendir cuentas de los avances del proyecto. La representación delegada por la Asamblea de la CONAMUSA, lo tiene su Secretaría Ejecutiva, constituida con tres Miembros de la Alta dirección del Ministerio de Salud, que incluye los Coordinadores Nacionales de las estrategias sanitarias de VIH/SIDA y de TBC. Asimismo participan dos representantes de las organizaciones de la sociedad civil, y un representantes por cada organización de personas afectadas de TBC, VIH/SIDA y Malaria. Esta secretaría ejecutiva tiene una serie de funciones descritas en su reglamento, y por ello se encarga de coordinar subcomisiones temáticas: VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria. Para ello cuenta con un secretario ejecutivo que representa por delegación a la Secretaría Ejecutiva ante la Asamblea General y como interlocutor con los responsables de los correspondientes proyectos que se promuevan. El Secretario Ejecutivo es elegido por la Asamblea General, pudiendo ejercer el cargo una persona que no represente a alguna entidad pública o privada que conforma la CONAMUSA..

Asimismo el reglamento establece la existencia de los comités técnicos y consultivos, de mucha importancia en la gestión de la CONAMUSA, ya que son instancias de asesoría permanente, que brindan asistencia técnica especializada. En ella los representantes de Cooperación Internacional participan, y actualmente estamos invitando a las instituciones académicas y organismos de investigación.

Finalmente el Presidente de la Secretaría Ejecutiva, como representante legal de la CONAMUSA, o el Secretario Ejecutivo por delegación, es el responsable de dirigir y conducir las relaciones interinstitucionales con la finalidad de alcanzar niveles de institucionalidad de la CONAMUSA, en la gestión de nuevos proyectos y en la consolidación de las que se ejecutan, que le permitan desarrollar una gestión democrática y participativa en el marco de los Derechos Humanos a la Salud, Participación Social(ciudadanía) , Salud Integral y Abogacía por la Salud en beneficio de toda la población, en forma preferencial para con las personas que viven con el VIH/SIDA, afectados por la TBC y la Malaria.

Por ahora, los procesos de descentralización y regionalización del país, esta ocasionando procesos propios de existencia de la CONAMUSA en esta regiones. Se han instalado por el momento cinco COREMUSAS (Consejos Regionales Multisectoriales de Salud) en las cinco ciudades de mayor prevalencia de las afectaciones. Estos consejos regionales multisectoriales existen en relación vital con los actuales Gobiernos Regionales y Consejos Regionales de Salud. Actualmente, estos son los espacios de mayor desafío para el fortalecimiento institucional de la CONAMUSA.

Ajuntamos, el Plan Estratégico 2004-2007, y la Evaluación de acciones de la CONAMUSA y Plan Estratégico. También el Organigrama respectivo. También contamos con un documento previo que esta siendo evaluado y que reúne la sistematización de la experiencia de la CONAMUSA.

## 3.2 Sección aval de la propuesta y sección de miembros

### 3.2.1 Representación

Tabla 3.6.1 – Información sobre la conducción del MCP Nacional o Subnacional o MP Regional

	Presidente	Vicepresidente
<b>Nombre</b>	Dra. PILAR MAZZETTI SOLER	---
<b>Cargo</b>	Ministra de Salud	---
<b>Dirección postal</b>	Av. Salaverry cuadra 8 s/n Jesús María Lima, Perú	---
<b>Teléfono</b>	(+511) 3156600	---
<b>Fax</b>	(+511) 4310093	---
<b>Correo electrónico</b>	<a href="mailto:pmazzetti@minsa.gob.pe">pmazzetti@minsa.gob.pe</a>	---

### 3.2.2 Información de contacto:

Tabla 3.6.2 – Solicitantes que no se presentan a través de un MCP y solicitantes de Organizaciones Regionales: información de contacto

	Contacto principal	Contacto secundario
<b>Nombre</b>	Rev. David Limo Pajar	Dr. Luís Enrique Podesta Gavilano
<b>Cargo</b>	Secretario Ejecutivo CONAMUSA	Presidente de la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA.
<b>Organización</b>	CONAMUSA (MCP-Perú)	CONAMUSA (MCP-Perú)
<b>Dirección postal</b>	Av. (Lima) Juan C. Montarella No. 117, Chorrillos, Lima-Perú	Av. Salaverry cuadra 8 s/n. Jesús María Lima , Perú
<b>Teléfono</b>	(+511) 4671115 / 2524119	(+511) 3156600
<b>Fax</b>	(+511) 2511724	(+511) 3156600 – 2705
<b>Correo electrónico</b>	<a href="mailto:secretariaejecutiva@conamusa.com">secretariaejecutiva@conamusa.com</a>	<a href="mailto:lpodesta@minsa.gob.pe">lpodesta@minsa.gob.pe</a>
	<a href="mailto:conamusa@conamusa.com">conamusa@conamusa.com</a>	

### 3.2.3 Información de los miembros

Tabla 3.6.3 – Información sobre los miembros del MCP Nacional o Subnacional o del MC Regiona

Información detallada sobre los miembros del MCP Nacional o Subnacional o del MC Regional
<b>Miembro 1:</b>

<b>Organismo/Organización</b>	Ministerio de Salud	Sitio Web	www.minsa.gob.pe
<b>Tipo</b>	Sector Gobierno	Sector representado	Salud
<b>Nombre del representante</b>	Dra. Pilar Mazzetti Soler	Miembro del MCP desde	Febrero, 2004
<b>Cargo en el organismo</b>	Ministra de Estado	Fax	(+511) 4310093
<b>Correo electrónico</b>	pmazzetti@minsa.gob.pe	Teléfono	(+511) 3156600
<b>Función principal que desempeña en el Mecanismo de Coordinación y en el desarrollo de la propuesta</b>	Presidenta del MCP: Coordinadora Multisectorial de Salud (CONAMUSA)	Dirección de correo electrónico	<a href="mailto:conamusa@conamusa.com">conamusa@conamusa.com</a>
<b>Miembro 2:</b>			
<b>Organismo/Organización</b>	Ministerio de Salud	Sitio Web	www.minsa.gob.pe
<b>Tipo</b>	Gobierno	Sector representado	Salud
<b>Nombre del representante</b>	Dr. Luís Enrique Podesta Gavilano	Miembro del MCP desde	Febrero, 2004
<b>Cargo en el organismo</b>	Director General de Salud de las Personas	Fax	(+511) 4249975
<b>Correo electrónico</b>	<a href="mailto:lpodesta@minsa.gob.pe">lpodesta@minsa.gob.pe</a>	Teléfono	(+511) 3156600
<b>Función principal que desempeña en el Mecanismo de Coordinación y en el desarrollo de la propuesta</b>	Presidente de la Secretaría Ejecutiva. Conductor de los procesos de representación.	Dirección de correo electrónico	<a href="mailto:conamusa@conamusa.com">conamusa@conamusa.com</a>

<b>Miembro 3:</b>			
<b>Organismo/Organización</b>	Ministerio de Salud	Sitio Web	www.minsa.gob.pe
<b>Tipo</b>	Gobierno	Sector representado	Salud
<b>Nombre del representante</b>	Estela Aurora Roeder Carbo	Miembro del MCP desde	18 Abril 2005
<b>Cargo en el organismo</b>	Asesora de la Alta Dirección-MINSA.	Fax	(+511) 4249975
<b>Correo electrónico</b>	eroeder@minsa.gob.pe	Teléfono	(+511) 3156600
<b>Función principal que desempeña en el Mecanismo de Coordinación y en el desarrollo de la propuesta</b>	Participante con representaciones técnicas en los comités temáticos de TBC y VIH/SIDA.	Dirección de correo electrónico	
<b>Miembro 4:</b>			
<b>Organismo/Organización</b>	Ministerio de Salud	Sitio Web	www.minsa.gob.pe
<b>Tipo</b>	Gobierno	Sector representado	Salud
<b>Nombre del representante</b>	Carlos Mansilla Herrera	Miembro del MCP desde	18 Abril 2005
<b>Cargo en el organismo</b>	Asesor de la Alta Dirección	Fax	(+511) 4249975
<b>Correo electrónico</b>	cmansilla@minsa.gob.pe	Teléfono	(+511) 3156600
<b>Función principal que desempeña en el Mecanismo de Coordinación y en el desarrollo de la propuesta</b>	Participante con representaciones técnicas en los comités temáticos de TBC y	Dirección de correo electrónico	

<b>desarrollo de la propuesta</b>	temáticos de TBC y VIH/SIDA.		
<b>Miembro 5:</b>			
<b>Organismo/Organización</b>	Ministerio de Defensa	Sitio Web	www.mindef.gob.pe
<b>Tipo</b>	Gobierno	Sector representado	Fuerzas Armadas
<b>Nombre del representante</b>	Dr. Rafael Rodríguez Bayona	Miembro del MCP desde	Agosto 2002
<b>Cargo en el organismo</b>	Teniente Coronel del Ejército Peruano. Vocal de Normas Médico administrativas del Comité de Prevención y control VIH/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policiales.	Fax	(+511) 6190617
<b>Correo electrónico</b>	<a href="mailto:rjrb1@hotmail.com">rjrb1@hotmail.com</a>	Teléfono	(+511) 4493429
<b>Función principal que desempeña en el Mecanismo de Coordinación y en el desarrollo de la propuesta</b>	Participante con representaciones técnicas en los comités temáticos de TBC y VIH/SIDA.	Dirección de correo electrónico	
<b>Miembro 6:</b>			

<b>2 Organismo/Organización</b>	Ministerio del Interior	Sitio Web	www.mininter.gob.pe
	Gobierno	Sector representado	Gobierno Interior y de Policía.
<b>Nombre del representante</b>	Dr. Juan Miguel Castañeda Alarcón	Miembro del MCP desde	Agosto 2002
<b>Cargo en el organismo</b>	Coronel Médico de la Policía Nacional del Perú. Jefe de la Oficina de Epidemiología de la Policía Nacional del Perú.	Fax	(+511) 4675581
<b>Correo electrónico</b>	juan_casta@hotmail.com	Teléfono	(+511) 4674676
<b>Función principal que desempeña en el Mecanismo de Coordinación y en el desarrollo de la propuesta</b>	Participante con representaciones técnicas en los comités temáticos de TBC y VIH/SIDA .	Dirección de correo electrónico	
<b>Miembro 7:</b>			
<b>Organismo/Organización</b>	Ministerio de Justicia	Sitio Web	www.minjus.gob.pe
<b>Tipo</b>	Gobierno	Sector representado	Administración de Justicia.
<b>Nombre del representante</b>	Guillermo Julio Vargas Jaramillo	Miembro del MCP desde	Agosto 2002
<b>Cargo en el organismo</b>	Presidente de la Comisión de Indulto y Derecho de Gracias por Razones Humanitarias. Secretario Especializado de Gracias Presidenciales.	Fax	(+511) 4410547

<b>Correo electrónico</b>	gvargas@minjus.gob.pe	<b>Teléfono</b>	(+511) 4404310-225
<b>Función principal que desempeña en el Mecanismo de Coordinación y en el desarrollo de la propuesta</b>	Participante con representación técnica en el comité temático de TBC y VIH/SIDA.	<b>Dirección de correo electrónico</b>	
<b>Miembro 8:</b>			
<b>Organismo/Organización</b>	Ministerio de Educación y Cultura	<b>Sitio Web</b>	<a href="http://www.minedu.gob.pe">www.minedu.gob.pe</a>
<b>Tipo</b>	Gobierno	<b>Sector representado</b>	Educación
<b>Nombre del representante</b>	Lic. Francisco Javier Marcone Flores	<b>Miembro del MCP desde</b>	Agosto 2002
<b>Cargo en el organismo</b>	Jefe de Oficina de Tutoría y Prevención Integral.	<b>Fax</b>	(+511) 4284716
<b>Correo electrónico</b>	fmarcone@minedu.gob.pe	<b>Teléfono</b>	(+511) 4350711
<b>Función principal que desempeña en el Mecanismo de Coordinación y en el desarrollo de la propuesta</b>	Participante con representaciones técnicas en los comités temáticos de TBC y VIH/SIDA.	<b>Dirección de correo electrónico</b>	
<b>Miembro 9:</b>			
<b>Organismo/Organización</b>	Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo	<b>Sitio Web</b>	<a href="http://www.mintra.gob.pe">www.mintra.gob.pe</a>
<b>Tipo</b>	Gobierno	<b>Sector representado</b>	
			Trabajo y Empleo

<b>Nombre del representante</b>	Dr. Guillermo Miranda Hurtado	Miembro del MCP desde	Agosto,2002
<b>Cargo en el organismo</b>	Director General Oficina de Asesoría Jurídica	Fax	(+511) 3156000-5011
<b>Correo electrónico</b>	gmiranda@mintra.gob.pe	Teléfono	(+511) 3157200
<b>Función principal que desempeña en el Mecanismo de Coordinación y en el desarrollo de la propuesta</b>	Participante con representaciones técnicas en los comités temáticos de TBC y VIH/SIDA.	Dirección de correo electrónico	
<b>Miembro 10:</b>			
<b>Organismo/Organización</b>	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social	Sitio Web	www.mimdes.gob.pe
<b>Tipo</b>	Gobierno	Sector representado	Mujer y Desarrollo Social
<b>Nombre del representante</b>	Dra. Carmen Estela Benavides	Miembro del MCP desde	Agosto 2002
<b>Cargo en el organismo</b>	Directora General de Personas Adultas Mayores	Fax	(+511) 4289800-2014
<b>Correo electrónico</b>	cestela@mimdes.gob.pe	Teléfono	(+511) 4289800
<b>Función principal que desempeña en el Mecanismo de Coordinación y en el desarrollo de la propuesta</b>	Participante con representación técnica en el comité temático de TBC y SIDA.	Dirección de correo electrónico	
<b>Miembro 11:</b>			
<b>Organismo/Organización</b>	Socios en Salud	Sitio Web	www.pih.org
<b>Tipo</b>	Organización no	Sector	

	Gubernamental	representado	
			TB
<b>Nombre del representante</b>	Lic. Emma Rubin de Celis	Miembro del MCP desde	Agosto 2002
<b>Cargo en el organismo</b>	Representante	Fax	(+511) 6125208
<b>Correo electrónico</b>	emmarubin@yahoo.com	Teléfono	(+511) 6125200
<b>Función principal que desempeña en el Mecanismo de Coordinación y en el desarrollo de la propuesta</b>	Participante con representación técnica en el comité temático de TB.  Miembro de la Secretaría Ejecutiva.	Dirección de correo electrónico	
<b>Miembro 12:</b>			
<b>Organismo/Organización</b>	RED SIDA PERÚ	Sitio Web	www.redsidaperu.org
<b>Tipo</b>	Organización Gubernamental no	Sector representado	VIH/SIDA
<b>Nombre del representante</b>	Dr. Robinson Cabello Chávez	Miembro del MCP desde	Agosto 2002
<b>Cargo en el organismo</b>	Investigador y Representante	Fax	(+511) 4331578
<b>Correo electrónico</b>	robincab@vialibre.org.pe	Teléfono	(+511) 4331396
<b>Función principal que desempeña en el Mecanismo de Coordinación y en el desarrollo de la propuesta</b>	Participante con representación técnica en el comité temático de VIH/SIDA.  Miembro de la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA.	Dirección de correo electrónico	

<b>Miembro 13:</b>			
<b>Organismo/Organización</b>	Colectivo por la Vida	Sitio Web	
<b>Tipo</b>	Organización Gubernamental no	Sector representado	VIH/SIDA
<b>Nombre del representante</b>	Lic. Estrelia Nizama Ruiz	Miembro del MCP desde	Agosto 2002
<b>Cargo en el organismo</b>	Representante	Fax	(+511) 3461502
<b>Correo electrónico</b>	enizama@hotmail.com	Teléfono	(511) 3461502
<b>Función principal que desempeña en el Mecanismo de Coordinación y en el desarrollo de la propuesta</b>	Participante con representación técnica en el comité temático de VIH/SIDA.  Miembro de la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA.	Dirección de correo electrónico	
<b>Miembro 14:</b>			
<b>Organismo/Organización</b>	Asociación de Enfermos de TBC Victoria Castillo de Canales	Sitio Web	---
<b>Tipo</b>	Organización de Personas Afectadas	Sector representado	TB
<b>Nombre del representante</b>	Elena Cuba Zapata	Miembro del MCP desde	Agosto 2002
<b>Cargo en el organismo</b>	Presidenta	Fax	
<b>Correo electrónico</b>	<a href="mailto:ecubazapata@hotmail.com">ecubazapata@hotmail.com</a> <a href="mailto:asetvictoria@yahoo.com">asetvictoria@yahoo.com</a>	Teléfono	(+511) 5376115 (+511) 99132695
<b>Función principal que</b>	Participante con	Dirección de	

<b>desempeña en el Mecanismo de Coordinación y en el desarrollo de la propuesta</b>	representación técnica en el comité temático de TB.  Activista de reconocida trayectoria.  Miembro de la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA.	correo electrónico	
<b>Miembro 15:</b>			
<b>Organismo/Organización</b>	Red Peruana de Mujeres que Viven con VIH/SIDA	Sitio Web	
<b>Tipo</b>	Organizaciones de Personas Viviendo con VIH/SIDA	Sector representado	VIH/SIDA
<b>Nombre del representante</b>	Luz Guiselly Flores Arroyo	Miembro del MCP desde	Agosto 2002
<b>Cargo en el organismo</b>	Representante	Fax	(+511) 4713587
<b>Correo electrónico</b>	<a href="mailto:ciudadanapositiva@yahoo.es">ciudadanapositiva@yahoo.es</a> <a href="mailto:gflores@minsa.gob.pe">gflores@minsa.gob.pe</a>	Teléfono	(+511) 4713587 (+511) 96508803
<b>Función principal que desempeña en el Mecanismo de Coordinación y en el desarrollo de la propuesta )</b>	Participante con representación técnica en el comité temático de VIH/SIDA.  Activista de reconocida trayectoria.  Miembro alterno de la Secretaría Ejecutiva	Dirección de correo electrónico	
<b>Miembro 16:</b>			
<b>Organismo/Organización</b>	Programa de soporte a la autoayuda de personas seropositivas – PROSA.	Sitio Web	
<b>Tipo</b>	Organizaciones de Personas Viviendo con VIH/SIDA	Sector representado	VIH/SIDA

<b>Nombre del representante</b>	Javier Pablo Anamaría Cárdenas	Miembro del MCP desde	Agosto 2002
<b>Cargo en el organismo</b>	Representante	Fax	(+511) 4701374
<b>Correo electrónico</b>	<a href="mailto:pfredla@yahoo.com">pfredla@yahoo.com</a> <a href="mailto:prosa_autoayuda@yahoo.com">prosa_autoayuda@yahoo.com</a>	Teléfono	(+511) 2660746 (+511) 99894430
<b>Función principal que desempeña en el Mecanismo de Coordinación y en el desarrollo de la propuesta</b>	Participante con representación técnica en el comité temático de VIH/SIDA. Activista de reconocida trayectoria. Miembro de la Secretaría Ejecutiva.	Dirección de correo electrónico	
<b>Miembro 17:</b>			
<b>Organismo/Organización</b>	Conferencia Episcopal Peruana	Sitio Web	www.iglesiaticatolica.org.pe
<b>Tipo</b>	Organizaciones Religiosas-confesiones	Sector representado	Iglesia Católica Romana
<b>Nombre del representante</b>	Graciela Solís Díaz	Miembro del MCP desde	Agosto 2002
<b>Cargo en el organismo</b>	Secretaria Ejecutiva del Departamento de Pastoral de Salud	Fax	(+511) 4631010
<b>Correo electrónico</b>	gsolis@iglesiaticatolica.org.pe	Teléfono	(+511) 4631010-279
<b>Función principal que desempeña en el Mecanismo de Coordinación y en el desarrollo de la propuesta</b>	Participante con representación técnica en el comité temático de TBC, SIDA y Malaria.	Dirección de correo electrónico	
<b>Miembro 18:</b>			

<b>Organismo/Organización</b>	Centro Parroquial Ecuménico Rosa Blanca y la Iglesia Anglicana del Perú.	Sitio Web	
<b>Tipo</b>	Organizaciones Religiosas	Sector representado	Iglesia Anglicana, y sectores cristianos ecuménicos.
<b>Nombre del representante</b>	Rev. David Limo Pajar	Miembro del MCP desde	Agosto 2002
<b>Cargo en el organismo</b>	Director Ejecutivo Representante Eclesiástico de la Iglesia Anglicana.	Fax	(+511) 251-1724
<b>Correo electrónico</b>	<a href="mailto:limo@terra.com.pe">limo@terra.com.pe</a>	Teléfono	(+511) 4671115
<b>Función principal que desempeña en el Mecanismo de Coordinación y en el desarrollo de la propuesta</b>	Secretario Ejecutivo de la CONAMUSA. Participante con representación técnica en el comité temático de SIDA.	Dirección de correo electrónico	<a href="mailto:secretariaejecutiva@conamusa.com">secretariaejecutiva@conamusa.com</a> <a href="mailto:conamusa@conamusa.com">conamusa@conamusa.com</a>
<b>Miembro 19:</b>			
<b>Organismo/Organización</b>	Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina.	Sitio Web	www.unmsm.edu.pe
<b>Tipo</b>	Instituciones Académicas	Sector representado	UNIVERSIDAD
<b>Nombre del representante</b>	Dra. Irma Doris Lobón Ramos	Miembro del MCP desde	Agosto 2002
<b>Cargo en el organismo</b>	Coordinadora General de la Oficina de Proyectos	Fax	(+511) 3283231
<b>Correo electrónico</b>	<a href="mailto:irmalobon@yahoo.es">irmalobon@yahoo.es</a>	Teléfono	(511) 99686069

<b>Función principal que desempeña en el Mecanismo de Coordinación y en el desarrollo de la propuesta</b>	Participante con representaciones técnicas en los comités temáticos de TBC y VIH/SIDA.	Dirección de correo electrónico	
	Miembro permanente del Comité Técnico y Consultivo de la CONAMUSA.		
<b>Miembro 20:</b>			
<b>Organismo/Organización</b>	Universidad Peruana Cayetano Heredia	Sitio Web	www.upch.edu.pe
<b>Tipo</b>	Instituciones Académicas	Sector representado	UNIVERSIDAD
<b>Nombre del representante</b>	Eduardo Gotuzzo Herencia	Miembro del MCP desde	Agosto 2002
<b>Cargo en el organismo</b>	Investigador y Representante	Fax	(+511) 4821130
<b>Correo electrónico</b>	<a href="mailto:egh@upch.edu.pe">egh@upch.edu.pe</a>	Teléfono	(+511) 4823910
<b>Función principal que desempeña en el Mecanismo de Coordinación y en el desarrollo de la propuesta</b>	Participante con representaciones técnicas en los comités temáticos de TBC y VIH/SIDA.	Dirección de correo electrónico	
	Miembro permanente del Comité Técnico y Consultivo de la CONAMUSA.		
<b>Miembro 21:</b>			
<b>Organismo/Organización</b>	Cooperación Alemana al Desarrollo GTZ	Sitio Web	www.gtzperu-salud.org
<b>Tipo</b>	Agencias Cooperantes	Sector representado	BILATERAL

<b>Nombre del representante</b>	Guillermo Diller	Miembro del MCP desde	Agosto 2002
<b>Cargo en el organismo</b>	Asesor Principal Proyecto Salud Integral del adolescente y Prevención del VIH y Sida	Fax	(+511) 4226188
<b>Correo electrónico</b>	<a href="mailto:gdiller@minsa.gob.pe">gdiller@minsa.gob.pe</a> <a href="mailto:gtz-peru@gtz.de">gtz-peru@gtz.de</a>	Teléfono	(+511) 2224034
<b>Función principal que desempeña en el Mecanismo de Coordinación y en el desarrollo de la propuesta</b>	Participante con representación técnica en el comité temático de SIDA.	Dirección de correo electrónico	
	Miembro permanente del Comité Técnico y Consultivo de la CONAMUSA.		
<b>Miembro 22:</b>			
<b>Organismo/Organización</b>	Organización Panamericana de la Salud	Sitio Web	<a href="http://www.per.ops-oms.org">www.per.ops-oms.org</a>
<b>Tipo</b>	Agencias Cooperantes	Sector representado	MULTILATERAL
<b>Nombre del representante</b>	Dr. Rubén Figueroa	Miembro del MCP desde	Agosto 2002
<b>Cargo en el organismo</b>	Representante	Fax	(+511) 2226405
<b>Correo electrónico</b>	<a href="mailto:rfiguero@paho.org">rfiguero@paho.org</a>	Teléfono	(+511) 4213030
<b>Función principal que desempeña en el Mecanismo de Coordinación y en el desarrollo de la propuesta</b>	Participante con representación técnica en el comité temático de TBC.	Dirección de correo electrónico	
	Miembro permanente del Comité Técnico y Consultivo de la CONAMUSA.		
<b>Miembro 23:</b>			
<b>Organismo/Organización</b>	Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA - ONUSIDA	Sitio Web	<a href="mailto:Onusida.peru@pnu.org.pe">Onusida.peru@pnu.org.pe</a>
<b>Tipo</b>	Agencias Cooperantes	Sector	

		representado	
			MULTILATERAL
<b>Nombre del representante</b>	Rubén Mayorga Sagastume	Miembro del MCP desde	Agosto 2002
<b>Cargo en el organismo</b>	Coordinador de ONUSIDA para Perú, Ecuador y Bolivia	Fax	(+511) 4772278
<b>Correo electrónico</b>	<a href="mailto:ruben.mayorga@pnud.org.pe">ruben.mayorga@pnud.org.pe</a>	Teléfono	(+511) 2133200
<b>Función principal que desempeña en el Mecanismo de Coordinación y en el desarrollo de la propuesta</b>	Participante con representación técnica en el comité temático de SIDA. Miembro permanente del Comité Técnico y Consultivo de la CONAMUSA.	Dirección de correo electrónico	
<b>Miembro 24:</b>			
<b>Organismo/Organización</b>	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID	Sitio Web	www.usaidperu.org.pe
<b>Tipo</b>	Agencias Cooperantes	Sector representado	BILATERALES
<b>Nombre del representante</b>	Dra. Susan Thollaug	Miembro del MCP desde	Agosto 2002
<b>Cargo en el organismo</b>	Representante	Fax	(+511) 6181274
<b>Correo electrónico</b>	<a href="mailto:sthollaug@usaid.gov">sthollaug@usaid.gov</a>	Teléfono	(+511) 6181274
<b>Función principal que desempeña en el Mecanismo de Coordinación y en el desarrollo de la propuesta</b>	Participante con representaciones técnicas en los comités temáticos de TBC y VIH/SIDA. Miembro permanente del Comité Técnico y Consultivo de la CONAMUSA.	Dirección de correo electrónico	

/

3.6.4. Información detallada sobre el aval de la propuesta del MCP Nacional o Subnacional o del MC Regional

*TÍTULO DE LA PROPUESTA*





**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**

“Los abajo firmantes certificamos por el presente que hemos participado en el proceso de elaboración de la propuesta y que hemos tenido las oportunidades suficientes para influir en dicho proceso y en la presente solicitud. Hemos analizado la propuesta definitiva y deseamos respaldarla. En caso de que la propuesta fuera aprobada, nos comprometemos a continuar participando en el MCP durante el curso de su ejecución.”]

MIEMBROS DEL MCP. FIRMA DE APROBACION A LA PROPUESTA PARA LA QUINTA RONDA DEL FONDO GLOBAL.

Organismo/Organización	Nombre del representante	Cargo	Fecha	Firma
Ministry of Health	Dr. Pilar Mazzetti Soler	Chairman of CONAMUS A	Feb. 2004	
Ministry of Health	Dr. Luis Enrique Podestá Gavilano	Chairman of CONAMUS A Executive Secretariat	June 6th., 2005	
Ministry of Health	Estela Aurora Roeder Carbo	Minister of Health advisor	Apr. 2005	
Ministry of Health	Carlos Mansilla Herrera	Vice Minister Advisor	Apr. 2005	
Ministry of Woman	Dra. Carmen Estela Benavides	Representative	June 6th., 2005	
Red SIDA Perú	Dr. Robinson Cabello Chávez	Representative	June 6th., 2005	
NGO Socios en Salud	Lic. Emma Rubín de Celis	Representative	June 6th., 2005	
Asociación de Enfermos de TBC Victoria Castillo de Canales	Sra. Elena Cuba Zapata	Representative	June 6th., 2005	
Programa de soporte a la autoayuda de personas seropositivas – PROSA	Sr. Javier Pablo Anamaria Cárdenas	Representative	June 6th., 2005	
Ministry of Defense	Dr. Rafael Rodríguez Bayona	Representative	Aug. 2002	
Ministry of Internal Affairs	Dr. Juan Miguel Castañeda Alarcón	Representative	Aug. 2002	
Ministry of Justice	Guillermo Julio Vargas Jaramillo	Representative	Aug. 2002	
Ministry of Education and Culture	Lic. Francisco Javier Marcone Flores	Representative	August 2002	
Ministry of Work	Dr. Guillermo Miranda Hurtado	Representative	Aug. 2002	
NGO Colectivo por la Vida	Lic. Estrella Nizama Ruiz	Representative	Aug. 2002	
Red Peruana de Mujeres que Viven con VIH/SIDA	Luz Guiselly Flores Arroyo	Representative	Aug. 2002	
Conferencia Episcopal Peruana	Graciela Solis	Representative	Aug. 2002	
Centro Parroquial Ecueménico Rosa Blanca and la Iglesia Anglicana del Perú	David Lino Pajar	Representative	Aug. 2002	
Mayor National University de San Marcos, Facultad de	Dra. Irma Lobón	Representative	Aug. 2002	

MIEMBROS DEL MCP. FIRMA DE APROBACION A LA PROPUESTA PARA LA QUINTA RONDA DEL FONDO GLOBAL.

Medicina.				
Peruvian University Cayetano Heredia	Eduardo Goluzzo	Representative	Aug. 2002	
Cooperación Alemana al Desarrollo GTZ	Guillermo Diller	Representative	Aug. 2002	
Organización Panamericana de la Salud	Dr. Rubén Figueroa	Representative	Aug. 2002	
Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA - ONUSIDA (UNAIDS)	Ruben Mayorga	Representative	Aug. 2002	
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID	Dra. Susan Tholaug	Representative	Aug. 2002	

### 3.3 Identifique el componente de esta sección

- VIH/SIDA<sup>3</sup>  
 Tuberculosis<sup>4</sup>  
 Malaria  
 Fortalecimiento de los sistemas sanitarios

3.3.1 Indique la duración estimada del componente:

Tabla 4.1.1 – Inicio y duración de la propuesta

	Desde	Hasta
<b>Mes y año:</b>	2 enero del 2006	31 diciembre 2010

### 3.4 Personas de contacto para responder preguntas sobre este componente.

Tabla 4.2 – Personas de contacto para el componente

	Contacto principal	Contacto secundario
<b>Nombre</b>	Dr. José Luis Sebastián	Dr. Robinson Cabello
<b>Cargo</b>	Coordinador ESN VIH	Director Proyectos
<b>Organización</b>	MINSA	ONG Via Libre
<b>Dirección postal</b>	Cdra. 7 Avda. Salaverry Jesús María	Jr. Paraguay 470
<b>Teléfono</b>	3156600	4331396
<b>Fax</b>		
<b>Correo electrónico</b>	jsebastian@minsa.gob.pe	robincab@vialibre.org.pe

### 3.5 Contexto nacional en que se desarrollará el programa y análisis de las brechas de este componente

<sup>3</sup> En contextos en los cuales el VIH/SIDA impulsa la epidemia de tuberculosis, los componentes de tuberculosis deben incluir actividades que aborden conjuntamente la tuberculosis y el VIH. Para ello, se recomiendan diferentes actividades conjuntas que varían según el desarrollo de la epidemia. Para más información, consúltese la “Política Interina sobre Actividades Colaborativas TB/HIV” de la OMS, en el sitio [http://www.who.int/tb/publications/tbhiv\\_interim\\_policy/en/](http://www.who.int/tb/publications/tbhiv_interim_policy/en/).

<sup>4</sup> En contextos en los cuales el VIH/SIDA impulsa la epidemia de tuberculosis, los componentes de VIH/SIDA deben incluir actividades que aborden conjuntamente la tuberculosis y el VIH. Para ello, se recomiendan diferentes actividades conjuntas que varían según el desarrollo de la epidemia. Para más información, consúltese la “Política Interina sobre Actividades Colaborativas TB/HIV” de la OMS, en el sitio [http://www.who.int/tb/publications/tbhiv\\_interim\\_policy/en/](http://www.who.int/tb/publications/tbhiv_interim_policy/en/).

### 3.5.1 Antecedentes epidemiológicos y específicos de la enfermedad

Describa e incluya los últimos datos disponibles sobre la etapa y el tipo de epidemia y su dinámica (con información separada por edad, género, grupo poblacional y ubicación geográfica cuando sea posible), los grupos poblacionales más afectados y los datos sobre fármacorresistencia cuando sean pertinentes. (La información sobre fármacorresistencia tiene especial importancia si la propuesta incluye medicamentos antimaláricos o insecticidas. En el caso de los componentes de tuberculosis, indique y fundamente además los regímenes de tratamiento que se usan en el presente o que se utilizarán en el futuro.)

- El primer caso de SIDA fue reportado en el Perú en 1983, desde esa fecha hasta marzo del 2005 se han acumulado 16,700 casos de personas que han desarrollado la fase SIDA, y 21, 906 casos de infección por el VIH, según la Oficina General de Epidemiología. A las cifras anteriores hay que agregarles más de 50,000 personas que desconocen su estatus serológico y por lo tanto no son reportados al sistema de salud (cifra basada en estudios de vigilancia centinela del 2002 con prevalencia de 0,21% en gestantes) lo que determina una cifra alrededor de 100,000 peruanos involucrados en la epidemia. Según estimados de UNAIDS al 2003 existirían 82,000 peruanos viviendo con el VIH en un rango de 39,000 a 130,000.
- El 70% de los infectados se reportan en Lima y Callao y la mayor incidencia acumulada se encuentran localizadas en las regiones de la costa (Ica, Ancash, La Libertad, Arequipa) y la selva (Iquitos, Ucayali, San Martín).
- Los estudios de vigilancia centinela realizadas por el Comité de Vigilancia Centinela del Ministerio de Salud (Oficina General de Epidemiología, Instituto Nacional de Salud, Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA) ha identificado que la epidemia en el Perú se encuentra **concentrada** en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), la prevalencia del virus en este grupo ha variado de 18% en 1998, 11% en el 2000 a 13.9% en el 2002, mientras que las cifras en población de gestantes se ha mantenido entre 0.2 a 0.3% durante esos años. La prevalencia del VIH en HSH varía igualmente según las regiones del país, encontrándose lugares como Lima con 22.9%, Iquitos 11.6% y Piura con 10.2%. (\*)<sup>5</sup>
- En el caso de las trabajadoras sexuales la prevalencia del VIH se ha mantenido en menos del 1% durante los últimos años, siendo de 0.49%. la última cifra rescatada en la vigilancia centinela del 2002.
- En las personas privadas de su libertad, considerados también como grupo de riesgo, la prevalencia del VIH es 1.1% según vigilancia centinela del 2002
- La epidemia en el Perú al igual que en el resto del mundo ha cambiado hacia la población más joven y femenina, así tenemos que la relación hombre/ mujer ha variado de 27/1 en 1987 a 2.6/1 a Marzo del 2005, confirmando la vulnerabilidad biológica y social de la población femenina.
- El 70% de los afectados se encuentra entre los 20 y 39 años de edad
- El 97% de infecciones es por vía sexual, 2% por vía vertical y 1% por transfusión sanguínea
- Según UNAIDS se estima que al 2003 han fallecido en el Perú por SIDA 4,200 personas (con un rango de 2,100 a 7,300).
- No existe una cifra real de los huérfanos por el VIH-SIDA pero se calcula en más de 15,000 de estos niños desde el inicio de la epidemia.
- A la actualidad, hasta mayo de 2005 tenemos aproximadamente 2500 PVVS en TARGA.

Nº de casos SIDA reportados hasta Marzo del 2005 (*)	16,700
Hombres	12,979
Mujeres	3,392
Niños (menores de 15 años)	406

<sup>5</sup> Ver mapas de incidencia acumulada por la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud en anexo 2

Prevalencia en adultos (**)	0.5% (0.3-0.9)
Nº de casos VIH reportados (*)	21,906
Adultos viviendo con el VIH (* 2002)	100,000
Adultos viviendo con el VIH (**)	80,000 (39,000-130,000)
Mujeres viviendo con el VIH (**)	27,000 (13,000-44,000)
Relación hombre/ mujer (*)	2.6/1
Prevalencia en gestantes (*)	0.21%
Prevalencia en hombres que tienen sexo con otros hombres (*)	13.9%
Prevalencia en Trabajadoras sexuales (*)	0.45%
Prevalencia en personas privadas de su libertad (*)	1.1%
Muerte por SIDA (**)	4, 200 (2,100 – 7,300)

(\*) Oficina General de Epidemiología a Marzo del 2005

(\*\*) UNAIDS a finales del 2003

*La epidemia en el Perú se caracteriza por ser concentrada en Hombres que tienen sexo con otros hombres*

### 3.5.2 Sistemas sanitarios, iniciativas para el control de la enfermedad y marcos de desarrollo más amplios

- a) Describa el sistema (nacional) sanitario, incluidos los sectores público y privado, en la medida en que sean pertinentes para combatir la enfermedad en cuestión.

La respuesta del estado contra en VIH y SIDA está organizada, dentro del Sistema de Nacional de Salud, en cada uno de los sub sectores que la componen:

- El Ministerio de Salud, es el organismo que ejerce la rectoría del sistema. Estructura la normas de acción contra el VIH/SIDA, las mismas que regulan la actividad de los otros subsectores. Cuenta con la Alta Dirección, oficinas de Apoyo, Asesoría y Línea. Dentro de los órganos de línea, que son 4, se tiene la denominada Dirección General de Salud de las Personas, que cuenta las denominadas Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN) una de las cuales es la ESN - de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA.
- El Ministerio de Salud trabaja a nivel nacional con Organismos Públicos desconcentrados: las Direcciones Regionales de Salud (DIREASAS) en número de 34, asentadas a lo largo de todo el país; las Direcciones de Salud de Lima y Callao (DISAS) en número de 5 y los Institutos Especializados. Cada una de las DIREASAS y DISAS cuentan con responsables de la ESN de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA, quienes se encargan de velar por la ejecución de las diversas estrategias en la lucha contra el SIDA.

Existen Organismos Públicos Descentralizados que trabajan con el Ministerio de Salud. Uno de ellos es el Instituto Nacional de Salud (INS), el mismo que cuenta con una red de laboratorios referenciales descentralizados para el MINSA que se encargan del diagnóstico y

confirmación de laboratorio del VIH. Asimismo el INS es el responsable de los estudios de genotipificación, de resistencia del virus y afines.

Dentro de los órganos de asesoría del MINSA se encuentra la Oficina General de Epidemiología (OGE), la misma que cuenta con una red de oficinas en todas las DIRESAS y DISAS. Estas oficinas son las encargadas de la vigilancia continua y centinela de los casos de VIH/SIDA.

- El Seguro Social del Perú (EsSalud), cuyos afiliados cuentan con tratamiento antirretroviral a las personas viviendo con VIH, dentro de las prestaciones regulares que reciben.
- Las Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, cuentan con los denominados Comités de Prevención y Control del VIH/SIDA de las FFAA y PNP (COPRECOS), los cuales proponen las normas, coordinan el diagnóstico y tratamiento que se realiza en los servicios asistenciales de estas instituciones y tienen un laboratorio central de referencia.
- El Instituto Nacional Penitenciario realiza acciones de prevención del VIH en los establecimientos penales y cuenta con un convenio con el Ministerio de Salud para la entrega del TARGA a los afectados reclusos.
- El subsector privado cuenta con una serie de organismos que dirigen sus acciones en tanto en el área de promoción, prevención, como de cuidado de los afectados e investigación. Conforman una red de trabajo dirigida a unir esfuerzos en la gestión de conocimientos, generación de propuestas y potenciamiento de acciones que incidan en la lucha del VIH-SIDA.
- Algunos de los organismos de la sociedad civil calificados por el Ministerio de Salud como hábiles (Médicos sin Fronteras, Asociación Vía libre, Hogar San Camilo, Asociación Civil Impacta Salud y Educación), entregan TARGA a los PVVS, favoreciendo la descentralización del tratamiento.
- Desde el sector de las Iglesias o Comunidades Interconfesionales, la Conferencia Episcopal Peruana (Iglesia Católica Romana), a través de la Pastoral de Salud (DEPASA) ha generado corrientes de sensibilización hacia las PVVS y sus familias. Desde este sector se han establecido actividades de soporte social, a través de albergues para adultos y niños con VIH, sistemas de visitas domiciliarias y de seguimiento a la adherencia al TARGA, como ocurre con el Hogar San Camilo y la Posada del Buen Pastor. Por otra parte, la Iglesia Anglicana y el Centro Parroquial Ecueménico Rosa Blanca, han contribuido a fomentar una información abierta sobre los derechos en salud sexual en amplios sectores de adolescentes y jóvenes; como también desarrollan una serie de metodologías propias de acompañamiento y soporte a las PVVS y sus familias desde el fortalecimiento de las bases comunitarias de las PVVS, velando su empoderamiento como protagonistas y conductores de los actuales procesos.
- Las organizaciones de personas viviendo con el VIH y SIDA (PVVS), se han consolidado en grupos de base comunitaria generando liderazgos reconocidos en diferentes campos de intervención, además intervienen activamente en la ejecución de programas como el financiado por el Fondo Mundial.
- Dentro de la estructura de otros sectores del estado como el Ministerio de Educación y el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Humano se cuenta con oficinas dirigidas a la educación y protección del adolescente y del niño donde incluyen el tema de prevención del VIH/SIDA, a través de la promoción de estilos de vida saludable.
- Las actividades de las Universidades Nacionales y Particulares están dirigidas a trabajos de investigación en cambios de comportamiento en poblaciones vulnerables, intervenciones en tratamientos antirretrovirales y enfermedades oportunistas

Estos sectores y otros, tienen un representante en la CONAMUSA, espacio donde se pueden plantear sinergias en las estrategias a implementarse.

- b) Describa en forma integral las estrategias y programas de control de la enfermedad que se emplean actualmente para combatir la enfermedad en cuestión, incluidas las finalidades y objetivos correspondientes que permitan abordar la enfermedad. (Incluya los programas existentes que financia el Fondo Mundial y otros programas que ejecuten o planifiquen todas las partes interesadas y los compromisos existentes y planificados que se han asumido ante las principales iniciativas y alianzas internacionales.)

Actualmente se está construyendo el Plan Nacional Multisectorial para la lucha contra el VIH/SIDA basado en los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y liderado por la Estrategia Sanitaria correspondiente.

La Estrategia Sanitaria Nacional (ESN) de Prevención y Control de ITS VIH/SIDA diseña y norma los procesos de organización, en el ámbito de su gestión institucional y sectorial para lograr objetivos funcionales relacionados a la cultura de salud, prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, aplicando enfoques de equidad, derecho y ejercicio de la ciudadanía.

#### **Población Objetivo**

- Personas viviendo con VIH y SIDA
- Grupos con elevada prevalencia y alto riesgo de adquirir y transmitir ITS y VIH y /o contactos sexuales.
- Recién nacidos y niños de madres con ITS y VIH
- Población General.

#### **Plan de Lucha contra el VIH y SIDA:**

**Objetivo general:** Fortalecer la respuesta nacional para prevenir la transmisión de las ITS y el VIH y SIDA y disminuir su impacto en el individuo, la sociedad y la economía.

#### **Objetivos específicos:**

- Disminuir la transmisión sexual de las ITS y VIH en población general.
- Disminuir la transmisión sexual de las ITS y VIH en poblaciones vulnerables.
- Reducir la transmisión sanguínea de las ITS y VIH, incluyendo la transmisión por hemoderivados, trasplantes o durante procedimientos invasivos.
- Disminuir la transmisión vertical de las ITS/VIH.
- Reducir el impacto individual, social y económico en las personas viviendo con el VIH y SIDA.
- Fortalecer la coordinación multisectorial para el control de las ITS, VIH y SIDA.

La ESN considera tres líneas de acción: en las áreas de **promoción, prevención** de las ITS, VIH y SIDA; **atención integral** de las PVVS y **prevención de la transmisión vertical** de las ITS, VIH y SIDA.

Las actividades de Prevención y Promoción han estado enmarcadas en cuatro líneas de acción:

- Intervenciones en Poblaciones Vulnerables: Trabajadores Sexuales (TS) y Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH).
- Intervención de Consejeros Educadores de Pares.
- Fortalecimiento de la Consejería en ITS y VIH/SIDA.
- Intervenciones en Población General mediante el manejo sintomático de las ITS.

La intervención en poblaciones vulnerables se realiza mediante la estrategia de Promotores Educadores de Pares tanto en TS y HSH, se capta aproximadamente unas 2,000 personas por año en cada uno de estos grupos.

Se considera que la disminución de la prevalencia registrada en la vigilancia centinela del año 2000 hasta el 11% en HSH y la tendencia estabilizada en TS (menos del 2%) estuvo ligada al impacto de esta intervención desde 1998. Se plantea que el fortalecimiento de las estrategias preventivas y promocionales en poblaciones vulnerables deberá significar el abordaje del 80% de las poblaciones estimadas y de la mayor derivación hacia los centros especializados. La actualización de los promotores de pares y la capacitación de un nuevo contingente, con el apoyo del Fondo Mundial, está permitiendo mejorar la eficiencia y eficacia de la estrategia.

Se ha implementado los Consejeros Educadores de Pares (CEPs), quienes brindan apoyo psicosocial y educación preventiva a toda persona que vive con el VIH y fortalecen el desarrollo de un mejor seguimiento del proceso de la enfermedad, de la oportunidad de controles, exámenes y de tratamiento. En la actualidad el MINSA ya cuenta con 30 CEPs distribuidos en las cinco DISAS de Lima y Callao en 16 establecimientos de salud. Hasta el momento se han capacitado 125 consejeros de pares con fondos del proyecto de Fortalecimiento de la prevención y control del SIDA y la Tuberculosis.

La consejería no se ha desarrollado conforme lo planificado, por lo que se han conformado las Redes de Especialistas en Consejería compuesto por integrantes que provienen del Ministerio de Salud, COPRECOS y Organizaciones no gubernamentales para reimpulsar sus actividades en todos los servicios de salud.

**Las actividades de Atención Integral** se dirigen a la implementación de la atención y tratamiento de las personas viviendo con VIH y SIDA en el país. Para ello se ha desarrollado un sistema capaz de brindar una atención multidisciplinaria, con calidad para las PVVS y que en caso de las personas que reciben TARGA, busca garantizar la adherencia al tratamiento en sus tres líneas de acción: educación para la salud, consejería y de servicio social. Además se ha implementado un sistema de registro e información que brinda los alcances para las decisiones terapéuticas. Se han actualizado e implementado las normas técnicas de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) y de Adherencia al TARGA.

Desde el año 2004, en el marco del plan CONTRASIDA y de la aplicación al Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el Perú se encuentra desarrollando la implementación del tratamiento Antirretroviral buscando garantizar el acceso universal y la sostenibilidad del proceso, con la implementación de hospitales referenciales. Son beneficiarios del TARGA aproximadamente 2,500 PVVS que cumplieran con los criterios de inicio de tratamiento y se espera llegar a 5,000 para fines del año 2005. Con ayuda del Fondo Mundial se han capacitado 120 equipos multidisciplinarios - constituidos por profesionales médicos, enfermeras, psicólogos etc. -, en todo el Perú para el manejo de TARGA, estableciéndose las bases para la descentralización progresiva del tratamiento al interior del País. Además se han capacitado a voluntarios para intervenciones de campo en soporte al tratamiento así como a familiares y allegados de las PVVS para brindar soporte a la adherencia al TARGA.

**En el área de prevención de la transmisión vertical** desde 1996 el Ministerio de Salud inició la terapia profiláctica con zidovudina en gestantes VIH. Durante este periodo se han beneficiado alrededor de 100 mujeres al año con esta estrategia, pero la falta de condiciones para el diagnóstico oportuno, no logró el éxito esperado; pero desde el 2004 con el apoyo del Fondo Mundial se dispuso el ingreso de las pruebas rápidas al país (100,000 pruebas), facilitando el diagnóstico de infección tanto en el periodo prenatal como en el momento del parto y disponer del tratamiento profiláctico normado por el Ministerio de Salud. Actualmente se cuenta con la normatividad necesaria para el cumplimiento de dicha estrategia

El Fondo Mundial ha sido un apoyo importante para la implementación de acciones para enfrentar la epidemia y brindar el acceso al tratamiento, sin embargo es importante resaltar la capacidad de respuesta de las organizaciones de la sociedad civil y el estado para garantizar el abordaje y la sostenibilidad de las intervenciones que se están desarrollando en el Perú.

**Fortalecimiento de la estrategia – Coordinación Multisectorial.**

El Ministerio de Salud impulsa y favorece la participación activa de los diferentes sectores del Estado y la sociedad civil en su conjunto, a través de reuniones multisectoriales para el diseño del Plan Multisectorial para la Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA. Ello deberá permitir una mayor articulación y definición de líneas prioritarias de acción maximizando los recursos existentes, estandarizando los procesos y aprovechando la experiencia ganada de instituciones tanto públicas como privadas.

El Ministerio de Salud forma parte de la CONAMUSA, que es el mecanismo coordinador país ante el Fondo Mundial, participando activamente de sus actividades y convocatorias.

- c) Describa cuál es la función de las iniciativas para el control del SIDA, la tuberculosis y/o malaria en los marcos de desarrollo más amplios, tales como los Estudios Estratégicos para la Reducción de la Pobreza (ERP), la Iniciativa para los Países Pobres Altamente Endeudados, los planes (HIPC, por sus siglas en inglés), o los planes para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, o los abordajes sectoriales. Describa los enlaces a iniciativas internacionales tales como la Iniciativa “3 por 5”, de la OMS/ONUSIDA, la Alianza Mundial Alto a la tuberculosis (Stop TB) o la Alianza Hacer Retroceder la Malaria

El Perú es un país que se ha comprometido con el cumplimiento de objetivos internacionales creados para la lucha contra las ITS, VIH y SIDA. En 1995 se firmó el compromiso de eliminar la sífilis congénita para el año 2000 para lo cual el Ministerio de Salud a través del Programa de Control de ETS y SIDA (PRO CETSS) diseñó la estrategia que se aplica hasta la actualidad.

En el año 2001, el Perú participó en la declaración de compromiso para la lucha contra el SIDA en las Naciones Unidas (UNGASS) donde se definían las esferas prioritarias para la respuesta a esta epidemia dirigidas a detener su propagación y aliviar el impacto social y económico que arrastra consigo. El diseño de las medidas están dirigidas a áreas como la prevención, al aumento del acceso a la atención y al tratamiento, al cuidado de los huérfanos a causa del SIDA, la búsqueda de alianzas entre el sector público y privado, a la necesidad de dar una respuesta multisectorial acelerada a la epidemia y la necesidad de contar con los recursos necesarios para lograr una respuesta efectiva.

Las medidas establecidas en el compromiso del UNGASS están dirigidas además, al cumplimiento de la meta 7 del objetivo 6 (Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades) de la Declaración del Milenio (Objetivos de Desarrollo del Milenio) firmado en la sede de las Naciones Unidas por 189 Estados Miembros dentro de los cuales se encuentra el Perú.

Para el cumplimiento de estos compromisos el gobierno está tratando de crear alianzas con empresas privadas y con la sociedad civil, basados en el marco legal de la ley 26626 “Ley CONTRASIDA”, y su modificatoria la ley 28243 que introduce el TARGA como obligación del estado en la atención integral de las PVVS. La creación de la CONAMUSA está construyendo los espacios de diálogo que faciliten estas acciones; de igual manera, el gobierno participó en forma activa en Negociación Conjunta de Medicamentos Antirretrovirales y Reactivos para el VIH/SIDA en la Región, junto con los países de la Subregión Andina, Argentina, México, Paraguay, Uruguay en junio de 2003. Asimismo, el Perú inicio hace 4 años la estrategia de Mesas de Lucha contra la Pobreza, las mismas que incluyen dentro de sus componentes de trabajo colaborar en la lucha contra el VIH SIDA.

En el presente año el Ministerio de Salud ha sido incluido en la estrategia 3x5 de OMS/OPS recibiendo 18,000 dólares para ejecución de planes de tratamiento antirretroviral.

A continuación se señalan algunos elementos legales que muestran el compromiso del Gobierno en la lucha contra el VIH:

Compromiso del Perú para erradicar la sífilis congénita ante la Organización Panamericana de la Salud	1995
Promulgación de la Ley 26626 CONTRASIDA, que consagra los derechos de las poblaciones vulnerables, afectadas y de la priorización nacional de la problemática	1996
Publicación de la Doctrina, normas y procedimientos para el control de las ITS y el SIDA en el Perú	1996
Reglamento de la Ley 26626	1997
Declaración de compromiso para la lucha contra la pandemia del SIDA por parte del gobierno peruano en las Naciones Unidas – Reunión UNGASS	2001
Promulgación de la Ley 27450, que exonera de impuestos a los medicamentos antirretrovirales	2001
Promulgación del Decreto Supremo N° 236, publicando la lista de medicamentos incluidos en la ley 27450	2001
Decreto Supremo de acciones del Seguro Integral de Salud que involucra el tratamiento antirretroviral gratuito a los niños hasta los 17 años	2002
Reconocimiento de la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud CONAMUSA con Decreto Suprema N° N°007-2004-SA	2004
Promulgación de la Ley 28243 que implementa el tratamiento integral que incluye tratamiento para las personas viviendo con el VIH	2004
Promulgación de la Resolución Ministerial N° 084-2005/MINSA que aprueba la Norma Técnica para la prevención de la transmisión vertical del VIH.	2005
Decreto Supremo N° 041-2005-EF actualizando lista de medicamentos antirretrovirales libres de pago de IGV y derechos arancelarios	2005
Promulgación de la Resolución Ministerial N° 311-2005/MINSA que aprueba la Norma técnica para el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)	2005

### 3.5.3 Análisis de las brechas financieras y programáticas

Los cambios producidos en la estructura de los programas, dentro del Ministerio de Salud, desde el año 2001, debilitaron las estrategias diseñadas por el Plan CONTRASIDA 2000-2005, lo que hizo que en algunos de los logros que se habían obtenido se retrocediera poniendo en riesgo a la población del avance de la epidemia. Con el Proyecto de Fortalecimiento de la prevención y control del SIDA y la Tuberculosis financiado por el Fondo Mundial se logró un nuevo impulso para el logro de objetivos nacionales en la lucha contra el SIDA, pero a pesar de esto existen todavía brechas que es necesario cubrir para controlar la epidemia

#### 1. Prevención del VIH y control de las infecciones de transmisión sexual

- Todavía existe alta prevalencia del VIH en HSH: Las características propias de la epidemia en el Perú hicieron que desde los primeros años de organización del Programa de Control de ITS y SIDA, se dispusieran los mayores recursos

económicos a intervenciones en grupos vulnerables como los HSH y TS. Desde 1998 al año 2000, se pudieron evaluar los efectos positivos de la estrategia al observarse una caída de la prevalencia de VIH en HSH de 18% a 11% y en TS de 2.5% a menos del 2%. Los indicadores de vigilancia centinela del 2002 indican un nuevo crecimiento de la prevalencia del virus en HSH a 13.9% a nivel nacional y en algunos lugares como Lima supera el 20%.

- Los HSH y TS no acceden a los servicios de salud: En el año 2004, con el establecimiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de ITS y VIH-SIDA y la ejecución de los fondos donados por el Fondo Mundial a través del proyecto de Fortalecimiento de la prevención y control de la Tuberculosis VIH-SIDA, se retomó las acciones de formación de pares. Estas acciones se realizan en los lugares de reunión de los HSH (discotecas, centros de belleza etc), y deben ser fortalecidas para lograr su sostenibilidad. La ejecución del proyecto del Fondo Mundial evidenció el debilitamiento de los Centros de Referencia de ITS (CERITS) y los Unidades de Atención Médico Periódica (UAMP) por falta de recursos materiales y humanos, por lo que a pesar del esfuerzo del Ministerio de Salud, la estrategia de pares se lleva a cabo en forma limitada lo que incrementa el riesgo de aumento de la incidencia del VIH en este grupo. Por otro lado, el estigma y la discriminación que sufren los aleja de los centros de salud por lo que es necesario contar con estrategias que acerquen a los trabajadores de salud a los sitios de reunión de estas personas para realizar la consejería y el diagnóstico respectivo.
- Durante el año 2004 se fortalecieron los laboratorios de los centros de mayor concentración de personas privadas de su libertad (PPL). La gran mayoría de penales del Perú que no cuentan con laboratorios especializados tampoco cuentan con los medicamentos necesarios para el manejo sintomático de las ITS, incrementándose de esta manera el riesgo de infección por el VIH.
- Otro grupo considerado como en situación de vulnerabilidad, son los niños, niñas y adolescentes que viven y/o trabajan en la calle, cuya situación de abandono los expone a drogas, violencia, explotación sexual y laboral. Una de las características de esta población es que inician su actividad sexual a muy temprana edad (promedio 14 años), sin el mínimo conocimiento y actitudes preventivas; en ese sentido es necesario que se le brinden servicios especializados en salud sexual y reproductiva, como consejerías, atenciones psicológicas y derivaciones para su posterior reinserción. Actualmente existen pocos estudios acerca de estos grupos en el país, algunos de ellos encuentran prevalencias del VIH en estas poblaciones, mayores del 3% (estudios realizados en las ciudades de Moyabamba y Lima). Se requiere de una línea base que permita medir el impacto real de la epidemia en estas poblaciones y establecer las intervenciones adecuadas.
- Una de las estrategias de prevención del VIH que ha sido comprobadamente efectiva en población general, es el manejo sintomático de las ITS. En 1998, el Perú inició la estrategia de manejo sintomático de las ITS, pero esta se ha visto debilitada a partir del año 2000. La disminución de los recursos financieros al Ministerio de Salud hizo que las autoridades derivaran los escasos recursos a otras líneas de acción que se consideraron más prioritarias. Es necesario impulsar la estrategia y abrir espacios en otros sectores incluyendo el privado para lograr la sostenibilidad. Experiencias reportadas de trabajos de investigación de capacitación en farmacias y consultorios médicos particulares, reportan un incremento del uso del manejo sintomático en distritos de Lima.
- La epidemia en el país, como en el resto del mundo se presenta en jóvenes por ello, en estas poblaciones, existe la necesidad de promocionar estilos de vida saludables que incluyan los aspectos de sexualidad y prevención de las ITS y VIH. Según la línea base VIH y SIDA, el 57% de jóvenes tiene información acerca de las ITS, VIH y SIDA, el 44% utilizó preservativo en su última relación sexual pero sólo el 24% acudió a un centro de salud en busca de atención y consejería ITS y VIH. Estos indicadores son insuficientes por lo que es necesario ampliar las estrategias de llegada de la información de prevención adecuada al joven. Con el proyecto financiado por el Fondo Mundial se ha logrado capacitar a pares de estudiantes, a profesores y adolescentes de clubes juveniles de diferentes zonas del país pero es necesario acompañar estas acciones con un plan comunicacional que alcance a la gran mayoría de jóvenes.

- De igual manera la prevalencia se sigue incrementado en mujeres jóvenes debido a su susceptibilidad biológica y social frente al VIH. El 24,7% de las mujeres conoce el VIH/SIDA, lamentablemente, no sabe cómo evitar esta pandemia, pues tan sólo el 33,3% sabe que usando el condón puede evitar el contagio. El menor uso del preservativo, aún conociendo su efectividad, disminuye debido a que un importante número de mujeres se ven expuestas a la violencia sexual, además de tener poco o ningún poder para negociar el uso de condones con sus compañeros sexuales, lo que las expone innecesariamente a la infección. Actualmente no existe una estrategia comunicacional para la promoción de vida sexual saludable y prevención de las ITS y VIH dirigido a la población general y en especial a la mujer. En el Perú existen organizaciones de base popular formadas desde hace 20 años lideradas por mujeres y que tienen por objeto mitigar la pobreza, estos son los clubes de madres y los clubes de vaso de leche. Estos grupos integrados por mujeres de baja condición económica que muchas veces son las encargadas de sostener a la familia y son referentes en sus comunidades, pudiendo ser estratégicamente capacitadas en estilos de vida con sexualidad saludable y de esta manera sirvan como agentes preventivos del VIH en la familia y en su entorno.

## 2. Atención y tratamiento

- Hasta el año 2004, el 10% de las PVVS que cumplían con los criterios inmunológicos para inicio de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) recibían los medicamentos necesarios en el sector correspondiente a la Seguridad Social y a las Fuerzas Armadas. A partir de la ejecución del Proyecto de Fortalecimiento de la prevención y control del SIDA y la tuberculosis la cobertura se amplió al Ministerio de Salud habiendo enrolado durante el primer año de actividades del programa del TARGA a 2734 PVVS continuándose a ritmo ascendente (\*)<sup>6</sup>. Estas últimas personas reciben el tratamiento mayoritariamente por el Ministerio de Salud, en menor proporción por Organizaciones no gubernamentales que cumplen el criterio de centro de tratamiento. El número de beneficiarios del TARGA representa la tercera parte de los afectados estimados en la propuesta del Fondo Mundial que está en pleno desarrollo.. Las probables causas por las que las PVVS no acceden al tratamiento podrían ser:
  - la falta de conocimiento de la entrega de los fármacos,
  - la falta de recursos económicos para acceder al lugar donde se entregan los medicamentos o para realizarse los exámenes de laboratorio previos al TARGA.
  - El estigma y la discriminación todavía existente en algunos establecimientos del sector salud
  - Falta de confianza en los sistemas de salud
- El diagnóstico de las enfermedades oportunistas se han incrementado hasta en un 60% desde que se inició el TARGA, en respuesta, posiblemente, al fenómeno de reconstitución inmunológica. Entre las enfermedades oportunistas más frecuentes está la tuberculosis. Una de las brechas que más se ha evidenciado durante la ejecución del TARGA, es la falta de acceso de los PVVS a los fármacos necesarios para el tratamiento de las enfermedades oportunistas, entre ellas una de las más importantes es la tuberculosis lo cual incrementa su mortalidad. El Ministerio de Salud actualmente se encuentra elaborando un proyecto para lograr el acceso de los PVVS al tratamiento de enfermedades oportunistas, iniciando con la capacitación del personal de salud en el tema.
- Otro de los problemas identificados y que se encuentra alrededor de la entrega del TARGA, es la disparidad de centros para recibir tratamiento en una misma familia, por ejemplo, el padre recibe tratamiento en el hospital para varones (Hospital Dos de Mayo), la madre en el Hospital de Mujeres (Hospital Arzobispo Loayza) y el niño en el Hospital de Niños. Para favorecer el cumplimiento del TARGA, es necesario que en estos casos la familia sea tratada en un solo centro de atención, lo que ahorraría recursos económicos y facilitaría la adherencia en la familia.

---

<sup>6</sup> Anexo: Tablas y gráficos sobre programa TARGA

### 3. Entorno favorable

- El VIH y el SIDA son capaces de extraer lo mejor de las personas. Pero también pueden poner en evidencia lo peor. Hacen emerger lo mejor cuando las personas se unen de forma solidaria para combatir la marginación y para ofrecer apoyo y cuidados a aquellos afectados por la epidemia. Ponen en evidencia lo peor cuando estos últimos resultan estigmatizados, condenados al ostracismo y maltratados profundamente por las personas que aman, por su familia y por sus comunidades. Existe una relación directa entre el estigma, la discriminación y los derechos humanos, mientras exista el estigma y la discriminación será difícil que las PVVS accedan a los centros laborales, centros de estudio y centros de salud, ya que esta situación lesiona su derecho al trabajo, a la educación y a la salud.

### 4. Demanda de información:

- Basado en las diferentes estudios de línea de base sobre conocimientos, actitudes y percepciones, efectuadas a diferentes grupos de la población general, que incluyen las encuestas nacionales de demografía y salud impulsadas por el Instituto Nacional de Estadística (organismo nacional que estudios sociodemográficos para el desarrollo del país) revelan un bajo nivel de conocimientos en torno a la sexualidad saludable, enfermedades de transmisión sexual y SIDA en estos grupos, por tanto es necesario un nivel de información basado en un plan nacional que facilite las intervenciones para el cambio de comportamiento.

Las PVVS han sido considerados como receptores de intervenciones pero no han tenido amplia participación en el proceso de toma de decisiones en la lucha contra el SIDA. Para construir el entorno favorable para las PVVS es necesario realizar actividades de abogacía donde, en forma organizada y capacitada, intervengan en la respuesta nacional integral de lucha contra el VIH. La acción de los grupos de afectados en mesas de discusión del tema ha tenido resultados favorables para las decisiones de los gobernantes a favor de los PVVS como el acceso universal a tratamiento antirretroviral; esta acción debe ser fortalecida y descentralizada para un mejor efecto a nivel nacional. Actualmente la participación de los PVVS en las mesas de discusión locales es débil debiendo ser fortalecida.

4.3.3.1 Detalle los gastos actuales y planificados de todas las fuentes pertinentes, ya sean internas, externas, de alivio de la deuda, e incluya las subvenciones previas otorgadas por el Fondo Mundial.

4.3.3.2 Proporcione una estimación de los costos necesarios para alcanzar todas las finalidades y objetivos (nacionales) y brinde información sobre cómo se ha desarrollado este costo (por ejemplo, basado en los costos de las estrategias nacionales)

En la Tabla 4.3.3 se han detallado los recursos financieros de fuentes internas y externas con que cuenta el país. Se han considerado exclusivamente los costos de compra de tratamientos y otros totalmente vinculados a la Estrategia de VIH/SIDA. No se ha considerado el costo de las consultas y hospitalizaciones.

La totalidad de costos necesarios se ha realizado considerando los recursos necesarios para el cumplimiento de las metas de atención.

4.3.3.3 Suministre un cálculo de las brechas entre los costos estimados y los gastos actuales y planificados.

Tabla 4.3.3 – Aportes financieros para la respuesta nacional

	Aportes financieros en USD						
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Internos (A)</b>	2,333,253	2,468,581	5,768,000	5,768,000	5,768,000	5,768,000	5,768,000
<b>Externos (B)</b>	9,019,873	10,498,478	3,533,708	3,592,558	3,827,249	1,000,000	1,000,000
<b>Origen externo 1 GTZ Salud Integral y VIH SIDA</b>	700,000	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000
<b>Origen externo 2 Médicos sin Fronteras</b>	600,000	2,000,000	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000
<b>Origen externo 3 Fondo Mundial</b>	7,719,873	7,998,478	2,533,708	2,592,558	2,827,249	0	0
<b>Total de recursos disponibles (A + B)</b>	11,353,126	12,967,059	9,301,708	9,360,558	9,595,249	6,768,000	6,768,000
<b>Total necesario (C)</b>							
<b>Necesidades no realizadas (C)- (A+B)</b>							

3.5.4 Confirme que los recursos provenientes del Fondo Mundial serán adicionales a los recursos existentes y planificados, y que no reemplazarán dichas fuentes de recursos; explique cuáles son los planes trazados para garantizar que los recursos sean adicionales.

## 3.6 Estrategia de los componentes

### 3.6.1 Descripción y justificación de la estrategia del programa

A comienzos del nuevo siglo los cambios en la organización de los Programas del Ministerio de Salud, debilitó las estrategias diseñadas en el Plan CONTRASIDA 2000-2005, incrementando el riesgo de elevación de la prevalencia del VIH en el país. En el año 2002 el Perú obtuvo el financiamiento del Proyecto de Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y Tuberculosis, el cual tenía como objetivo el fortalecimiento de las acciones que los programas habían dejado de realizar y sobretodo introducir el tratamiento antirretroviral al país como parte de la atención integral de los PVVS. La visión de dicho proyecto era principalmente asistencialista. Las lecciones aprendidas durante la ejecución del proyecto, identificaron tres aspectos importantes: primero, que la única forma segura de detener el avance en la epidemia es mediante el fortalecimiento de las acciones de prevención; la segunda, que en toda intervención no debe descuidarse el impacto social que tiene el VIH sobre los afectados y su entorno; y la tercera, la necesidad de la descentralización e intervención de todos los sectores incluyendo el privado para asegurar la sostenibilidad de las estrategias. Es por estos motivos que la actual propuesta tiene una perspectiva de mayor peso en los aspectos preventivos, sociales y de integración multisectorial,

identificando a las PVVS no como sujetos blanco de intervenciones médicas sino como principales actores de la vigilancia social de la epidemia. (\*)<sup>7</sup>

**La finalidad de la propuesta** es proteger a la población general del VIH y SIDA mediante el fortalecimiento de las estrategias de prevención de las ITS en poblaciones vulnerables, la disminución de la estigmatización y la mejora de las capacidades de las PVVS en la construcción de una respuesta integral al VIH y SIDA; con esto se busca disminuir la incidencia del VIH en HSH a menos del 40% de la línea base que se está construyendo en la actualidad y que mejorará la vigilancia epidemiológica del VIH; asimismo mantener la prevalencia del VIH en menos del 1% en la población general e incrementar al 90% el porcentaje de personas que permanecen vivas al cabo de 12 meses de iniciado el TARGA.

Esto se espera lograr mediante la disminución de las ITS en poblaciones vulnerables, disminuyendo el estigma y la discriminación, fortaleciendo a las organizaciones de PVVS para su participación activa en la respuesta integral del VIH e incrementando la adherencia al TARGA y el manejo integral de enfermedades oportunistas. Las actividades tendrán dos ámbitos de ejecución: nacional como los programas comunicacionales y algunas intervenciones a personas privadas de su libertad; y otras en las 5 regiones de mayor incidencia acumulada del VIH en el país (Lima-Callao, Ica, Iquitos, Ucayali y Ancash) como las intervenciones de fortalecimiento de los CERITS, entre otras.

La propuesta intenta mantener un equilibrio adecuado entre las intervenciones de prevención atención y tratamiento, pero siempre tratando de cubrir las brechas identificadas. Así tenemos que en el objetivo 1 de prevención cuenta con las siguientes áreas de prestaciones: **Área de Comunicación para el cambio de comportamiento**, mediante la campaña comunicacional para prevención de ITS; **Área de Enfermedades de transmisión sexual** mediante el programa de fortalecimiento de la atención de los HSH y TS, la implementación del manejo sindrómico de las ITS en los centros penitenciarios y el programa de relanzamiento de la estrategia del manejo sindrómico de las ITS y el programa de prevención de ITS en niños, niñas y adolescentes en condiciones especialmente difíciles. El objetivo 2 pertenece al área tanto de entorno favorable al VIH como de atención y apoyo; en el **área de reducción del estigma y discriminación** cuenta con una campaña de medios masivos de comunicación contra el estigma y discriminación; en el **área de atención y apoyo de niños huérfanos y otros niños vulnerables**, se encuentra el programa de protección a niños huérfanos por el VIH; y en el **área de atención y apoyo a enfermos con enfermedad crónica de VIH/SIDA y a las familias afectadas**, tenemos al programa de atención integral a las PVVS. El objetivo 3 de entorno favorable, tiene en el **área de fortalecimiento de la sociedad civil** a las actividades de fortalecer las capacidades de gestión de las redes de PVVS y al programa de autosostenimiento de PVVS y familias. Finalmente el objetivo 4 de tratamiento, en el **área de tratamiento antirretroviral y vigilancia**, tiene las actividades de prevención positiva y promoción a la adherencia al TARGA y el acceso gratuito al diagnóstico y tratamiento de enfermedades oportunistas.

Existe interrelación entre todos los objetivos y la ejecución involucra a varios actores entre los que destacan las PVVS, la sociedad civil y los sectores privados

---

<sup>7</sup> ver análisis comparativo entre enfoques estratégicos del proyecto actual del Fondo Mundial y los de la actual propuesta

Tabla 4.4a. Finalidades e indicadores de impacto durante la vigencia del programa

Finalidad N°	Finalidades durante cinco años									
#1	Disminuir la incidencia del VIH en poblaciones vulnerables									
#2	Mantener o disminuir la prevalencia del VIH en población general									
#3	Incrementar el porcentaje de adherencia al TARGA									
Finalidad N°	Indicador de impacto	Datos de referencia			Año 1Meta	Año 2Meta	Año 3Meta	Año 4Meta	Año 5Meta	Fuente y comentarios
		Valor	Año	Fuente						
#1	Disminuir en un 40% el valor de la línea base de incidencia del VIH en HSH	0					Disminuir en 20% de línea base	Disminuir en 30% de línea base	Disminuir en 40% de línea base	Actualmente se cuenta con datos de prevalencia de VIH en HSH pero no de la incidencia, por lo que se está trabajando la línea base correspondiente
#2	Mantener la prevalencia del VIH en población general en menos de 1%	0.3%	2002	Oficina General de Epidemiología	< 1%	< 1%	< 1%	< 1%	< 1%	Se toma como referencia indirecta de la población general, el estudio de vigilancia centinela en gestantes
#3	Incremento del porcentaje de personas que permanecen vivas al cabo de 12 meses de iniciado el tratamiento ARV	0			60%	70%	80%	90%	90%	Actualmente se encuentra en construcción la línea base, debido a que recién se ha iniciado el TARGA en el país

[Los indicadores de impacto no se miden todos los años habitualmente. Además no es necesario ingresar valores para las metas de todos los años. Se recomienda consultar la lista de indicadores de cobertura detallada en el Anexo A.]

Tabla 4.4b. Objetivos, áreas de prestación de servicios e indicadores de cobertura durante la vigencia del programa

Objetivos del programa durante cinco años										
Objetivo N°	Descripción del objetivo <sup>8</sup>									Relacionar con la meta por número
# 1	Prevenir la transmisión de VIH y SIDA mediante la disminución de las ITS									# 1
# 2	Reducir el impacto social del VIH, disminuyendo el estigma y la discriminación hacia las PVVS , poblaciones vulnerables y su entorno									# 2
# 3	Fortalecer la articulación de las organizaciones de las PVVS a nivel regional y nacional favoreciendo la gestión participativa en la respuesta integral del VIH									# 2
# 4	Incrementar a la adherencia al TARGA en las PVVS y manejo integral de enfermedades oportunistas que incluya el acceso gratuito a medicamentos									# 3
Objetivo N.º	Área de prestación de servicios	Vinculación directa	Descripción del indicador	Datos de referencia	Año 1 Meta	Año 2 Meta	Año 3 Meta	Año 4 Meta	Año 5 Meta	Frecuencia de la recolección de los datos
				Valor Año						
#1 Prevención	Área: Comunicación para el cambio de comportamiento: Campaña comunicacional para la prevención de ITS dirigida a mujeres de	SI	Nº de mujeres de beneficiadas con la divulgación de actividades de promoción de vida sexual saludable	No disponible	1000	300,000	600,000	900,000	1,200,000	anual
			Nº de lideresas de organizaciones de base capacitadas como promotoras de vida sexual saludable y prevención de ITS	No disponible	100	250	250	250	250	anual

<sup>8</sup>\*Las metas de los indicadores incluidas en las tablas se presentan de manera acumulativa año a año de manera que al quinto año incluye los de los 4 años previos

bases comunales y jóvenes menores de 24 años	SI	Nº de mujeres de organizaciones de base que tienen información acerca de aspectos de vida sexual saludable	No disponible		3000	7500	7500	7500	7500	anual
	SI	Nº de jóvenes menores de 24 años beneficiados con la divulgación de actividades de promoción de vida sexual saludable	No disponible		10,000	60,000	160,000	210,000	360,000	anual
	NO	% de jóvenes que utilizaron preservativo en última relación sexual para prevenir una ITS	44.2% 2004		50%	60%	70%	70%	80%	anual
Área: Enfermedades de transmisión sexual: Programa de fortalecimiento de la atención integral de los HSH y TS	SI	Nº de centros de referencia de ITS (CERITS) que brindan servicios con condiciones de calidad según normas	0		5	5	5	5	5	anual
	NO	Nº de HSH que reciben atención según normas	1710 2003		2,000	5,000	8,000	11,000	14,000	mensual
	SI	Nº de centros de referencia de ITS (CERITS) que cuentan con equipo itinerante para AMP	0		10	10	10	10	10	Anual
	SI	Nº de HSH que reciben atención por equipo itinerante para AMP	0		200	700	1200	1700	2200	Mensual

		NO	Nº de TS que reciben AMP en UAMP	10519	2003	11000	20000	20000	20000	20000	Mensual
		SI	Nº de TS que reciben atención por equipo itinerante para AMP	0		500	2500	2500	2500		Mensual
		NO	% de HSH que usan preservativos en su última relación sexual	46.3%	2003	50%	55%	60%	70%	70%	Trimestral
	Área: Enfermedades de transmisión sexual:	SI	% de PPL que utiliza condón en su última relación sexual	32.8%	2004	50%	60%	70%	80%	90%	trimestral
	Implementación del manejo sindrómico de las ITS en centros penitenciarios		% de PPL afectado por una ITS que acceden a tratamiento sindrómico	No disponible		50%	80%	90%	90%	90%	Trimestral
	Área: Enfermedades de transmisión sexual: Programa de prevención de ITS en niños/as y adolescentes en condiciones de vulnerabilidad	SI	Nº de gobiernos regionales que incluyen en sus planes acciones de protección para el niño/a y adolescente en condiciones de vulnerabilidad	0		3	5	5	5	5	anual
	Área: Enfermedades de transmisión sexual:	SI	Nº de pacientes que reciben tratamiento sindrómico por ITS en centros de salud	150,000	2004	300,000	450,000	450,000	450,000	450,000	mensual

	Programa de relanzamiento del Manejo Sindrómico de las ITS	SI	Nº de profesionales de Centros de Salud Periféricos capacitados en manejo sindrómico de ITS	0	125	625	625	625	625	anual
		SI	Nº de centros de salud públicos y privados que no trabajan en el Ministerio de Salud que cuentan con personal capacitado en manejo sindrómico	0	50	250	250	250	250	Trimestral
		SI	Nº de personas que ingresan a tratamiento sindrómico por ITS reportados por centros de salud públicos y privados que no pertenecen al Ministerio de salud	0	500	2000	2000	2000	2000	Trimestral
#2 entorno favorable y atención y apoyo	Área: reducción del estigma y respeto por la confidencialidad: Campaña en medios masivos de comunicación en contra del estigma y la discriminación	SI	Nº de personal de salud capacitado en contra del estigma y la discriminación a los PVVS y poblaciones vulnerables	0	300	900	900	900	900	Trimestral
		SI	% de personal de los establecimientos de salud que tienen actitud positiva hacia PVVS o personas vulnerables	No disponible	10%	50%	50%	70%	70%	Trimestral

		SI	Nº de personal de educación capacitado y sensibilizado en contra del estigma y la discriminación	0	500	1500	1500	1500	1500	Trimestral
		SI	% de personal de colegios que tiene actitud positiva frente a los niños VIH	No disponible	10%	30%	50%	70%	70%	Trimestral
		SI	Nº de responsables de gestión de personal que reciben curso de sensibilización en contra del estigma y la discriminación en el tema de VIH en empresas seleccionadas	0	50	250	250	250	250	Anual
		SI	% de personas de las regiones intervenidas que tienen actitud de aceptación a las PVVS y poblaciones vulnerables	No disponible	10%	30%	50%	60%	60%	Trimestral
		SI	% de empresas participantes en el programa de sensibilización que implementan actividades relacionadas	No disponible	10%	50%	70%	70%	70%	Trimestral
	Área: Atención y apoyo para niños	SI	Nº de niños huérfanos por el VIH que reciben apoyo nutricional	0	100	200	250	300	350	mensual

	huérfanos y otros niños vulnerables: Programa de protección a niños huérfanos por el VIH	SI	% de niños huérfanos por el VIH que reciben apoyo nutricional con curva ponderal normal de acuerdo a su edad	0	30%	50%	70%	70%	70%	Trimestral
		NO	% de niños huérfanos infectados por el VIH que reciben atención integral	0	30%	50%	80%	80%	80%	Trimestral
	Área: Atención y apoyo a enfermos con enfermedad crónica de VIH/SIDA y a las familias afectadas: Programa de atención integral de la familia PVVS	SI	Nº de centros de salud acreditados para la atención integral de las familias VVS	0	1	4	5	5	5	Anual
		SI	% de grupos familiares (madre, padre, e hijo u otros) VVS registrados en la línea de base que reciben atención integral en los centros acondicionados para ese fin.	0		50%	60%%	70%%	90%%	Trimestral
#3 entorno favorable	Área: Fortalecimiento de la sociedad civil: Fortalecer las capacidades de gestión de las redes de PVVS	SI	Nº de organizaciones de PVVS que cuentan con Planes de Gestión	0	5	10	10	10	10	Trimestral
		SI	Nº de organizaciones de PVVS que cuentan con equipamiento mínimo	0	5	15	25	25	25	Trimestral
		SI	Nº de PVVS líderes capacitados en abogacía	0	100	200	200	200	200	Trimestral
	Área: Fortalecimiento de la sociedad civil:	SI	Nº de PVVS que reciben capacitación en creación de microempresas	0	100	250	250	250	250	Trimestral

	Programa de autosostenimiento para PVVS y sus familias	SI	Nº de microempresas creadas por PVVS	0	10	30	50	65	65	Anual
		SI	Nº de PVVS beneficiados directa o indirectamente con la creación de microempresas	0	100	300	500	650	650	Trimestral
#4 tratamiento	Área: Tratamiento antirretroviral y vigilancia: Prevención positiva y promoción a la adherencia al TARGA	SI	Nº promotores de pares PVVS capacitados en prevención positiva	0	1000	2000	2500	2500	2500	Trimestral
		SI	% de PVVS con TARGA que reciben consejería en prevención positiva	0		60%	80%	80%	180%	anual
		NO	% de PVVS que abandonan TARGA dentro de los 12 meses de haber iniciado tratamiento	No disponible	20%	15%	15%	10%	10%	anual
		Área: profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas Acceso gratuito a tratamiento para enfermedades oportunistas	SI	Nº de PVVS que reciben a tratamiento para enfermedades oportunistas (incluido tuberculosis)	248 2004	400	1200	2000	2400	2600

3.6.1.1 Brinde una descripción clara de la(s) finalidad(es) y objetivos del programa y de las áreas de prestación de servicios (incluir información cuantitativa cuando sea posible)

La finalidad del proyecto es proteger a la población del VIH y SIDA, mediante el fortalecimiento de las estrategias de prevención de ITS en poblaciones vulnerables, la disminución de la estigmatización y la mejora de las capacidades de las PVVS en la construcción de una respuesta integral al VIH – SIDA; bajo un enfoque multisectorial y de participación ciudadana

La Meta es disminuir al 40% la línea basal de incidencia del VIH en poblaciones vulnerables y disminuir o mantener la prevalencia del VIH en menos del 1% en la población general, e incrementar la adherencia al TARGA a los 12 meses en un 90%, para esto se han diseñado los siguientes objetivos (\*)

a. Prevenir la transmisión de VIH y SIDA mediante la disminución de las ITS: con el cual se busca disminuir los riesgos de población general para adquirir una ITS, en especial mujeres y jóvenes menores de 24 años, mediante actividades de promoción de estilos de vida sexual saludable, identificación de riesgos para adquirir una ITS y acceso a servicios de salud, con perspectiva de equidad social y de género. De igual manera este objetivo pone especial interés en relanzar las actividades del Ministerio de Salud en las intervenciones con poblaciones vulnerables, ampliando su cobertura y fortaleciendo sus servicios especializados en el manejo de ITS y atención médica periódica e involucrando a otros sectores, incluido el privado, en estas acciones ; en las personas privadas de su libertad introducirá el manejo sindrómico de las ITS en los establecimientos penales que carecen de laboratorio clínico o que no fue fortalecido con el Proyecto del Fondo Mundial. facilitando su acceso a los medicamentos y preservativos. Finalmente iniciará un trabajo de evaluación del impacto de la epidemia sobre niños, niñas y adolescentes que viven en situación de vulnerabilidad (niños, niñas y adolescentes de y en la calle), y realizará los trabajos de abogacía con la finalidad de poner en agenda el problema y realizar intervenciones para la prevención de adquirir una ITS.

b. Reducir el impacto social del VIH disminuyendo el estigma y la discriminación hacia las PVVS y su entorno: con el cual se busca contribuir a una mejor comprensión del problema, favorecerán la promoción de estilos de vida sexual saludable en la población e incrementarán la tolerancia facilitando a las PVVS que ejerzan su derecho al trabajo, salud y educación. Para lo cual se ha previsto una estrategia envolvente con una campaña de promoción por medios de comunicación masivos nacionales y locales, e intervenciones focales para el cambio de actitud en trabajadores de salud, trabajadores de educación y empresarios. El objetivo además involucra el tema de los niños huérfanos por el VIH elaborando una línea basal del problema e introduciendo el apoyo nutricional y la atención integral de los mismos, con la finalidad de disminuir el impacto del VIH en estos niños

c. Fortalecer a las organizaciones de las PVVS a nivel regional y nacional favoreciendo la gestión participativa en la respuesta integral al VIH: cuya finalidad lograr una participación activa de dichas organizaciones en la respuesta nacional integral al VIH, favorece la sostenibilidad y la vigilancia civil de las acciones programadas para el control de la epidemia a través de la vigilancia social.

d. Incrementar la adherencia al TARGA en las PVVS y el manejo integral de enfermedades oportunistas que incluya el acceso gratuito a medicamentos: dirigido a cerrar brechas aparecidas luego de la implementación del TARGA en las PVVS, mejorando la adherencia al tratamiento, previniendo la reinfección y facilitando el acceso al diagnóstico y tratamiento de enfermedades oportunistas.

3.6.1.2 *Describa cómo estas finalidades y objetivos se relacionan con los problemas y brechas clave que surgen de la descripción del contexto nacional. Demuestre con claridad cómo las metas propuestas encajan dentro de toda la estrategia (nacional) y cómo los objetivos y las áreas de prestación de servicios propuestas se relacionan con las finalidades y entre sí.*

Las finalidades y objetivos de la propuesta tienen relación directa con las brechas analizadas y las estrategias diseñadas por el Ministerio de Salud en la lucha contra el VIH, como observamos en el siguiente cuadro comparativo:

<b>Objetivo</b>	<b>Brechas</b>	<b>Estrategia del Gobierno</b>
Prevenir la transmisión de VIH y SIDA mediante la disminución de las ITS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta prevalencia del VIH en HSH</li> <li>- Los HSH no acceden a los servicios de salud según lo programado por debilitamiento de los CERITs y UAMPs y por problemas de estigma discriminación</li> <li>- Existen reportes aislados de altos índices de VIH en niños y niñas de la calle</li> <li>- La estrategia de manejo sintromico de ITS se ha debilitado a nivel nacional</li> <li>- Se requiere fortalecer la promoción de vida sexual saludable dirigida a la prevención de las ITS, en especial a mujeres y jóvenes menores de 24 años</li> </ul>	<p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminuir la transmisión sexual de las ITS/VIH en población general.</li> <li>- Disminuir la transmisión sexual de las ITS/VIH en poblaciones vulnerables.</li> </ul> <p><b>Actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervenciones en Poblaciones Vulnerables: Trabajadores Sexuales (TS) y Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH).</li> <li>- Intervención de Consejeros Educadores de Pares.</li> <li>- Fortalecimiento de la Consejería en ITS y VIH/SIDA.</li> <li>- Intervenciones en Población General.</li> </ul>
Reducir el impacto social del VIH disminuyendo el estigma y la discriminación a las PVVS y su entorno	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El estigma y la discriminación todavía existen en algunos establecimientos del sector salud, sectores laboral y escuelas, donde son más evidentes, lo que va en contra de los derechos humanos de los PVVS</li> <li>- Los niños huérfanos por el VIH se encuentran desprotegidos</li> <li>- Se requiere facilitar el tratamiento cuando todos los miembros de la familia están infectados</li> </ul>	<p><b>Objetivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducir el impacto individual, social y económico en las personas viviendo con el VIH y SIDA.</li> </ul> <p><b>Actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervenciones en Población General.</li> <li>- Atención integral y de calidad para las PVVS y su entorno</li> </ul>
Fortalecer la articulación de las organizaciones de las PVVS a nivel regional y nacional favoreciendo la gestión participativa en	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actualmente la participación de los PVVS en las mesas de discusión locales y nacionales es débil debiendo ser</li> </ul>	<p><b>Objetivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducir el impacto individual, social y económico en las personas viviendo con</li> </ul>

la respuesta integral al VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>fortalecida</li> <li>No todos las PVVS acceden al TARGA por falta de recursos económicos</li> </ul>	<p>el VIH y SIDA.</p> <p><b>Actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención integral y de calidad para las PVVS y su entorno</li> </ul>
Incrementar la adherencia al TARGA en las PVVS y manejo integral de enfermedades oportunistas que incluya el acceso gratuito a los medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existe la necesidad de fortalecer los temas de adherencia al tratamiento y comportamientos de menor riesgo para reinfección en los PVVS</li> <li>El inicio del TARGA en el país ha tenido como efecto el incremento de enfermedades oportunistas (reconstitución inmunológica)</li> <li>El acceso al tratamiento de enfermedades oportunistas es muy difícil por aspectos económicos</li> </ul>	<p><b>Objetivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reducir el impacto individual, social y económico en las personas viviendo con el VIH y SIDA.</li> </ul> <p><b>Actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención integral y de calidad para las PVVS y su entorno</li> </ul>

[Sólo para los componentes fortalecimiento de los sistemas sanitarios:]

3.6.1.3 Describa en detalle como se vinculan los objetivos y las áreas de prestación de servicios propuestos con la lucha contra las tres enfermedades. Para demostrar esta vinculación, los solicitantes deben relacionar las intervenciones de los sistemas sanitarios propuestos con las finalidades específicas de la enfermedad y sus indicadores de impacto. Para demostrar el aporte de las intervenciones del fortalecimiento de los sistemas sanitarios propuestos en la lucha contra las enfermedades incluya por lo menos tres indicadores pertinentes de las enfermedades con datos de referencia básicos y metas anuales durante la vida del programa. [Esta información puede incluirse como anexo tomando como base el formato de la tabla 4.4.b] Explique claramente por qué las actividades propuestas para el fortalecimiento de los sistemas sanitarios son necesarias para mejorar la cobertura en la lucha contra las tres enfermedades.

3.6.1.4 Describa cuáles son los grupos objetivo y su inclusión durante la planificación, ejecución y evaluación de la propuesta. Describa el impacto que tendrá el proyecto en estos grupos.

Dentro de la población general, durante los cinco años de ejecución del proyecto, se beneficiarán:600,000 casos sintomáticos de ITS al año accederán al tratamiento sintomático y consejería oportunos, que serán proporcionados por personal profesional del Ministerio de Salud , Instituto Nacional Penitenciario y otros médicos pertenecientes a establecimientos de salud, a través de personal capacitado en actividades financiadas por el Proyecto400,000 adolescentes y jóvenes accederán a información sobre el SIDA y otras ITS, estrategias de prevención para disminuir su riesgo de exposición, y cómo acceder a servicios de orientación y consejería.1,200,000 mujeres de más bajos recursos económicos que accederán a información sobre ITS y SIDA y de como disminuir su riesgo de exposición. En las poblaciones más vulnerables se beneficiará a:15,000 hombres que tienen sexo con hombres, que recibirán información y orientación para la modificación de conductas sexuales, incluyendo el uso del preservativo, garantizándose su atención por parte del estado que garantizará el diagnóstico precoz de ITS, y el tratamiento correspondiente.15,000 trabajadores y trabajadoras sexuales, que recibirán información sobre el uso del preservativo y recursos para su negociación,

garantizándose también su atención médica periódica por parte del estado que garantizará el diagnóstico precoz de ITS, como el tratamiento correspondiente. En la población de personas viviendo con el VIH y SIDA se beneficiará a: 7,000 PVVS con TARGA durante la ejecución del proyecto, así como 1,200 PVVS que accederán al tratamiento gratuito para enfermedades oportunistas. 1000 PVVS que mejorarán sus ingresos económicos con la creación de microempresas. 5,000 personas con diagnóstico y, que se encuentran como portadores asintomáticos, recibirán atención integral descentralizada y de calidad, incluyendo pruebas de monitoreo que permitan vigilar su estado inmunológico, así como esquemas de profilaxis. 500 niños huérfanos por el VIH recibirán apoyo nutricional y atención integral en albergues fortalecidos.

3.6.1.5 Indique las estimaciones de cuántas de estas personas beneficiadas son mujeres, cuántas son jóvenes y cuántas habitan en áreas rurales. Estas estimaciones deberán estar basadas en una valoración seria de cada objetivo.

Tabla 4.4.1.5 Objetivos

	Porcentaje estimado de personas que serán beneficiadas:		
	Mujeres	Jóvenes	Habitantes de áreas rurales
Objetivo 1	60%	80%	30%
Objetivo 2	50%	70%	30%
Objetivo 3	30%	60%	30%
Objetivo 4	40%	60%	30%

4.4.1.6 Describa en forma clara y detallada las actividades que se ejecutarán dentro de cada área de prestación de servicios para cada objetivo, de manera que los revisores comprendan claramente qué actividades se proponen, cómo se pondrán en ejecución y quiénes serán los encargados de hacerlo.

#### **Objetivo 1: Prevenir la transmisión de VIH y SIDA mediante la disminución de las ITS**

##### **1. Campaña comunicacional para la prevención de ITS dirigida a mujeres de bases comunales y jóvenes menores de 24 años**

Plan comunicacional nacional que incluye un estudio de perspectivas comunicacionales que permitirá el diseño de un plan estratégico para la promoción de estilos de vida sexual saludable y prevención de las ITS, en un marco de respeto de los derechos humanos y de equidad. El plan está dirigido a población general con énfasis en la población de mujeres y jóvenes menores de 24 años. Al finalizar cada año se realizarán estudios de impacto de la campaña a partir del segundo año.

El plan, también, debe incluir un sistema de capacitación en bases comunales dirigidas por mujeres (comedores populares y asociación de vasos de leche)

**2. Programa de relanzamiento de la atención integral de los HSH y TS:** el cual constará de las siguientes actividades:

- **Relanzar a los Centros de Referencia para ITS (CERITS):** dirigido a fortalecer los establecimientos especializados con equipamiento y acondicionamiento mínimo, insumos y medicamentos para atención médica periódica en 5 regiones del país de mayor prevalencia de ITS y VIH, 5 CERITS en Lima, uno por cada DISA, y 1 o 2 en cada una de las 4 regiones priorizadas restantes. El programa proveerá de dichos elementos durante los dos primeros años y luego progresivamente será asumido por el Ministerio de Salud
- **Formación y aprovisionamiento logístico de equipos itinerantes para la atención de ITS en HSH y TS:** se capacitará en total a 10 equipos adscritos a un centro de referencia de ITS (CERITS) compuestos por 2 profesionales de la salud (enfermera y promotor educador de pares). Esta capacitación se realizará vía capacitación en servicio en el primer año y al segundo año se realizará un taller de intercambio de experiencias para evaluar la estrategia y sus resultados; además se les proveerá los equipos con Kits para diagnóstico de ITS y VIH en 5 de las regiones de mayor prevalencia del VIH en el país, con la finalidad

de realizar las actividades de consejería, diagnóstico rápido y tratamiento de los TS y HSH en sus lugares de trabajo o de reunión y la derivación al establecimiento de salud correspondiente en caso que fuera necesario.

- **Fortalecimiento de la estrategia de pares HSH garantizando su permanencia:** el proyecto asegurará la participación de 100 promotores de pares capacitados por el Ministerio de Salud, en 5 regiones del país de mayor prevalencia de ITS VIH (Lima, Ica, Iquitos, Ancash, Ucayali) y proveerá del material de difusión necesario para fortalecer la estrategia de promotores educadores de pares PEPs.

**3. Implementación del manejo sindrómico de las ITS en centros penitenciarios del país;** esta actividad está dirigida a 70 establecimientos penales cuyos laboratorios no fueron fortalecidos por el Proyecto del Fondo Mundial: (\*)<sup>9</sup>

- **Implementación del manejo sindrómico de las ITS en centros penitenciarios que no han sido intervenidos:** el proyecto impulsará el manejo sindrómico de ITS proveyendo tratamiento a 10,000 personas privadas de su libertad con sintomatología de una ITS en un período de dos años.
- **Provisión de 10 millones de condones** y 10 millones de sobres de lubricantes que serán distribuidos en los establecimientos penitenciarios, para prevención de ITS para complementar los entregados por el Ministerio de Salud como por el Instituto Nacional Penitenciario. Luego del 4to año ambas Instituciones asumirán la totalidad de condones que se entregarán en los centros penitenciarios.

**4. Programa de prevención de ITS en niñas, niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad (en situación de calle, trabajadores, en pandillas e institucionalizados)**

El cual contará con las siguientes actividades:

- **Formulación del diagnóstico y disseminación del conocimiento acerca de la problemática de la población objetivo frente al VIH y SIDA en 5 regiones del país:** se formulará el diagnóstico del marco legal normativo, de la población objetivo, de los servicios que se prestan a dicha población y se impulsará el debate público de dicha problemática. Se publicarán los resultados en medios físicos y magnéticos. Las regiones escogidas serán las de mayor prevalencia del VIH en el país (Lima, Ica, Iquitos, Ancash, Ucayali) .
- **Diseño e implementación de un sistema de gestión del conocimiento:** consiste en la construcción de la línea de base, el diseño del sistema de monitoreo, y el diseño y aplicación de un sistema de registro e información en las 5 regiones de mayor prevalencia de ITS VIH en el país
- **Actividades de sensibilización para los tomadores de decisión en 5 regiones del país:** reuniones técnicas anuales de análisis intersectorial en cada una de las regiones y un reunión técnica anual de análisis intersectorial a nivel nacional, con el objetivo de sensibilizar a las autoridades regionales y nacionales acerca de los niños, niñas y adolescentes en condiciones especialmente difíciles y el riesgo para adquirir ITS y VIH. Estas reuniones tendrán como finalidad formular planes, de carácter regional y nacional, dirigidos a aliviar la problemática de este grupo frente al VIH.
- **Actividades para diseñar y aplicar mecanismos de coordinación multisectoriales para la atención integral de esta población frente a las ITS, el VIH/SIDA y TBC en cinco regiones del país.** (ver Anexo)
- **Actividades de mejoramiento de las capacidades de operadores para la movilización y sensibilización sobre la temática** través de campañas de movilización y sensibilización sobre ITS, VIH/SIDA y TBC y formación de operadores, en cinco regiones

**5. Programa de relanzamiento de la estrategia del manejo sindrómico de las ITS:**

El cual contará con las siguientes actividades:

- **Capacitación a capacitadores de profesionales:** dirigido a sensibilizar y capacitar en manejo sindrómico a capacitadores de profesionales de centros de salud, mediante 5 talleres macroregionales para 25 personas, el curso contará con material para capacitadores y técnicas de docencia
- **Capacitación en cascada:** será llevado a cabo por los profesionales capacitados en el curso para capacitadores para lo cual se realizarán 10 talleres de réplica durante los 2 primeros años, dirigidos a 50 trabajadores de salud por taller, de centros de salud en las diferentes regiones del país.

---

<sup>9</sup> El manejo sindrómico de ITS no requiere de diagnóstico por laboratorio

- **Inclusión de profesionales de la salud (médicos y obstetras) que no laboran en el Ministerio de Salud a través de los Consejos Regionales de salud:** mediante talleres descentralizados en las 5 regiones priorizadas, coordinados con los Consejos Regionales de Salud, con la finalidad de lograr su compromiso de apoyo a la estrategia de manejo sindrómico
- **Ampliar el acceso al manejo sindrómico de las ITS:** el proyecto cubrirá durante los 2 primeros años 150,000 tratamientos sindrómicos para ITS, el Ministerio de salud cubrirá 150,000 tratamientos por año y luego progresivamente será asumido al 100%

**Objetivo 2: Reducir el impacto social del VIH, disminuyendo el estigma y discriminación hacia las PVVS, poblaciones vulnerables y su entorno**

**1. Campaña en medios masivos de comunicación en contra del estigma y la discriminación**

La campaña se iniciará con un estudio de percepciones que permitirá el diseño de un plan nacional contra el estigma y la discriminación; dentro de sus actividades incluirá la promoción por medios de comunicación masiva y programas dirigidos a cambios de actitud frente al problema del VIH y de los PVVS en el personal de salud, de educación y en centros laborales del estado y privado. Este programa consistirá en talleres de motivación diferenciado según público objetivo y será de periodicidad anual. Se focalizará la capacitación del equipo de salud en aquellos que atienden PVVS en centros de salud y hospitales; en el caso de los maestros se realizará la extensión del proyecto de educación contra el estigma y la discriminación a los niños con VIH “ Prevención de la discriminación de niños y niñas VIH (+) en escuelas” que actualmente está siendo ejecutado en algunos distritos de Lima por el Ministerio de Educación con apoyo de ONUSIDA y UNICEF, a las 5 regiones de mayor prevalencia; y en el sector empresarial se capacitará a los responsables del Desarrollo del Recurso Humano de las empresas seleccionadas. Anualmente se medirá el cambio de actitud de la población mediante un estudio de investigación de impacto.

**2. Programa de protección para niños huérfanos por el VIH**

El cual consistirá de las siguientes actividades:

**Elaboración de línea de base:** dirigido a conocer el impacto del VIH en la orfandad en nuestro país

**Mesas de Abogacía:** 3 mesas al año dirigidas a la sensibilización de autoridades locales y 3 mesas dirigidas a empresarios y organizaciones de la sociedad civil para lograr el apoyo y protección de los niños huérfanos por el VIH, impulsando el sistema de apadrinamiento de los niños y niñas. El ámbito de intervención dependerá de los resultados de la línea de base

**Fortalecimiento del estado nutricional de los niños huérfanos por el VIH:** se realizará un estudio del estado nutricional de los niños huérfanos por el VIH; se dispondrá de canasta básica mensual para los niños que contribuya a un mejor estado nutricional según grupo etáreo; el programa se ejecutará en los establecimientos de apoyo a los niños huérfanos por el VIH y se estudiará el mecanismo para llegar a aquellos que no se encuentran en albergues; el primer año se ejecutará en Lima y Callao, y a partir del segundo año se ampliará a dos regiones más

**3. Programa a la atención integral a la familia VVS**

El cual contará con las siguientes actividades:

**Elaboración de línea de base:** dirigido a obtener información acerca de la cantidad de grupos familiares viviendo con VIH existen, su localización geográfica y su composición

**Fortalecimiento de 2 establecimientos de salud de Lima y Callao y 3 establecimientos en el interior del país del país:** ambientación de estos establecimientos para la entrega de tratamiento y atención integral de la familia VVS; la atención integral incluye consejería de soporte y evaluación por especialistas a cada uno de los integrantes de la familia.

**Objetivo 3: Fortalecer las organizaciones de las PVVS a nivel regional y nacional favoreciendo la gestión participativa en la respuesta integral del VIH**

**1. Fortalecer las capacidades de gestión de las redes de PPVS**

**Fortalecimiento de los Equipos de Gestión de las redes de PVVS:** mediante la realización de 1 taller nacional para capacitación en gestión para 50 personas (20 de lima y 30 de regiones) ; la contratación de personal administrativo (3) para la gestión de las redes en 5 regiones, y el acompañamiento de los planes de gestión. De igual manera se

procederá a la capacitación en gestión para las organizaciones miembros y miembros de las redes de PVVS con 5 talleres descentralizados para 30 PVVS sobre gestión organizacional; y el diseño del plan de asesoría para la gestión de las organizaciones de PVVS.

## **2. Apoyo en Equipamiento e Infraestructura y Capacitación en Tecnologías de Información para organizaciones de PVVS**

**Diagnóstico de necesidades de Infraestructura y Capacitación:** mediante la ejecución de una consultoría para el diagnóstico y desarrollo de propuesta de implementación

**Infraestructura:** se adquirirá un local para la coordinadora nacional de PVVS en Lima y se alquilará un local para las organizaciones de PVVS de las regiones de Ica, Iquitos, Ancash, y Ucayali

**Equipamiento y capacitación en tecnologías de información para los PVVS** implementación de las 10 organizaciones de PVVS a nivel regional con equipamiento mínimo que incluya Internet; además la realización de un curso anual descentralizado de capacitación en herramientas informáticas de capacitación en tecnología informática para 50 PVVS en las 5 regiones, los 3 primeros años.

## **3. Apoyo a los procesos de planificación estratégica a las organizaciones a nivel regional**

**Diseño del plan estratégico bianual de la Red nacional de PVVS:** mediante 2 encuentros nacionales de planificación estratégica, con periodicidad bianual que como resultado tenga la aprobación del plan estratégico bianual de las redes. En el mismo se diseñará el plan de monitoreo y supervisión de las redes. Participaran 100 PVVS a nivel nacional en cada evento.

**Programa de Monitoreo y supervisión:** llevado adelante por la red nacional de PVVS, con el objetivo de fortalecer capacidades organizacionales a nivel regional.

**Diseño, Implementación y seguimiento de planes estratégicos regionales:** mediante 5 talleres anuales dirigidos a las organizaciones de PVVS de 5 regiones el primer año y 5 regiones adicionales a partir del segundo año

**Fondo semilla:** de 10,000 dólares por región (5 regiones) dirigido para el impulso de los planes operativos regionales de los PVVS.

## **4. Plan de abogacía para lograr el involucramiento efectivo en instancias de decisión a nivel local, regional y nacional**

**Formación en Incidencia política para PVVS en regiones:** mediante 5 talleres regionales en Abogacía, que como producto obtenga el plan de abogacía de las redes locales

**Encuentro Nacional para el diseño de Plan de Abogacía:** 1 taller nacional para 100 líderes PVVS dirigido al diseño del Plan de Abogacía Nacional de los PVVS.

## **5. Programa de autosostenimiento para PVVS y familias**

**Cursos de capacitación en la formación de microempresas:** realización de 5 talleres regionales anuales dirigidos a PVVS para la formación de microempresas; dichos talleres brindarán los conocimientos y las estrategias necesarios para explotar las habilidades de los PVVS para su autosostenimiento

**Creación de fondo rotatorio:** dirigido al financiamiento de microempresas creadas por PVVS, mediante sistemas de microcréditos. El fondo será administrado bajo el sistema de fideicomiso por una EDPYME (Entidad de desarrollo de las pequeñas y microempresas)

## **Objetivo 4: Incrementar la adherencia al TARGA y el manejo integral de enfermedades oportunistas que incluya el acceso gratuito a diagnóstico y medicamentos.**

### **1. Prevención positiva y promoción a la adherencia al TARGA**

Capacitación mediante eventos vivenciales facilitados por PVVS consejeros de pares formados con el proyecto financiado por el Fondo Mundial y estarán dirigidos a promocionar la adherencia al TARGA y a fortalecer los aspectos positivos de una vida saludable en PVVS. Cada taller contará con la participación de 100 PVVS y dispondrá del material necesario para su información. De igual manera se elaborará el material de IEC que servirá de insumo a la labor de consejeros de pares.

### **2. Programa para el manejo integral y acceso gratuito al tratamiento de enfermedades oportunistas**

**Capacitación en servicio en el manejo de enfermedades oportunistas:** dirigidas a personal de salud, mediante un sistema de capacitación en servicio, se espera entrenar a 50 médicos y 100 enfermeras en el manejo de enfermedades oportunistas.

**Acceso gratuito al diagnóstico y tratamiento de enfermedades oportunistas en PVVS:** el proyecto cubrirá el acceso al diagnóstico y monitoreo de los pacientes así como de los tratamientos de oportunistas durante los dos primeros años del proyecto, siendo asumidos en forma paulatina por el Ministerio de Salud

4.4.1.7 Describa si se trata de intervenciones nuevas o existentes que se ampliarán, y cómo se relacionan con los programas existentes.

Las actividades del proyecto amplían y relanzan estrategias ya existentes en el Plan ContraSIDA sobretodo los dirigidos a la prevención de ITS en poblaciones vulnerables, introduciendo nuevas iniciativas con el fin de involucrar a la sociedad civil en el cumplimiento y la sostenibilidad de la estrategia. De igual manera complementa acciones iniciadas en el Proyecto de Fortalecimiento de la Prevención y el Control del SIDA y la Tuberculosis, e introduce actividades de fortalecimiento de las organizaciones de las PVVS para favorecer su gestión participativa en la respuesta integral del VIH

4.4.2 Describa cómo se sostendrán las actividades que se inician y/o amplían en la presente propuesta una vez finalizado el período de subvención del Fondo Mundial.

- En todas las actividades se prevé la sostenibilidad después de finalizado el periodo de subvención del Fondo Mundial, al ampliar y comprometer la participación de los gobiernos regionales en la problemática, mediante el involucramiento de las gerencias de desarrollo social de dichos gobiernos regionales, gracias a la acción de las PVVS organizadas y de las COREMUSAS .

4.4.3 Describa las desigualdades de género respecto de la gestión y acceso del programa a los servicios por prestar y cómo esta propuesta contribuirá a minimizar estas desigualdades de género

- La falta de autonomía de las mujeres para tomar sus propias decisiones, se constituye en el facilitador más activo de la propagación de la enfermedad. Las pautas culturales que niegan valor y derechos a las mujeres, subsisten con prácticas deshumanizantes como la violencia doméstica, abuso físico y sexual, así como leyes que les impide asumir sus propias decisiones reproductivas. Las costumbres, las creencias, los medios de comunicación y de marketing e incluso los chistes, muestran las actitudes sociales que niegan dignidad, generan discriminación hacia las mujeres, y poblaciones vulnerables haciéndolos mas susceptibles a ser infectados por el virus. Dentro del proyecto, los mensajes a ser transmitidos por los materiales de información como también en las consejerías brindadas por los profesionales de la salud y promotores a ser capacitados, contemplan la perspectiva de igualdad de género. El empoderar a mujeres y varones en formas autónomas de autocuidados y respetar la independencia de los otros –*sean adolescentes, jóvenes, poblaciones vulnerables, personas viviendo con VIH*– tiene como premisa el cuestionamiento de los roles y estereotipos tradicionalmente asignados a mujeres y varones, limitando muchas veces que las personas desarrollen comportamientos saludables

4.4.4 Describa cómo contribuirá esta propuesta a reducir el estigma y la discriminación que sufren las personas que viven con VIH/SIDA, tuberculosis y/o malaria y otros tipos de estigma y discriminación, que facilita la propagación de estas enfermedades.

·Todos los objetivos de la propuesta presentan una línea en contra del estigma y discriminación en sus procesos de capacitación al personal de salud y otros; el objetivo 2 dirige todas sus acciones para disminuir el estigma y la discriminación sobretodo en los servicios de salud, los centros educativos y centros laborales. Además los dos planes comunicacionales propuestos, involucran claramente los temas de disminución del estigma y la discriminación, como los más importantes objetivos diseñados para la población en general.

4.4.5 Describa cómo estarán garantizados los principios de equidad al seleccionar los pacientes que tendrán acceso a los servicios, especialmente si la propuesta incluye servicios que alcanzarán sólo a una parte de la población que los necesita (por ejemplo, los programas de terapia antirretroviral)

La mayor parte de las personas afectadas y de las poblaciones más vulnerables están ligadas a los estratos de mayor pobreza de las grandes ciudades, agravando su situación, la discriminación y estigmatización presentes en la sociedad frente al VIH/SIDA y a las personas que lo padecen; el proyecto en todas sus acciones se dirigen a la atención equitativa de la población, garantizando la entrega de medicamentos y otros a los beneficiarios sin tener en cuenta su estrato socioeconómico sino basado en el cumplimiento de protocolos y normas que diferencian el momento en que se debe iniciar una terapia, como se está realizando en la actualidad. El TARGA, en el país, tiene un enfoque de acceso universal y por tanto este proyecto seguirá la misma línea. Los 2743 PVVS ingresados en el tratamiento pertenecen a las clases sociales más deprimidas y no han sido objeto de acciones que vayan fuera de los principios de equidad.

## 4.5 Gestión programática y financiera

4.5.1 Indique si la ejecución se gestionará a través de un único Beneficiario Principal o a través de varios

Uno  
 Varios

Tabla 4.5.1- Responsabilidad de ejecución

Responsabilidad de ejecución			
Beneficiario Principal o Beneficiarios Principales (BP).	Área de responsabilidad	Nombre del contacto	Dirección, teléfono y número de fax Correo electrónico
CARE Perú	Coordinadora Nacional Proyecto Fondo Mundial	Virginia Baffigo de Pinillos	Gral. Santa Cruz # 659 Jesús María, 433 4753, email vbaffigo@care.org.pe

4.5.2 Describa el proceso a través del cual el MCP, el MCP Subnacional o el Mecanismo de Coordinación Regional designó a el o a los Beneficiarios Principales.

La Secretaría Ejecutiva de CONAMUSA en cumplimiento del mandato recibido de la Asamblea General reunida el 24 de mayo de 2005, acordó realizar un concurso por invitación para seleccionar al Receptor Principal. Luego de diseñar el perfil de las organizaciones a ser invitadas, extendió la convocatoria a las siguientes instituciones: CARE Perú, Médicos Sin Fronteras, Pathfinder, Prisma y Socios en Salud. Aceptaron la invitación CARE Perú, Pathfinder y Prisma. En reunión de Secretaría Ejecutiva llevada a cabo el 3 de junio de 2005, se evaluaron las tres propuestas técnico económicas decidiéndose por mayoría la elección de CARE Perú.

4.5.3 Describa las capacidades técnicas, de gestión y financieras pertinentes de cada Beneficiario Principal designado.

CARE Perú ofrece las siguientes capacidades:

1. **Capacidades Técnicas:** Cuenta con un staff en el que se incluyen tres médicos especialistas en VIH y TB y una psicóloga especializada en poblaciones vulnerables( Niños en circunstancias especialmente difíciles)

Dra. Virginia Baffigo, Pediatra con maestría en gerencia social y directora del Instituto Especializado en Salud del Niño 1990-1997 (ExHospital del Niño)

Dra. Lourdes Kusunoki, Pediatra con maestría en gerencia social y directora del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS-MINSA) 2001

Dr. Adalberto Agüero, Neumólogo, especialista en Tuberculosis y director del Programa de Control de Tuberculosis de ESSALUD (Ex Instituto Peruano de Seguridad Social) 2003

Lic. Patricia Bracamonte, Psicóloga, especialista en Monitoreo y Evaluación de Proyectos de Desarrollo, ex -encargada del área de M&E de las Oficinas del Banco Mundial en Lima.

2. **Capacidades de Gestión:** CARE Perú dispone de Políticas Institucionales aprobadas por su matriz, CARE USA en los siguientes campos organizacionales:

2.1 Finanzas: Manual Financiero, Política de Viáticos, Política de Caja Chica

2.2 Logística: Política de Compras, Política de Vehículos

2.3 Recursos Humanos: Política de Gestión de Personal, Política de Gestión de Consultores

2.4 Auditoria: Política de Auditoria Financiera y Programática

**Todos los sistemas operativos de CARE Perú han sido evaluados en junio de 2003 de manera satisfactoria por la firma Price-Waterhouse Coopers, por encargo del FM. Mayor información a disposición en el Secretariado del Fondo Mundial.**

3. **Capacidades Financieras**

CARE en el PERÚ tiene experiencia de más de 20 años en el manejo de fondos propios y de terceros. El presupuesto anual promedio de proyectos es del orden de los US\$ 21,500,000.

Para el manejo de fondos en Bancos del Exterior, CARE Perú, tiene una cuenta bancaria propia en US \$ en Nueva York en el CITIBANK, en donde podrá recibir los fondos del exterior para este proyecto, y adicionalmente cuenta con un grupo de cuentas bancarias nacionales tanto en moneda nacional como en moneda extranjera para transferir los montos deseados de acuerdo al flujo de fondos requeridos para la operatividad del

proyecto en el tiempo. Esto nos da la seguridad de tener los fondos en un banco fuera del país, lo que minimiza el riesgo de pérdida de fondos por quiebra o intervención de la Superintendencia de Banca y Seguros.

El sistema de transferencia de fondos se realiza a través de Internet: Telecrédito y Citibank OnLine, tanto para el pago a proveedores como para atender los requerimientos de dinero de cada una de nuestras oficinas o Sub Receptores del proyecto.

El manejo de fondos a sub-donaciones, sub-contratos y fondos concursables es controlado a lo largo de todo el proyecto. Desde la selección de la organización beneficiaria hasta la rendición de cuentas correspondiente CARE aplica sus procedimientos y políticas, lo cual garantiza un control eficiente de estas entregas.

#### 4. Capacidades en Monitoreo y Evaluación

CARE Perú posee un Programa de su autoría denominado “Sistema de Gestión de Proyectos” SGP, a través del cual en el momento realiza los procedimientos de M&E a los Sub Receptores bajo modalidad *on line*. Los procesos de adecuación realizados para esta ampliación de uso por terceros han resultado satisfactorios.

Igualmente, a través de la Unidad de Tecnologías de Información, CARE Perú ha contribuido con el Sistema de Información del Programa TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) diseñando un aplicativo utilizando el Programa EPI Info mediante el que se recoge información periódicamente (cada semana) para uso del MINSA y del Fondo Mundial.

Todas estas capacidades han sido puestas a prueba en la gestión del proyecto “Fortalecimiento de la Prevención y Control del VIH y la tuberculosis en el Perú” por lo que no anticipamos dificultad alguna en la gestión de un nuevo proyecto del Fondo Mundial para el Perú.

Indudablemente se requerirá a CARE Perú fortalecer el actual equipo de gestión de acuerdo a la envergadura del próximo proyecto.

Por otro lado, por tratarse de una propuesta descentralizada se requerirá fortalecer los mecanismos de M&E , desplegando actividades de gestión *in situ* y a distancia.

4.5.4 ¿El Beneficiario Principal (o los Beneficiarios Principales) administró una subvención del Fondo Mundial con anterioridad?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

4.5.5 En caso afirmativo, indique el costo total del proyecto y describa el desempeño del Beneficiario Principal que se designó para administrar las subvenciones anteriores del Fondo Mundial (1 ó 2 párrafos).

El Proyecto “Fortalecimiento de la Prevención y Control del VIH y la tuberculosis en el Perú” tiene un costo total de US\$ 55,839,602 . El presupuesto aprobado para la Primera fase es de US\$ 35,872,172 desagregado de la siguiente manera: TB: US\$20,153,818.00 y VIH: US\$15,718,354.00.

CARE Perú es el Receptor Principal de esta subvención y trabaja con 8 Sub Receptores que a su vez son consorcios que en total aglutinan a 24 organizaciones; habiendo llevado adelante un proceso de transferencia de capacidades, lo que ha determinado un rendimiento superior de cada una de ellas.

Durante los 18 meses a cargo del proyecto, CARE Perú ha cumplido con los estándares establecidos por el Fondo Mundial y su relación con CONAMUSA ha ido progresando favorablemente. De acuerdo al Reporte del desempeño de la Subvención, elaborado por el Gerente de Portafolio del Fondo Mundial; CARE ha cumplido satisfactoriamente con sus funciones de administración de fondos y supervisión del proyecto.

4.5.6 Describa otras experiencias pertinentes anteriores del Beneficiario Principal designado:

Consideramos importante la siguiente experiencia de CARE Perú:

1. *Selección transparente y competitiva de grupos comunitarios y entidades locales y regionales para ejecutar proyectos en salud y saneamiento, usando fondos concursables, modalidad muy similar a la realizada para la contratación y seguimiento de Sub Receptores: 1.1 Proyecto Fortalecimiento de Instituciones de Salud (FIS 1992-2000) financió 19 ONGs en Arequipa y Puno ( US\$ USD.350.000,00 a cada una), 1.2 Proyecto Modelos Urbanos en Salud Ambiental (MUSA 2001-2004) financió 6 ONGs en Lima y en otras tres ciudades de sierra y selva del Perú (US\$ 300,000,00 en promedio a cada una).*
2. *Diseño e implementación de Proyectos usando el Enfoque de derechos y el impulso a la descentralización en el Perú: Dos proyectos financiados por la Cooperación Británica son muy representativos del Enfoque de derechos : 2.1 Mejorando la Salud de los Pobres, 2.2 Derechos ciudadanos para el desarrollo sostenible, 1 proyecto da cuenta del trabajo en el segundo aspecto: Fortalecimiento a las instituciones regionales y locales para la descentralización y desarrollo (SOCIDES).*

4.5.7 Describa el abordaje de gestión propuesto y explique fundamentos que respaldan los acuerdos propuestos

La gestión del Programa tiene dos componentes, uno de orden estratégico y otro de carácter técnico.

Los aspectos de orden estratégico tienen que ver con la función de proveer a la CONAMUSA de información precisa y oportuna sobre el desenvolvimiento del proyecto y sobre todas aquellas circunstancias previsibles o no que pudieran alterar su curso.

Los aspectos de orden técnico están referidos a la implementación de los documentos de gestión del proyecto (Planes Operativos, Plan de M&E , Plan de Compras etc. ) de acuerdo a los parámetros del Convenio Fondo Mundial-CARE Perú y de las políticas institucionales aprobadas por el donante.

Debido a que el convenio de donación se firma entre el Fondo Mundial y el Receptor Principal, se propone suscribir un Acuerdo de Gestión entre la CONAMUSA y el Receptor Principal en el que se establezcan las obligaciones y prerrogativas de ambas partes. El seguimiento a este acuerdo le corresponderá a la Secretaría Ejecutiva de CONAMUSA, quien a su vez periódicamente dará cuenta a la Asamblea General

4.5.8 Los sub-beneficiarios, ¿cumplirán alguna función en el programa?

Sí → ir a 4.5.9

No → ir a 4.6

4.5.9 ¿Cuántos sub-beneficiarios participarán, o se espera que participen en la ejecución?

1-5

6-20

21 – 50

más de 50

4.5.10 ¿Se ha determinado quiénes serán los sub-beneficiarios?  Sí → vaya a 4.5.11 - 4.5.13  
 No → vaya a 4.5.14 & 4.5.15

4.5.11 Describa el proceso mediante el cual se seleccionaron los sub-beneficiarios y los criterios que se aplicaron en el proceso de selección (por ejemplo, licitación abierta, restringida, etc.); (2 ó 3 párrafos)

4.5.12 En el caso de los sub-beneficiarios que presentaron la solicitud al MCP pero no fueron seleccionados, indique el nombre y tipo de todas las organizaciones no seleccionadas, el monto presupuestado propuesto y las razones por las cuales no fueron seleccionados, en un anexo a la presente propuesta [1 ó 2 párrafos]

4.5.13 Describa las capacidades pertinentes técnicas, de gestión y financieras de los Sub-beneficiarios Principales

4.5.14 Indique por qué no se eligieron los sub-beneficiarios antes de presentar la propuesta.

La CONAMUSA ya tuvo una primera experiencia de selección de Sub Receptores a través de concurso luego de la firma del contrato de donación con el Receptor Principal, habiendo resultado muy positiva, sin embargo al no haber estado programado, dilató el inicio de actividades del proyecto y el logro de resultados. Por esta razón se plantea continuar con el mismo mecanismo de selección, pero programándolo en el primer semestre del proyecto

4.5.15 Describa el proceso que se empleará para seleccionar a los sub-beneficiarios si la propuesta es aprobada, e incluya los criterios que se aplicarán durante el proceso de selección

El estilo de gestión de la CONAMUSA es de tipo participativo, inclusivo y democrático. Consecuentes con esta característica, la elección de los Sub Receptores se realizará mediante un proceso de Licitación Pública. Ella consistirá en una convocatoria pública dirigida a todas las instituciones del país que tengan experticia en el tema a fin de seleccionar de manera competitiva a las mejores, aunque no sean parte necesariamente de CONAMUSA. Cabe la posibilidad que por decisión de Asamblea General, la CONAMUSA decida designar de manera directa a alguna (as) organización(es) de PVVS o personas afectadas por Tuberculosis cuando se trate de objetivos de fortalecimiento de dichas instituciones. En ese caso, constará en actas de Asamblea General la decisión adoptada.

## 4.6 Monitoreo y evaluación

- 4.6.1 Describa cómo la presente propuesta y su plan de Monitoreo y Evaluación se complementa con las iniciativas existentes o contribuye con ellas (incluidos los programas existentes del Fondo Mundial) para fortalecer los planes de monitoreo y evaluación y/o los sistemas de información sanitaria correspondientes.

Perú ya ha tenido una primera experiencia de trabajo con el Fondo Mundial y ha logrado armonizar los indicadores de M&E aplicados por el Fondo a todos sus proyectos, con los que se encuentran en el Sistema de Información del Ministerio de Salud. Con la primera donación se ha fortalecido este Sistema logrando obtener una mejora sustancial en la capacidad de reportar los avances del Programa TARGA, en la presente propuesta se plantea fortalecer la capacidad analítica de los datos colectados a fin de que la autoridad de salud y la CONAMUSA puedan tomar decisiones acertadas y oportunas. Precisamente, el componente de Fortalecimiento del Sistema de Salud, se propone generar mayores capacidades en todas las instancias vinculadas al Sistema de Información Sanitaria como son: Estrategias Sanitarias Nacionales de VIH SIDA y Tuberculosis, Epidemiología, Oficina de Estadística e Informática e Instituto Nacional de Salud. Se anexa al presente, el Plan de Monitoreo y Evaluación diseñado e implementado por CARE para el proyecto actual y que será adaptado para el presente proyecto, incorporando las lecciones aprendidas

## 4.7 Gestión de Suministros y Contrataciones

- 4.7.1 Describa en forma breve el organigrama de la unidad que actualmente tiene a su cargo la gestión de suministros y contrataciones de medicamentos y productos sanitarios. Indique además, cómo coordina sus actividades con las de otros organismos como por ejemplo, el Organismo Nacional de Regulación de Medicamentos (o el departamento de aseguramiento de la calidad), el Ministerio de Hacienda, el Ministerio de Salud, distribuidores, e tc.

La compra de medicamentos ARV para el primer año del proyecto en curso se hizo a través de la ONG holandesa IDA (previamente se exploró también la posibilidad de trabajar con UNICEF, pero previa evaluación de ambas instituciones las mayores ventajas para el proyecto las tenía IDA). Se trabaja con un requerimiento anual de los medicamentos preparado por el Ministerio de Salud. Todos los medicamentos ARV que llegan al país deben estar aprobados por la lista de precalificación de la OMS, Para el caso de los medicamentos de TB, el requerimiento lo hace el Ministerio de Salud y se compran los medicamentos aprobados por el Comité Luz Verde.

Para ambos casos, se cumple con el control de calidad en el país de origen y en Perú (para este último caso se hace a través del ente regulador del gobierno – DIGEMID – o con un laboratorio privado perteneciente a la red de laboratorios autorizados por el Ministerio de Salud.

La distribución de los medicamentos a nivel nacional se hace según el requerimiento del Ministerio de Salud, estos se entregan a los almacenes de las Direcciones de Salud u Hospital, con toda la documentación requerida (acta de recepción, protocolos, registro sanitario, etc.). De los almacenes las medicinas pasan a las farmacias de los hospitales quienes remiten la información al Ministerio de Salud sobre consumos, stocks.

La compra de otros productos como los insumos de laboratorio se hacen mediante licitaciones públicas o concursos por invitación, según sea el caso. La documentación técnica del requerimiento es preparada por el área responsable del Ministerio de Salud. Una vez adquiridos, ya sea por importación o compra local, se distribuyen a los almacenes correspondientes.

Se anexa al presente el Plan de compras diseñado e implementado por CARE para el proyecto actual

4.7.2 Capacidad de contratación
<p>a) La gestión de suministros y contrataciones de medicamentos y productos sanitarios será llevada a cabo (o será gestionada mediante un subcontrato) exclusivamente por el Beneficiario Principal o los sub-beneficiarios también podrán realizar esta gestión?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sólo el Beneficiario Principal</p> <p><input type="checkbox"/> Los sub-beneficiarios solamente</p> <p><input type="checkbox"/> Ambos</p>
<p>b) Indique los últimos datos anuales disponibles (en EUR o USD) de la contratación de medicamentos e insumos médicos afines pagados por dicho organismo, para cada una de las organizaciones que participan en el proceso de contrataciones.</p>
<p><b>Componente VIH (US \$)</b></p> <p>Medicinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IDA : 3,638,379</li> <li>• Refasa: 235</li> <li>• Eske: 39,443</li> <li>• Glaxo SmithKlien: 4,300</li> </ul> <p>Insumos de laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gen Lab: 47,695</li> <li>• Roche: 177,233</li> <li>• Immunochem: 24,079</li> <li>• Merck: 3,691</li> <li>• Becton Dickinson: 128,441</li> </ul> <p><b>Componente TB (US \$)</b></p> <p>Medicinas:</p> <p>IDA: 1,236,002</p>
4.7.3 Coordinación
<p>a) Para las organizaciones mencionadas en la sección 4.7.2.b, indique en términos porcentuales, en función del valor total, las distintas fuentes de financiamiento de la contratación, tales como los programas nacionales, los donantes multilaterales y bilaterales, etc.</p>
<p>100% Fondo Mundial</p>
<p>b) [Indique si actualmente participa en programas de donación a través de los cuales se canaliza (o se ha solicitado) el suministro de productos sanitarios, incluidos los programas de donación como por ejemplo, Global TB Drug Facility y los programas organizados por empresas farmacéuticas, organismos multilaterales y ONGs y que guardan relación con esta solicitud</p>
<p>Las únicas compras que en la actualidad se realizan tanto para medicinas como para insumos de laboratorio, son a través del convenio con el Fondo Mundial</p>

4.7.4 Gestión de suministros (almacenamiento y distribución)	
a) ¿Se ha designado alguna organización para realizar la gestión de suministros para esta subvención?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí → continuar <input type="checkbox"/> No → ir a 4.7.5
b) Indique qué tipo de organizaciones participarán en la gestión de suministros de medicamentos y productos sanitarios. c) <input checked="" type="checkbox"/> Depósitos nacionales de suministros médicos o equivalentes <input checked="" type="checkbox"/> Organización(es) nacional(es) subcontratadas (indicar cuál o cuáles son) <input type="checkbox"/> Organización(es) nacional(es) subcontratadas (indicar cuál o cuáles son) <input type="checkbox"/> Otros (por favor especificar):	
d) Describa la capacidad de almacenamiento actual de medicamentos y productos sanitarios que tienen las organizaciones e indique cómo se gestionará el incremento de necesidades.	
<p>Actualmente los medicamentos tanto de TB como de VIH antes de su distribución al beneficiario, están en dos almacenes. En la actualidad estos productos ocupan máximo 40 m3. Para el proyecto se prevé manejar la misma cantidad de medicamentos ya que las entregas son planificadas de antemano que respondan a las necesidades y de esta manera evitar tener la necesidad de contar con mayor espacio.</p>	
e) Describa la capacidad de distribución actual de medicamentos y productos sanitarios que tienen las organizaciones e indique cómo se gestionará el incremento de necesidades. Además, proporcione un estimado indicativo del porcentaje del país y/o de la población cubierta en esta propuesta.	
<p>En la actualidad se cuenta con un sistema de distribución a nivel nacional que responde a las necesidades de los beneficiarios y a los requerimientos del Ministerio de Salud cumpliendo con las normas establecidas por las entidades del gobierno correspondientes. Para el proyecto que se está presentando se prevé manejar cantidades similares al actual, por lo que no habrá cambios grandes en la forma de trabajo actual.</p>	
4.7.5 ¿Se solicita en la propuesta financiamiento para tratar la tuberculosis multifármacorresistente?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se adjunta en anexo la Carta a Partners in health	

## 4.8 Asistencia técnica y fortalecimiento de la capacidad

4.8.1 Describa las restricciones de capacidad que deberá enfrentar durante la ejecución de esta propuesta y las estrategias planificadas para abordar estas restricciones. Esta descripción debería describir las brechas actuales y las estrategias que se emplearán para superarlas, para seguir desarrollando la capacidad nacional, la capacidad de los beneficiarios principales y la de los sub-beneficiarios, así como también la de cualquier grupo objetivo. Por favor, asegúrese de incluir estas actividades en el presupuesto detallado.
<p><i>Los objetivos incluidos en los tres componentes de la propuesta actual, están diseñados para generar procesos de escalamiento de los resultados alcanzados durante la primera fase del Proyecto actual en la lucha tanto contra el VIH SIDA como contra la tuberculosis en el Perú. En función a esto podemos anticipar que una de las restricciones de capacidad que se avecinan tiene que ver con las acciones de incidencia política que las autoridades de salud quizás necesiten</i></p>

*desplegar frente a las nuevas autoridades gubernamentales. El próximo año habrán elecciones generales, elecciones regionales y elecciones municipales en el Perú; ello va a demandar prepararse para lograr un ambiente favorable para la aplicación de políticas sanitarias a nivel regional y local.*

Se podría precisar asistencia técnica para llevar adelante un Plan de Incidencia Política que incluya el mercadeo social de los logros alcanzados.

No se avizoran mayores dificultades con relación a las capacidades del Receptor Principal, sin embargo es posible que frente al despliegue de nuevas actividades a gran escala como por ejemplo los Planes Comunicacionales, se requiera asistencia técnica para la formulación de los términos de referencia con el fin de lograr el mejor producto al precio mas competitivo.

Uno de las mayores debilidades de los Sub Receptores suele ser el monitoreo y evaluación de sus respectivos proyectos, por ello se ha previsto dotarlos de recursos suficientes para contar con personal calificado, sin embargo a pesar de ello podría darse la situación de requerir algún tipo de asistencia técnica puntual, de manera que se preverá un pequeño fondo para esta contingencia

## 5

Todos los detalles presupuestarios solicitados en las secciones que siguen deberán adjuntarse como anexos, a las copias impresas y electrónicas del formulario de propuesta

### 5.4 Presupuesto de los componentes

Tabla 5.1 – Fondos solicitados al Fondo Mundial

	Fondos solicitados al Fondo Mundial (en EUR/USD)					
	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
<b>Recursos humanos</b>	593262	412191	195770	160620	141899	1503742
<b>Infraestructura y equipamiento</b>	24000	39000	3000	3000	3000	72000
<b>Capacitación</b>	454754	559614	351445	352500	305000	2023313
<b>Productos básicos y otros productos</b>	3236926	2367437	393388	254459	130529	6382739
<b>Medicamentos:</b>	335882	113251	98691	87282	85001	720107
<b>Planificación y administración</b>	782348	396950	141532	117997	93016	1531843
<b>Otros (Overhead)</b>	325630	233651	71030	58551	45259	734121
<b>Total de fondos solicitados al Fondo Mundial</b>	5752802	4122095	1254885	1034410	803703	12967865

El presupuesto para cada componente debe estar acompañado por un plan de trabajo y presupuesto detallado para el año 1 e indicativo para el año 2: Deben estar reflejados los encabezamientos principales utilizados en la sección 4.4. (estrategia del componente) y cumplir los siguientes criterios ([por favor, adjunte esta información como anexo](#)):

- Debe estructurarse junto con las mismas líneas de la estrategia del componente, es decir, reflejar las mismas finalidades, objetivos, áreas de prestación de servicios y actividades.
- Deberá proporcionar un detalle para el año 1 e indicativo para el año 2, y establecer las hipótesis clave, incluso aquellas que se relacionan con las unidades y los costos de unidades. Además, debe ser coherente con las hipótesis y explicaciones incluidas en la sección 5.2.
- Debe brindar más información e hipótesis resumidas por lo que resta del período de la propuesta (año 3 hasta la finalización del plazo de la propuesta).
- Debe estar integrado con un plan de trabajo detallado para el año 1 y un plan de trabajo indicativo para el año 2.
- Debe ser totalmente coherente con los presupuestos resumidos indicados en otras partes de la propuesta, inclusive con los de la presente sección 5.

#### 5.4.1 Desglose por áreas funcionales.

##### **Planeamiento y administración:**

*[Esta categoría incluye: costos de compilación de datos, análisis, viajes, visitas de supervisión de campo, sistemas y software, consultoría y recursos humanos y cualquier otro costo asociado con la monitoreo y evaluación.]*

Tabla 5.1a – Costos de planeamiento y administración

		Fondos solicitados al Fondo Mundial para vigilancia y evaluación (en EUR/USD)					
		Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
<b>Planeamiento y administración</b>	y	782348	396950	141532	117997	93016	1531843

#### Gestión de suministros y contrataciones:

Tabla 5.1.1b –Costos por gestión de suministros y contrataciones

		Fondos solicitados al Fondo Mundial para la gestión de contratación y suministro (en EUR/ USD)					
		Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
<b>Gestión de contratación y suministro</b>	y	3596808	2519689	495079	344741	218530	7174846

#### Asistencia técnica

Tabla 5.1.1.c – Costos por asistencia técnica

		Fondos solicitados al Fondo Mundial para asistencia técnica (en EUR/USD)					
		Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
<b>Asistencia técnica</b>		1048016	971805	547215	513120	446899	3527055

#### 5.4.2 Desglose por área de prestación de servicios

Tabla 51.2: Estimación de la asignación presupuestaria por área de prestación de servicios y objetivo . (VER ANEXO)

		Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
<b>Valor por año</b>							
<b>Objetivos</b>	<b>Área de prestación de servicios</b>	<b>Porcentaje estimado del presupuesto</b>					
<b>Objetivo 1</b>	Área de prestación de servicios 1						
	Área de prestación de servicios 2						
<b>Total:</b>		100%	100%	100%	100%	100%	

#### 5.4.3 Desglose por asignación a los asociados

Tabla 5.1.3 – Distribución de fondos entre los asociados

Distribución de fondos entre los asociados ejecutores (en %)

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
<b>Sector académico / educativo</b>	4.7	4.7	4.7	4.7	4.7
<b>Gobierno</b>	0	0	0	0	0
<b>Organizaciones no gubernamentales/de base comunitaria</b>	82.1	82.1	82.1	82.1	82.1
<b>Personas que viven con VIH/SIDA, tuberculosis y/o malaria;</b>	4.7	4.7	4.7	4.7	4.7
<b>Sector privado</b>	0	0	0	0	0
<b>Organizaciones religiosas / de base confesional;</b>	2.8	2.8	2.8	2.8	2.8
<b>Asociados multilaterales y bilaterales para el desarrollo</b>	0	0	0	0	0
<b>Otros (por favor especificar)</b>	5.7	5.7	5.7	5.7	5.7
<b>Total</b>	100%	100%	100%	100%	100%

## 5.5 Supuestos presupuestarios clave para formular el pedido de fondos al Fondo Mundial

### 5.5.1 Medicamentos, productos básicos y otros productos

- Suministre la lista de medicamentos antirretrovirales (ARV), antituberculosos y antimaláricos que se utilizará en el programa propuesto, junto con el costo promedio por persona, por año o el costo promedio por tratamiento. *(Por favor, adjunte el anexo).*
- Suministre el costo total de los medicamentos por categoría terapéutica para todos los demás medicamentos que se utilizarán en el programa. No es necesario especificar cada producto de la categoría. *(Por favor, adjunte el anexo).*
- Suministre una lista de productos básicos y otros productos por categorías principales, por ejemplo, mosquiteros, preservativos, productos para diagnóstico, insumos hospitalarios y médicos, equipamiento médico. Incluya los costos totales, y cuando corresponda, los costos por unidad. *(Por favor, adjunte el anexo).*

Ver anexos

### 5.5.2 Costos de Recursos humanos:

En los casos en que los recursos humanos (RR.HH.) constituyan una parte importante del presupuesto, explicar de qué manera se presupuestó este gasto con respecto a los dos primeros años, en qué medida los gastos de Recursos Humanos fortalecerán la capacidad de los sistemas de salud en el nivel de pacientes/población beneficiados y cómo se solventarán estos salarios una vez terminado el período de la propuesta *[1 ó 2 párrafos. Por favor, adjunte como anexo.]*

Ver anexos

### 5.5.3 Otras partidas de gastos clave

Explique cómo se han presupuestado otras categorías de gasto (por ejemplo, infraestructura y equipamiento) que representan una parte importante del presupuesto  
*[1 ó 2 párrafos. Por favor adjunte como anexo]*

Ver anexos

#### 4.1 Identifique el componente de esta sección

- VIH/SIDA<sup>10</sup>  
 Tuberculosis<sup>11</sup>  
 Malaria  
 Fortalecimiento de los sistemas sanitarios

4.1.1 Indique la duración estimada del componente:

Tabla 4.1.1 – Inicio y duración de la propuesta

	Desde	Hasta
Mes y año:	2 de Enero 2006	31 de diciembre 2010

#### 4.2 Personas de contacto para responder preguntas sobre este componente.

Tabla 4.2 – Personas de contacto para el componente

	Contacto principal	Contacto secundario
Nombre	Dr. César Bonilla	
Cargo	Coordinador ESN TB	
Organización	MINSA	
Dirección postal	Cdra 7 Avda. Salaverry Jesús María	
Teléfono	3156600	
Fax		
Correo electrónico	cbonilla@minsa.gob.pe	

#### 4.3 Contexto nacional en que se desarrollará el programa y análisis de las brechas de este componente

<sup>10</sup> En contextos en los cuales el VIH/SIDA impulsa la epidemia de tuberculosis, los componentes de tuberculosis deben incluir actividades que aborden conjuntamente la tuberculosis y el VIH. Para ello, se recomiendan diferentes actividades conjuntas que varían según el desarrollo de la epidemia. Para más información, consúltese la “Política Interina sobre Actividades Colaborativas TB/HIV” de la OMS, en el sitio [http://www.who.int/tb/publications/tbhiv\\_interim\\_policy/en/](http://www.who.int/tb/publications/tbhiv_interim_policy/en/).

<sup>11</sup> En contextos en los cuales el VIH/SIDA impulsa la epidemia de tuberculosis, los componentes de VIH/SIDA deben incluir actividades que aborden conjuntamente la tuberculosis y el VIH. Para ello, se recomiendan diferentes actividades conjuntas que varían según el desarrollo de la epidemia. Para más información, consúltese la “Política Interina sobre Actividades Colaborativas TB/HIV” de la OMS, en el sitio [http://www.who.int/tb/publications/tbhiv\\_interim\\_policy/en/](http://www.who.int/tb/publications/tbhiv_interim_policy/en/).

#### 4.3.1 Antecedentes epidemiológicos y específicos de la enfermedad

Describa e incluya los últimos datos disponibles sobre la etapa y el tipo de epidemia y su dinámica (con información separada por edad, género, grupo poblacional y ubicación geográfica cuando sea posible), los grupos poblacionales más afectados y los datos sobre fármacorresistencia cuando sean pertinentes. (La información sobre fármacorresistencia tiene especial importancia si la propuesta incluye medicamentos antimaláricos o insecticidas. En el caso de los componentes de tuberculosis, indique y fundamente además los regímenes de tratamiento que se usan en el presente o que se utilizarán en el futuro.)

El contexto general en que se desarrolla la TB en el país está resumido en el Informe presentado el 2 de febrero del 2005 por el Relator Especial sobre el derecho a la salud, Dr. Paul Hunt, resultante de su visita al Perú en junio del 2004. Se transcribe un extracto del mismo:

"Many of the health problems in Peru are inextricably linked to problems of poverty and discrimination, which are among the causes and consequences of ill-health in the country. People living in poverty have poorer access to basic services, such as clean water, sanitation and health care. Ill-health also often impoverishes individuals and families on account of the cost of treatment or because of its impact on revenue-generating activities. Some diseases, including HIV-AIDS, have given rise to multiple forms of discrimination against those affected, which further impedes the enjoyment of the right to health and other human rights. Poverty and discrimination have perpetuated great disparities in the enjoyment of the right to health between rural and urban areas, between regions and among different population groups." (Report submitted by the Special Rapporteur on the right of everyone to the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt, Economic and Social Council, Commission on Human Rights, Sixty-first session, Item 10 of the provisional agenda, 4 February 2005)

El Perú tiene el 5% de la población de Latinoamérica, sin embargo reporta el 25% de todos los casos registrados de TB en la región. La tasa de la incidencia por TB por 100,000 ha pasado de 256 en 1992 a 124.4 en el 2004, mientras la tasa de mortalidad descendió de 5.18 a 3.82 en el mismo período. El número de pacientes con tratamiento TB MDR pasó de 68, en 1997, a 1911, en el 2004. La tasa de co-infección por TB y VIH/SIDA, al mismo año es de 2.41 por 100,000. El 75% de los afectados se ubican en el intervalo de edades de 15 a 44 años, siendo la presencia de la enfermedad entre las mujeres ligeramente superior que entre los varones.

Esta incidencia no es uniforme en el territorio nacional, concentrándose principalmente en Lima, capital del país, y Callao que conjuntamente reportan el 58% del total de casos a nivel nacional. El complemento a su vez se concentra en otras ciudades que se ubican porcentualmente distantes de las primeras. El factor más importante asociado con el riesgo de infección es el contacto próximo con pacientes de TB pulmonar bacteriológicamente positivas, por lo que a mayor concentración de la población se da mayor probabilidad de transmisión. El hacinamiento en el Perú es un problema social común en los barrios tradicionales empobrecidos y los barrios urbanos marginales periféricos de las ciudades, sumado a las condiciones de pobreza y pobreza extrema crónica en las que viven cerca del 55% de la población nacional.

El gobierno peruano colocó al Control de la Tuberculosis en una alta prioridad a finales de los años 1980. En 1991 el Ex - Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT), implementó la estrategia DOTS (Directly Observed Treatment Short Course), recomendada por la OMS, para el control de la tuberculosis por ser altamente costo efectiva. En 1990 sólo 25% de los servicios de salud del MINSA desarrollaban acciones de diagnóstico y tratamiento para Tuberculosis; actualmente el 100 % de los mismos garantiza el acceso al diagnóstico y tratamiento antituberculoso gratuito. Entre los años 1993-2001 la cobertura de detección de casos se incrementó cerca de diez veces, aunque el 2002 y 2003 se evidenció una disminución del 6 % anual en la captación de sintomáticos respiratorios, situación que fue subsanada parcialmente en el segundo semestre del 2004.

Durante el año 2004, se han diagnosticado y tratado a 34,276 personas enfermas con Tuberculosis en todo el país, cifra que traducida en tasa de incidencia es de 124.43 x

100,000 hab. lo que significa una disminución del 51.41% en relación con el año 1992 (año de máxima tasa) y de 0.33% en relación al 2003. De ellos, 18,289 personas enfermas corresponden a casos con Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo (TBP-FP) nunca tratados, lo que determina una tasa de incidencia de 66.39 x 100,000 hab., mostrando una disminución del 58.8% en relación a 1993 y 3.7% con relación al 2003. La eficiencia (curación de pacientes) evaluada a través del estudio de cohorte de tratamiento con esquema primario para pacientes nuevos con Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo, mejoró de 76,8% para la cohorte de 1991 a 89.6% para la cohorte del primer semestre del año 2004.

El Estado ha reconocido la Tuberculosis Multidrogorresistente como problema de salud pública. A partir de octubre de 1997, se viene aplicando un Esquema de Retratamiento Estandarizado para pacientes con Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente (TB MDR), de acuerdo a las recomendaciones de la OMS para países de medianos y escasos recursos. Analizado el periodo 1997 - 1999 se ha obtenido un porcentaje de curación menor del 50% en la aplicación de este retratamiento. Actualmente constituye menos del 40% del total de casos de TB diagnosticados y tratados en el país.

Los Estudios de Vigilancia de la Resistencia a los Medicamentos Antituberculosos años 1995-1996 muestran 2,4% de resistencia primaria MDR y 15 % en pacientes antes tratados; en 1999 estos datos fueron 3,1% y 12,3% respectivamente. Se ha iniciado un tercer Estudio de Vigilancia de Resistencia a Medicamentos Antituberculosos en el cual, a diferencia de los estudios previos, se está incluyendo muestras de pacientes en condición de fracaso a tratamiento, lo que nos permitirá conocer cual es el real impacto de la TB MDR en el Perú.

En enero de 1999 mediante el Proyecto Colaborativo entre el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, OPS/OMS y el Programa de Enfermedades Infecciosas y Cambio Social de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard implementándose la aplicación de retratamientos individualizados para TB MDR con enfoque comunitario, para los que se exige contar con los resultados de la prueba de sensibilidad. Este proyecto contemplaba la aplicación del tratamiento en el ámbito de Lima y Callao.

En relación a la Población Privada de la Libertad, durante el año 2004 de 34,276 enfermos registrados con diagnóstico de tuberculosis, 437 casos, que significan el 1.2 % del total, corresponden a pacientes de los diferentes penales del país; de ellos 24 casos tuvieron diagnóstico de Tuberculosis multidrogorresistente y 13 tenían también VIH -SIDA.

La asociación VIH/SIDA-TB notificada en el año 2004 representa el 2,2 % de la morbilidad general por tuberculosis. La letalidad es alta en los pacientes coinfectados probablemente debido a complicaciones asociadas con el SIDA o un diagnóstico tardío de tuberculosis.

En la coinfección TB VIH, el MINSa considera que se debe integrar, tanto como sea posible, el control de la TB y el cuidado del VIH, creando sinergias. Las intervenciones que han demostrado ser altamente efectivas para establecer la capacidad inmunológica y por lo tanto, reducir la incidencia de infecciones oportunistas y la tuberculosis en general son: Acciones de control de la tuberculosis, tratamiento precoz y oportuno de casos de TB, provisión de quimioprofilaxis con isoniacida en pacientes infectados por el VIH y por otra parte las medidas para el control del VIH como : La consejería, realización de la prueba diagnóstica y la introducción de antiretrovirales (TARGA)..

<p>4.3.2 Sistemas sanitarios, iniciativas para el control de la enfermedad y marcos de desarrollo más amplios</p>
<p>a) Describa el sistema (nacional) sanitario, incluidos los sectores público y privado, en la medida en que sean pertinentes para combatir la enfermedad en cuestión.</p>

El Sistema Sanitario Nacional está compuesto por sub sectores: El Ministerio de Salud, que es el Órgano Rector, y que junto con la Seguridad Social, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, conforman el Sub-Sector Público. El Sub-Sector Privado completa el Sistema.

El Ministerio de Salud cuenta con la Alta Dirección, oficinas de Apoyo, Asesoría y Línea. Dentro de los órganos de línea, que son 4, se tiene la denominada Dirección General de Salud de las Personas a la que responden las denominadas Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN), antes Programas, una de las cuales es la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis que establece las normas de acción contra la tuberculosis a regir en todos los subsectores.

El Ministerio de Salud trabaja a nivel nacional con Organismos Públicos desconcentrados: las 34 Direcciones Regionales de Salud (DIREAS) asentadas a lo largo de todo el país; las 5 Direcciones de Salud de Lima y Callao (DISAS), y los Institutos Especializados. Cada una de las DIREAS y DISAS cuentan con responsables de la ESN y C TB, que se encargan de velar por la ejecución de las diversas estrategias en la lucha contra el SIDA. Entre los Organismos Públicos Descentralizados que trabajan con el Ministerio de Salud está el Instituto Nacional de Salud (INS), el mismo que cuenta con una red de laboratorios referenciales descentralizados para el MINSAL. Asimismo el INS es el responsable de los estudios de genotipificación, de resistencia del virus y afines.

Dentro de los órganos de asesoría del MINSAL se encuentra la Oficina General de Epidemiología (OGE), la misma que cuenta con una red de oficinas en todas las DIREAS y DISAS. Estas oficinas son las encargadas de la vigilancia continua y centinela de los casos de TB.

El Seguro Social del Perú (EsSalud), dentro de sus prestaciones regulares, ofrece a sus afiliados el tratamiento antituberculoso. Igual servicio entrega la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Sanidad de las Fuerzas Policiales. El Instituto Nacional Penitenciario realiza acciones de prevención de la TB en los establecimientos penales y entrega el tratamiento a los afectados reclusos.

- b) Describa en forma integral las estrategias y programas de control de la enfermedad que se emplean actualmente para combatir la enfermedad en cuestión, incluidas las finalidades y objetivos correspondientes que permitan abordar la enfermedad. (Incluya los programas existentes que financian el Fondo Mundial y otros programas que ejecuten o planifiquen todas las partes interesadas y los compromisos existentes y planificados que se han asumido ante las principales iniciativas y alianzas internacionales.)

Control de la Tuberculosis del Ministerio de Salud, Setiembre 2004 – Diciembre 2009 establece lo siguiente:

#### OBJETIVO GENERAL

Lograr hacia fines del 2009 consolidar y expandir la estrategia DOTS y DOTS Plus, permitiendo el fortalecimiento de la atención de pacientes con tuberculosis sensible, resistente y coinfectados con VIH/SIDA, en los establecimientos de salud del MINSAL en particular y en general el resto de establecimientos del sector salud, priorizando las regiones con mayor carga de Tuberculosis.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

7. Asegurar la continuidad y ampliación de la estrategia DOTS mediante planes para el desarrollo del sector salud.
8. Realizar la localización de casos de TB en forma precoz y oportuna a través del examen gratuito de los sintomáticos respiratorios en los servicios de salud.
9. Mantener la gratuidad y supervisión estricta del tratamiento a los enfermos con TB
10. Fortalecer la estrategia DOTS Plus a nivel nacional
11. Garantizar el desarrollo de un sistema de información operacional y epidemiológico veraz oportuno y de calidad para la toma de decisiones
12. Establecer Estrategias de Promoción de la Salud a través del desarrollo de los componentes IEC y Promoción Social.

En su Informe correspondiente al 2004, identifica como áreas-problema o brechas las siguientes:

- Disminución en la captación de sintomáticos respiratorios
- Disminución en el control de contactos
- 3.8% de abandonos al tratamiento primario
- 40% tasa de curación en TB MDR
- Presencia de coinfección VIH SIDA/TB
- Altas tasas de TB en establecimientos penitenciarios
- Altas tasas de TB en poblaciones indígenas
- Elevada transmisión de TB en personal de establecimientos de salud

Correspondiendo a estas brechas se propone las siguientes estrategias:

- Mejorar la calidad y oportunidad de la captación con registro e información, supervisión, abastecimiento de insumos para baciloscopia y fortalecimiento de la Red de Laboratorios.
- Aplicación de la normatividad para control de contactos, capacitación y supervisión.
- Establecer el perfil del paciente que abandona, aplicar técnicas de prevención del abandono, capacitación y supervisión.
- Mejorar el esquema de tratamiento, mejorar la organización del tratamiento, optimizar la distribución e inventario de medicamentos. Mejorar la adherencia al tratamiento a través del monitoreo de casos, Capacitación y Supervisión. Registro, procesamiento, análisis y evaluación de la información
- Capacitación, supervisión, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado. Consejería y diagnóstico de VIH en pacientes TB.
- Coordinación entre el MINSA y el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) a todo nivel; fortalecimiento de los equipos y servicios del INPE en el control de la TB, TB MDR y Coinfección VIH-TB.
- Sensibilizar y capacitar al personal de salud con enfoque integral. Participación de la comunidad en planes y acciones de Salud. Fortalecimiento de equipos itinerantes.
- Capacitación y Supervisión en la aplicación de las normas en el control de infecciones y Bioseguridad. Estudio y mejoramiento de las condiciones en el control de infecciones y la bioseguridad en los establecimientos.

Las áreas de intervención de la Estrategia son todos los establecimientos del Sector Salud.

El Proyecto de Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y Tuberculosis apoyado por el Fondo Mundial, actualmente en marcha viene apoyando a la Estrategia con actividades encaminadas a reducir algunas de las brechas.

Así, el Objetivo 1 TB del Proyecto vigente incide en la promoción de la participación social de los enfermos con TB y de las poblaciones distritales de Lima-Callao, para disminuir la TB baciloscopica en los AERT-TB (Áreas de elevado riesgo de transmisión de TB). Desde allí se está haciendo aportes valiosos tales como la participación activa de las Asociaciones de Enfermos de Tuberculosis, con cuyo concurso se ha generado tres planes distritales de lucha contra la TB, que comprometen a las autoridades y actores locales, y la formación de la Red Solidaria de Lucha contra la Tuberculosis con la participación de los enfermos organizados – actores directamente involucrados en el problema - de 18 distritos de Lima Callao, involucrando a las 5 DISAs.

El Proyecto de Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y Tuberculosis, desde el Objetivo 3 del Componente TB - extender la cobertura del DOTS Plus y mejorar la tasa de curación de pacientes TB-MDR - ha permitido la ampliación de la aplicación de este tratamiento que se venía dando sólo en Lima y Callao, y para fines del 2004 habrá llegado a cinco nuevas regiones del país: Arequipa, Chiclayo, Ica, Ancash, La Libertad, Junin y

Piura.

Con la existencia de quimioterapia eficaz adquirida a través del Comité de Luz Verde de la OMS, la experiencia de los equipos multidisciplinarios en el manejo de pacientes con TB MDR y permanentes actividades de promoción y prevención se espera que la incidencia de TB MDR se reduzca en relación a los niveles actuales. Por ello, luego de realizarse reuniones técnicas\* con la participación de médicos neumólogos del MINSA, sociedades científicas y otras instituciones se analizó la situación terapéutica, eficiencia y eficacia del esquema estandarizado que se utilizaba desde el año 1997, por lo que se propuso modificar la estructura de este retratamiento, resultando de dicho análisis un nuevo esquema terapéutico que ha entrado en vigencia desde el 03 de marzo del presente año 2005 con la Resolución Ministerial N° 162-2005/MINSA.

Las actividades que la Estrategia desarrolla en los Establecimientos Penitenciarios del país, están siendo complementadas a través del Objetivo 2 del Proyecto Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y Tuberculosis. En este marco se ha elaborado una Guía Nacional de atención de VIH y TB (TB y TB MDR) en penales. Asimismo, el 16 de noviembre del 2004, el Instituto Nacional Penitenciario emitió la Resolución Presidencial No. 875-2004-INPE-PE, que incentiva la participación de las personas privadas de libertad en las actividades de promoción del proyecto en los penales, integrando la labor del promotor en el sistema de beneficios penitenciarios para la reducción de penas.

La Estrategia ha identificado los Principales desafíos para el avance de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis y su articulación con el Fondo Mundial como sigue:

1. Sostenibilidad y amplificación de la estrategia DOTS en el marco del Modelo de Atención Integral.
2. Implementación de estrategias locales en los AERT para incrementar la captación de sintomáticos respiratorios.
3. Mejorar la calidad en la atención de pacientes con TB MDR, consolidando el DOTS Plus.
4. Impacto de la coinfección VIH/SIDA-TB.
5. Desarrollo de la investigación operacional y epidemiológica.
6. Establecer alianzas estratégicas.
7. Articular objetivos y actividades del FM con objetivos y actividades de ESNPyC TB a nivel central, intermedio y local.

- c) Describa cuál es la función de las iniciativas para el control del SIDA, la tuberculosis y/o malaria en los marcos de desarrollo más amplios, tales como los Estudios Estratégicos para la Reducción de la Pobreza (ERP), la Iniciativa para los Países Pobres Altamente Endeudados, los planes (HIPC, por sus siglas en inglés), o los planes para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, o los abordajes sectoriales. Describa los enlaces a iniciativas internacionales tales como la Iniciativa "3 por 5", de la OMS/ONUSIDA, la Alianza Mundial Alto a la tuberculosis (Stop TB) o la Alianza Hacer Retroceder la Malaria.

Desde 1991, en que se inicia la implementación de la estrategia DOTS, el Perú ha seguido las recomendaciones de la Alianza Mundial Alto a la tuberculosis (Stop TB), tanto en relación a los tratamientos como a las orientaciones generales sugeridas a los países. Así, por ejemplo,

- Se está haciendo esfuerzos para garantizar los recursos, tanto desde el Estado como desde fuentes externas, para cubrir los déficits aún existentes.

\* Se trata de las reuniones del Comité Consultivo de la ESNPyC TB, instancia creada en 2004, en el marco de la experiencia de trabajo conjunto con la CONAMUSA, Mecanismo de Coordinación de País para el Proyecto con el Fondo Global. En ella están representadas, además de los citados, las ONGs, las Asociaciones de Enfermos de Tuberculosis y la Cooperación Internacional.

- En la ESNPyC TB convergen los aportes tanto de la Alianza Mundial Alto a la tuberculosis (Stop TB) como del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.
- Los Lineamientos de Política Sectorial 2002-2012, inciden en la centralidad de la promoción de la salud y del Modelo de Atención Integral de Salud para brindar una atención de calidad a la población.
- Siendo incipiente la movilización de la sociedad civil y de los directamente afectados contra la TB, se espera lograr avances a través de los programas y proyectos en marcha, uno de los cuales es el apoyado por el Fondo Mundial.
- El trabajo conjunto entre las Estrategias Sanitarias Nacionales de TB y VIH/SIDA se ha visto realizado en el marco del Proyecto con el Fondo Mundial vigente.
- La Decimotercera Política de Estado del Acuerdo Nacional<sup>\*</sup>, suscrito en el 2002 por representantes de organizaciones políticas, religiosas, sociedad civil y el gobierno, que les compromete con 30 políticas teniendo como meta el año 2021, establece lo siguiente: *Asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables; promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud; y potenciar la promoción de la salud, prevención y control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas.* El Perú, como signatario de la Declaración del Milenio, está comprometido con el Objetivo 6, meta 8 de la misma: Haber detenido hacia 2015 y comenzado a contrarrestar la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves (incluida la tuberculosis).

#### 4.3.3 Análisis de las brechas financieras y programáticas

4.3.3.1 Detalle los gastos actuales y planificados de todas las fuentes pertinentes, ya sean internas, externas, de alivio de la deuda, e incluya las subvenciones previas otorgadas por el Fondo Mundial.

4.3.3.2 Proporcione una estimación de los costos necesarios para alcanzar todas las finalidades y objetivos (nacionales) y brinde información sobre cómo se ha desarrollado este costo (por ejemplo, basado en los costos de las estrategias nacionales)

En la Tabla 4.3.3 se han detallado los recursos financieros de fuentes internas y externas con que cuenta el país. Se han considerado exclusivamente los costos de compra de tratamientos y otros totalmente vinculados a la Estrategia de TB. No se ha considerado el costo de las consultas y hospitalizaciones. La totalidad de costos necesarios se ha realizado considerando los recursos necesarios para el cumplimiento de las metas de atención.

4.3.3.3 Suministre un cálculo de las brechas entre los costos estimados y los gastos actuales y planificados.

Tabla 4.3.3 – Aportes financieros para la respuesta nacional

#### Aportes financieros en USD

<sup>\*</sup> El Foro del Acuerdo Nacional está adscrito a la Presidencia del Consejo de Ministros.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Internos (A)</b>	4,059,931	4,294,835	7,902,835	8,363,585	8,775,835	8,775,835	8,775,835
<b>Externos (B)</b>	10,794,556	9,359,258	4,015,756	1,737,753	620,454		
<b>Origen externo 1 Fondo Mundial</b>	10,794,556	9,359,258	4,015,756	1,737,753	250,000		
<b>Origen externo 2 USAID</b>		264,000					
<b>Origen externo 3 OPS</b>		3,000					
<b>Total de recursos disponibles (A + B)</b>	14,854,487	14,185,183	12,182,591	10,365,338	9,646,289	8,775,835	8,775,835
<b>Total necesario (C)</b>							
<b>Necesidades no realizadas (C)-(A+B)</b>							

4.3.4 Confirme que los recursos provenientes del Fondo Mundial serán adicionales a los recursos existentes y planificados, y que no reemplazarán dichas fuentes de recursos; explique cuáles son los planes trazados para garantizar que los recursos sean adicionales.

#### 4.4 Estrategia de los componentes

4.4.1 Descripción y justificación de la estrategia del programa

Finalidad Nº1	Elevar el acceso y la eficacia de los tratamientos de tuberculosis y tuberculosis multidrogorresistente, fortaleciendo la respuesta integral a la epidemia.									
Finalidad Nº	Indicador de impacto	Datos de referencia			Año 1 Meta	Año 2 Meta	Año 3 Meta	Año 4 Meta	Año 5 Meta	Fuente y comentarios
		Valor	Año	Fuente						
1	Disminuir la tasa actual de incidencia de casos de tuberculosis pulmonar frotis positivo a 53/100,000 habitantes para el año 2010,	66.39/100,000	2004	Evaluación Nacional ESNPyC TB				53/100,000 habitantes	Evaluación Nacional de la ESNPyC TB. Se espera que la captación de SR se incremente los años 2005 y 2006, al nivel del 2001 (año de mayor captación de SR). Esto permitirá sincerar las tasas de incidencia, esperándose que en los años 2005 y 2006 se eleven las tasas de incidencia en 2%. A partir del 2007 se anticipa una caída del 6% anual en las tasas según la tendencia histórica anterior al año 2001.	

Tabla 4.4b. Objetivos, áreas de prestación de servicios e indicadores de cobertura durante la vigencia del programa

Objetivos del programa durante cinco años											
Objetivo N°	Descripción del objetivo										Relacionar con la meta por número
# 1	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.										# 1
# 2	Fortalecer la prevención de riesgos de infección por tuberculosis en hospitales.										# 1
# 3	Fortalecer la atención y tratamiento de los afectados por TBC MDR con participación de los servicios, la comunidad y los afectados organizados.										# 1
# 4	Fortalecer el soporte y la rehabilitación social de los afectados por la tuberculosis										# 1
Objetivo N.º	Área de prestación de servicios	Vinculación directa	Descripción del indicador	Datos de referencia		Año 1 Meta	Año 2 Meta	Año 3 Meta	Año 4 Meta	Año 5* Meta	Frecuencia de la recolección de los datos
				Valor	Año						
1 Entorno Favorable	Coordinación y desarrollo de alianzas: Expansión del N° de OATs a nivel regional y nacional, articulación en redes	SI	No. De OATs creadas en las regiones	1	2004	3	5	10	10	10	Anual
			No. de redes y alianzas regionales, nacionales o internacionales en las que participan las OATs	1	2004	2	4	6	8	12	Anual
# 1 Entorno Favorable	Coordinación y desarrollo de alianzas :Fortalecimiento de la gestión participativa de las OATs y de otras	SI	Número de OATs y de OSBs que participan en la planificación, ejecución y vigilancia de las actividades sobre tuberculosis.	No disponible		2	10	15	20	25	Anual

	organizaciones sociales de base (OSBs), a nivel de microrredes de salud.									
# 1 Entorno Favorable	Coordinación y desarrollo de alianzas : Participación de las OATs en espacios de decisión política a nivel local y regional.	SI	No. de redes de OATs que participan en instancias consultivas a nivel regional	0	1	2	4	6	8	Anual
# 1 Entorno Favorable	Iniciativas de promoción: Movilización social para colocar la tuberculosis en la agenda pública	SI	No. de Planes de Desarrollo Regional en los que se incorpora la lucha contra la tuberculosis. No. de decisores de políticas a cargo de la toma de decisiones sobre políticas, que están sensibilizadas con la causa de la tuberculosis.	No disponible	1	3	5	7	7	Anual
#1 Entorno Favorable	Formación de cuadros de las OATs y de otras OSBs con capacidades de gestión social.	SI	No. de afectados de OATs y de otras organizaciones capacitados en gestión social	0	100	200	300	400	500	Anual
#1 Prevención	Comunicación para el cambio de comportamiento	SI	No. de investigaciones operativas realizadas	0	1	3	5	5	5	Anual
			No. de prestadores de servicios capacitados	0	300	2100	2100	2100	2100	Anual

	o: Desarrollo de un plan de comunicación estratégica con respecto a la estigmatización		% de prestadores de servicios de AERTs que tienen actitudes favorables a la no estigmatización	No disponible	20%	40%	50%	70%	80%	Anual
			No. de personas de la comunidad capacitadas.	0	200	450	650	750	750	Anual
			% de miembros de OSBs que tienen actitudes favorables a la no estigmatización	No disponible	20%	40%	60%	70%	80%	Anual
# 2 Fortalecimiento de los sistemas sanitarios	Desarrollo de la infraestructura sanitaria: Mejoramiento del control de infecciones en 17 hospitales.	SI	Nº de hospitales que cumplen con criterios de bioseguridad	No disponible	7	10	10	10	10	Anual
	Recursos humanos	SI	Nº personal de salud capacitado en control de infecciones	No disponible	425	850	1275	2125	2975	Trimestral
# 3 Fortalecimiento de los sistemas sanitarios	Desarrollo de la infraestructura sanitaria : Desarrollo de 25 Centros de Excelencia para la atención de la TB MDR y la	SI	Nº de centros de excelencia en funcionamiento, incorporados a la Red de Registro Médico Electrónico	0	0	20	25	25	25	Anual
			Norma técnica de atención de pacientes en DOTS y DOTS plus	0	1	0	0	0	0	Anual

	coinfección TB - VIH/SIDA en Lima y las regiones priorizadas.		N° de pacientes con TB que reciben consejería y prueba para diagnóstico del VIH	No disponible	2005	20%	30%	40%	50%	60%	Anual
			Porcentaje de pacientes con TB que son VIH +	2.41%	2004	2.5%	2.6%	2.7%	2.8%	3.0%	Anual no acumulativo % de pacientes TB VIH+ / el total de casos de TB
			N° de pacientes con Diagnóstico reciente de VIH + que reciben tratamiento para la infección latente de TB	1397	2004	1500	1600	1700	1800	2000	Anual no acumulativo
			N° de pacientes con TB y VIH+ que comenzaron con TARGA durante el tratamiento de TB o al finalizarlo	No disponible	2004	40%	50%	60%	70%	80%	N° de pacientes TB en TARGA / el total de coinfectados TB /VIH SIDA
		SI	%de casos de alta complejidad resueltos en los Centros de Excelencia	No disponible		5%	10%	15%	25%	30%	Anual
#3 Tratamiento	Tratamiento de TB MDR :Ampliación de	SI	N° de casos de TB MDR que ingresa a DOTS plus cada año	1911	2004	0	1552	1368	1187	649	Indicador anual no acumulativo

la cobertura de tratamiento para enfermos con TB MDR y mejora de la adherencia	'Número y porcentaje de pacientes con diagnóstico de TB MDR que reciben tratamiento DOTS Plus	60%	2004	65%	70%	80%	80%	80%	Anual N° Casos en tratamiento DOTS plus / N° casos aprobados
	N° promotoras comunitarias capacitadas en TB - MDR	No disponible		200	450	700	850	900	Trimestral
	N° de Direcciones de Salud adicionales que incorporan la estrategia DOTS Plus	12		13	14	14	14	14	Anual

#3 Tratamiento	Tratamiento de TB MDR : Atención y tratamiento de complicaciones y reacciones adversas a pacientes con tratamiento de TBC-MDR	SI	% de pacientes con TB MDR con reacciones adversas que reciben tratamiento complementario * El año 1 se cubrirá a los pacientes con TB MDR con (RAFA), que reciben tratamiento de la segunda fase (2RONDA) del Fondo Mundial y del MINSA, pues el presupuesto de la 2° fase para las RAFA fue deficitario (solo cubriría a 4 pacientes con presupuesto de la recuperación del IGV. La meta de 30% considera al total de casos estimados de TB MDR con tratamientos cubiertos por el FM y MINSA . La meta % aparentemente no varía , sin embargo la cobertura real de beneficiarios se va a incrementar de acuerdo a los casos estimados que ingresaran a tratamiento de TB MDR.	30%	2004	21% *	30%	30%	30%	30%  Anual No se considera indicador acumulativo
-------------------	--	----	--	-----	------	-------	-----	-----	-----	---

			% de pacientes con TB MDR con soporte para la intervención quirúrgica	40%	2004	45%	60%	70%	80%	80%	Anual
#3 Tratamiento	Tratamiento de TB MDR : Apoyo a enfermos con TB MDR con múltiples fracasos	NO	% de pacientes con TBC-MDR con múltiples fracasos que reciben tratamientos y/o apoyo social	No disponible		10%	20%	30%	40%	50%	Anual
# 4 Atención y Apoyo	Atención y apoyo a enfermos crónicos de tuberculosis: Desarrollo de programas de soporte grupal entre pares promoviendo el autocuidado y la adhesión al tratamiento.	SI	No. de programas de soporte entre pares funcionando	0		10	40	70	70	70	Anual
#4 Atención y Apoyo	Atención y apoyo a enfermos crónicos de tuberculosis: Promoción de la incorporación de los afectados, a Programas	SI	No. de afectados que son favorecidos con programas sociales del estado	0		100	300	500	1000	1000	Anual

	Sociales del Estado en los rubros de Empleo y Vivienda en el nivel regional.									
# 4 Atención y Apoyo	Atención y apoyo a enfermos crónicos de tuberculosis Entrega de la canasta de alimentos a contactos de alta vulnerabilidad	SI	% de contactos de alta vulnerabilidad a los que se entrega canastas de alimentos	0	20%	30%	40%	50%	50%	Anual

Las metas de los indicadores incluidas en las tablas se presentan de manera acumulativa año a año de manera que al quinto año incluye los de los 4 años previos.

4.4.1.1 Brinde una descripción clara de la(s) finalidad(es) y objetivos del programa y de las áreas de prestación de servicios (incluir información cuantitativa cuando sea posible)

La finalidad del Proyecto es elevar el acceso y la eficacia de los tratamientos de tuberculosis y tuberculosis multidrogorresistente, fortaleciendo la respuesta integral a la epidemia. El mayor acceso al tratamiento será posible en la medida en que los enfermos desarrollen capacidades personales – se empoderen - para identificarse como enfermos y buscar la atención médica, mejorando la adhesión al tratamiento; que desde la comunidad, en alianza con los servicios de salud, contribuyan a la prevención, incrementando la eficiencia en la captación de sintomáticos respiratorios y en el manejo de contactos; y que sean protagonistas en la movilización social frente a la epidemia. La eficacia de los tratamientos será mayor en la medida en que los diagnósticos sean oportunos y que el tratamiento adecuado e integral esté al alcance de los enfermos; esto se hará desde los Centros de Excelencia, que tendrán efecto multiplicador como modelo para otros establecimientos.

Hacia esta finalidad se dirigen los objetivos del programa:

Objetivo 1: Fortalecer en las regiones priorizadas la promoción de entornos favorables (supportive environments) y la defensa del derecho a la salud de las personas afectadas por la tuberculosis. Las organizaciones de afectados de las 10 regiones (incluyendo Lima y Callao) potenciarán (scale-up) sus habilidades para movilizar a la colectividad amplia hacia la problemática y en contra de la estigmatización, creando un ambiente propicio para el ejercicio del derecho a la salud y la asunción de responsabilidades compartidas, así como para la vigilancia social; podrán convertirse en aliados propositivos de otros actores – notablemente el sistema de salud – para el logro de objetivos comunes: en este caso, la respuesta a la epidemia de la tuberculosis.

Áreas de prestación de servicios:

1. Expansión del número de organizaciones de afectados por la tuberculosis (OATs) a nivel regional y nacional, articulación de éstas en redes, y coordinación de alianzas con otras organizaciones e instituciones por el derecho a la salud.
2. Fortalecimiento de la gestión participativa de las OATs y de otras organizaciones sociales de base (OSBs), a nivel de microrredes de salud.
3. Participación de las OATs en las instancias consultivas de la sociedad civil en los gobiernos regionales en el marco legal de la Regionalización y la Descentralización, y de los Lineamientos de Política de Salud del MINSA.
4. Movilización social para colocar la tuberculosis en la agenda pública, comprometiendo a diversos actores: autoridades de distinto nivel, OSBs, ONGs, las iglesias, las universidades, el sector privado y la cooperación internacional.
5. Formación de cuadros de las OATs en los distintos niveles para evaluar políticas, la ejecución de programas y los resultados.
6. Desarrollo de un plan estratégico para el cambio de comportamientos con respecto a la estigmatización, desmontando su sustento a nivel de los servicios, la comunidad y la sociedad.

Objetivo 2: Fortalecer la prevención de riesgos de infección por tuberculosis en hospitales. Siendo aún alta la tasa de infecciones por TB en los establecimientos de salud, desde la propuesta actual se busca crear las mejores condiciones de infraestructura, equipamiento y personal capacitado, en el marco de planes de Control de Infecciones en TB. El trabajo en hospitales atenuará la infección entre el personal de salud y los usuarios de los establecimientos.

Área de prestación de servicios:

1. Ampliación del control de infecciones en 17 hospitales de las 14 Direcciones de Salud priorizadas (9 regionales y 5 en Lima y Callao)

Objetivo 3: Fortalecer la atención y tratamiento de los afectados por TBC MDR con participación de los servicios, la comunidad y los afectados. La creación de Centros de Excelencia especializados en la atención de la TB MDR y de la coinfección TB-VIH/SIDA, y el tratamiento más oportuno e integral de las personas, incluyendo el manejo de complicaciones y de reacciones adversas tendrá mayor eficacia y logrará mayores niveles de adhesión.

Áreas de prestación de servicios:

1. Desarrollo de 14 Centros de Excelencia Hospitalarios y 11 Centros de Excelencia Periféricos para la atención de la TB MDR y TB/VIH-SIDA en Lima y las 9 regiones priorizadas.
3. Fortalecimiento del acceso a tratamiento para los pacientes con TBC-MDR y mejora de la adhesión al tratamiento.
4. Atención y tratamiento de reacciones adversas y complicaciones a pacientes TB MDR en las regiones priorizadas.
6. Apoyo a enfermos de TB MDR con múltiples fracasos.

Objetivo 4: Fortalecer el soporte y la rehabilitación social de los afectados por la tuberculosis. Este objetivo que convoca al

trabajo intersectorial, propone que el soporte, contrarrestando el estigma y el desánimo, y la rehabilitación social, haciendo frente a necesidades básicas de una población objetivo eminentemente en pobreza extrema, contribuirán a una adhesión más comprometida con el tratamiento. Áreas de prestación de servicios: 1. Desarrollo, en coordinación con los establecimientos, programas de soporte grupal entre pares (afectados) promoviendo el autocuidado y la adhesión al tratamiento. 2. Promoción de la incorporación de los afectados, a través de sus organizaciones y de la coordinación intersectorial, a Programas Sociales del Estado en los rubros de Empleo y Vivienda en el nivel regional. 3. Entrega de la canasta de alimentos a contactos de enfermos de alta vulnerabilidad, incorporando alternativas alimenticias adecuadas a las necesidades específicas de los enfermos y a la producción y dietas regionales.

4.4.1.2 *Describa cómo estas finalidades y objetivos se relacionan con los problemas y brechas clave que surgen de la descripción del contexto nacional. Demuestre con claridad cómo las metas propuestas encajan dentro de toda la estrategia (nacional) y cómo los objetivos y las áreas de prestación de servicios propuestas se relacionan con las finalidades y entre sí.*

El Informe de Evaluación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis de 2005, al establecer como objetivo "Disminuir la incidencia de TB", identifica como áreas problema o brechas las siguientes:

- Disminución en la captación de sintomáticos respiratorios
- Disminución en el control de contactos
- 3.8% de abandonos al tratamiento primario
- 40% tasa de curación en TB MDR
- Presencia de coinfección VIH SIDA/TB
- Altas tasas de TB en establecimientos penitenciarios
- Altas tasas de TB en poblaciones indígenas
- Elevada transmisión de TB en personal de establecimientos penitenciarios

Complementariamente, el contexto de reformas del Estado y del Sector Salud son propicios para la implementación de la presente propuesta. Se señala brevemente las siguientes:

- El proceso de regionalización, en general, y el de descentralización del Sector, que se abren a un mayor protagonismo de los actores en los niveles de gobiernos regionales y locales.
- La transición, en el Sector Salud desde los programas verticales hacia el Modelo de Atención Integral de Salud, y los lineamientos de Promoción de la Salud del sector que estimulan la participación organizada y el abordaje intersectorial para la producción de la salud. En ese marco, la propuesta aborda las brechas identificadas dentro de la lógica general (rationale) siguiente: La existencia de un entorno favorable (supportive environment) coloca a los mismos enfermos como sujetos y objetos. En tanto que sujetos son los principales interesados y vigilantes (protagonistas) de su propia recuperación; como sujetos colectivos desde las organizaciones asumen la corresponsabilidad por la salud de su comunidad (promoción y prevención) y movilizan a la sociedad en el compromiso con la tuberculosis y con la rehabilitación social de los enfermos. En este sentido, se constituyen no sólo en objetos (básicamente del tratamiento), sino en socios y aliados del sistema oficial de salud en el control de la epidemia. En la medida en que las organizaciones de afectados se empoderen y que se fortalezca la capacidad de respuesta de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, el acceso a los tratamientos y la eficacia de los mismos podrán incrementarse. De manera específica, la alianza entre la población y los servicios, así como el abordaje de la estigmatización, contribuyen a mejorar la captación de sintomáticos respiratorios y el control de contactos en las AERTs y los centros penitenciarios; el control de infecciones en 17 hospitales con mayor presencia de casos de tuberculosis aborda el problema de la elevada transmisión de TB entre el personal de los establecimientos y entre el público usuario. El abandono del tratamiento, cuyas explicaciones son diversas, se atenúa a través de la rehabilitación social que contempla la disminución del estigma, el acceso a la

información, el soporte de pares, el empoderamiento individual, el autocuidado y el acceso a recursos básicos. Finalmente, el incremento de las tasas de curación de TB MDR se favorece con las mejoras en la oferta del servicio, especialmente desde los Centros de Excelencia de Atención de TB MDR y TB/VIH-SIDA que servirán de modelo para otros establecimientos: Acceso al tratamiento oportuno eficaz e integral, incluyendo la atención de las reacciones adversas a fármacos, la atención psicológica o psiquiátrica y la rehabilitación social. En resumen: La creación de entornos favorables, la prevención, la respuesta integral de la ESNPyC TB a la TB MDR y la rehabilitación social de los afectados contribuyen, en un marco de responsabilidades compartidas mediante alianzas, a elevar el acceso y la eficacia de los tratamientos de tuberculosis y tuberculosis multidrogorresistente, fortaleciendo la respuesta integral a la epidemia.

[Sólo para los componentes fortalecimiento de los sistemas sanitarios:]

4.4.1.3 Describa en detalle como se vinculan los objetivos y las áreas de prestación de servicios propuestos con la lucha contra las tres enfermedades. Para demostrar esta vinculación, los solicitantes deben relacionar las intervenciones de los sistemas sanitarios propuestos con las finalidades específicas de la enfermedad y sus indicadores de impacto. Para demostrar el aporte de las intervenciones del fortalecimiento de los sistemas sanitarios propuestos en la lucha contra las enfermedades incluya por lo menos tres indicadores pertinentes de las enfermedades con datos de referencia básicos y metas anuales durante la vida del programa. [Esta información puede incluirse como anexo tomando como base el formato de la tabla 4.4.b]

Explique claramente por qué las actividades propuestas para el fortalecimiento de los sistemas sanitarios son necesarias para mejorar la cobertura en la lucha contra las tres enfermedades.

4.4.1.4 Describa cuáles son los grupos objetivo y su inclusión durante la planificación, ejecución y evaluación de la propuesta. Describa el impacto que tendrá el proyecto en estos grupos.

La propuesta se desarrollará en Lima-Callao, que concentra cerca del 30% de la prevalencia de TB, y en nueve regiones del país: Arequipa, Ica, Lambayeque, La Libertad, Ancash, Junin, Piura, Cusco y Loreto, con lo que se llegaría a 41 % de cobertura del territorio nacional y 90% de cobertura de morbilidad nacional de TB MDR.

El criterio de selección de estas regiones ha sido la mayor prevalencia de TB y de TB MDR. Se trata, principalmente, de poblaciones en situación de pobreza o pobreza extrema, que viven en condiciones de hacinamiento, de difícil acceso al empleo y de alimentación deficiente. Si bien no se desarrollará actividades exclusivamente orientadas a las Personas Privadas de la Libertad (PPL), éstas serán atendidas en coordinación entre los centros de salud de los establecimientos penitenciarios y las Direcciones Regionales de Salud y las Direcciones de Salud (Lima y Callao) que correspondan a la jurisdicción. También serán beneficiados por la propuesta el personal de salud y los contactos del entorno de los enfermos.

En el caso de la población de las AERTs en las que se desarrollará el Proyecto, su participación en la planificación y ejecución de la propuesta está garantizada a través de las Asociaciones de Enfermos de Tuberculosis (ASETs), con una experiencia acumulada a lo largo de varios años en Lima; este proyecto contribuirá significativamente a su proceso de expansión hacia otras ciudades del país y a su articulación en redes y alianzas con otras organizaciones y sectores. Actualmente las ASETs están representadas en el MCP, Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud. Las actividades de reducción de la infección por TB en los hospitales tendrán como actores centrales a los trabajadores del establecimiento.

4.4.1.5 Indique las estimaciones de cuántas de estas personas beneficiadas son mujeres, cuántas son jóvenes y cuántas habitan en áreas rurales. Estas estimaciones deberán estar basadas en una valoración seria de cada objetivo.

Tabla 4.4.1.5 Objetivos

	Porcentaje estimado de personas que serán beneficiadas:		
	Mujeres	Jóvenes	Habitantes de áreas rurales
Objetivo 1	50	38	5
Objetivo 2	50	38	5
Objetivo 3	50	38	5
Objetivo 4	5	38	5

4.4.1.6 Describa en forma clara y detallada las actividades que se ejecutarán dentro de cada área de prestación de servicios para cada objetivo, de manera que los revisores comprendan claramente qué actividades se proponen, cómo se pondrán en ejecución y quiénes serán los encargados de hacerlo.

Objetivo No. 1: Fortalecer en las regiones priorizadas la promoción de entornos favorables (*supportive environments*) y la defensa del derecho a la salud de las personas afectadas por la tuberculosis

Áreas de prestación de servicios y actividades:

1. Expansión del número de organizaciones de afectados por la tuberculosis (OATs) a 9 a nivel regional y nacional, la , articulación de éstas en redes, y la coordinación de alianzas con otras organizaciones e instituciones por el derecho a la salud. Los encargados de ejecutar estas actividades serán principalmente las organizaciones de afectados y las organizaciones por el derecho a la salud. Aportarán también las universidades y las ONGs.

Capacitación a nuevos afectados que se inician en la actividad de las organizaciones de afectados en gestión organizativa, abogacía y derechos humanos:

- Línea base de organizaciones y miembros de OATs, y de las AERTs de las regiones del Proyecto. Mapeo de instituciones e identificación de actores
- Formación de un equipo central para apoyar la formación de nuevas OATs en las regiones. Capacitación en cascada, empleando metodologías participativas 1 taller nacional de 3 días – con internado - para la capacitación de 50 capacitadores (miembros de OATs) que acompañarán luego la formación de nuevas OATs en las 10 regiones (incluidos Lima y Callao).
- Réplica del taller por los nuevos capacitadores (2 por taller) en las regiones 10 regiones (50 personas por taller), 2 veces durante el primer año. A partir del segundo año se realizará 3 talleres anuales por región, conducidos por los nuevos miembros de OATs, y apoyados por un miembro del equipo central, mientras lo necesiten. 30 personas por taller regional de duración de 2 días.

Gestión e Implementación de organizaciones regionales.

- 2 reuniones preparatorias y 1 de instalación de Organizaciones de afectados por cada nueva Región. 30 personas. Cada una será de un día. 9 reuniones en total. 1 facilitador por reunión.
- 3 encuentros anuales de 3 días de líderes - 100 - de las OATs de Lima y de las regiones. Reforzamiento de la capacitación, evaluación del cumplimiento del Plan Estratégico Anual y formulación del Plan Estratégico del año siguiente, con los insumos que los líderes traerán de sus organizaciones regionales. Se contará con 2 expositores externos por encuentro, y un facilitador en la elaboración de planes estratégicos una vez al año.
- Apoyo en equipamiento e infraestructura y capacitación en tecnologías de información para las OATs de las 10 regiones.

Participación de las organizaciones de afectados en la coordinación de redes y alianzas para el manejo integral de la tuberculosis.

- Asistencia rotatoria (alternando miembros) de representantes de las

organizaciones de enfermos en reuniones de redes nacionales e internacionales.  
5 reuniones nacionales y 2 reuniones internacionales por año.

Consolidación del Modelo de la participación organizada de las personas afectadas: sistematización de la experiencia y elaboración de un plan de sostenibilidad.

- Elaboración y publicación de un informe de sistematización de la experiencia de las OAT en todo el ámbito del Proyecto a la finalización de los dos primeros años y a la finalización del Proyecto. Se contratará a un especialista para hacer una sistematización participativa.
  - Elaboración de un plan de sostenibilidad por región al finalizar los primeros dos años y a la finalización del Proyecto..
2. Fortalecimiento de la gestión participativa de las OATs y de otras organizaciones sociales de base (OSBs), a nivel de microrredes de salud. Las actividades estarán a cargo de las OATs, las organizaciones por el derecho a la salud, ONGs y universidades.
- Talleres de sensibilización y motivación con los distintos actores (enfermos organizados, miembros de otras OSBs y proveedores) para el trabajo concertado y para la implementación de modelos de gestión democráticos, participativos e integrales. 2 anuales por cada una de las 10 regiones (incluida Lima y Callao); 10 en total el primer año. 100 personas. 3 días. 1 facilitador.
  - Reuniones de concertación entre los distintos actores para elaborar propuestas.

3. Participación de las OATs en las instancias consultivas de la sociedad civil en los gobiernos regionales en el marco legal de la Regionalización y la Descentralización, y de los Lineamientos de Política de Salud del MINSA. Los encargados de la ejecución serán las OATs, organizaciones por el derecho a la salud, universidades, ONGs.

- Capacitación a miembros de organizaciones de afectados sobre la legislación y los procesos de regionalización y descentralización del sector salud y sobre incidencia política. 1 Taller anual por región. 100 personas. 1 expositor y 1 facilitador por taller.
- Abogacía con las Direcciones Regionales de Salud para la incorporación de la línea de trabajo de tuberculosis en las Defensorías de Salud de las Regiones. .

4. Movilización social para colocar la tuberculosis en la agenda pública, comprometiendo a diversos actores: Las autoridades gubernamentales de distinto nivel, OSBs, ONGs, las iglesias, las universidades, el sector privado y la cooperación internacional. Los encargados de la ejecución serán las OATs y OSBs, las ONGs.

- Línea de base de reconocimiento de la tuberculosis como problema de salud pública. Contrato con universidades o centros de investigación para desarrollar la línea de base en las 10 regiones del Proyecto.
- Elaboración y ejecución de un plan estratégico de comunicaciones en cada una de las regiones priorizadas, y uno a nivel nacional. 1 especialista en comunicaciones por región y 1 para el plan nacional. Incluye comunicación cara-a-cara a nivel regional, conferencias, charlas, medios masivos, con priorización de la radio en el nivel regional. 1 especialista en comunicaciones por región y 1 para el plan nacional.
- Desarrollo de un trabajo en redes para propiciar la participación de las organizaciones sociales en las actividades de movilización para visibilizar el problema de la TB.
- Mesas de trabajo con actores diversos propiciando el compromiso intersectorial e interinstitucional: tomadores de decisión, comunidad académica, sector privado, cooperación internacional, iglesias, ONGS. 5 mesas en Lima y 1 por cada una de las 9 regiones restantes.

- 5. Formación de cuadros de las OATs y de otras organizaciones sociales de base en los distintos niveles para evaluar políticas, la ejecución de programas y los resultados. Los encargados de la ejecución serán las OATs, otras organizaciones por el derecho a la salud, universidades, ONGs. Se trata de miembros de la organización a los que se les dará capacitación técnica, distintos de los líderes de las organizaciones. Capacitación en:

Manejo de indicadores epidemiológicos básicos

Análisis de las políticas de salud, en especial las orientadas a tuberculosis, así

como de las normas del Modelo de Atención Integral de Salud y de Promoción Social de la Salud del Ministerio de Salud.  
Modelos de vigilancia social en práctica y generación de indicadores sociales  
Análisis de presupuesto para medir el Incremento del Presupuesto Multisectorial para tuberculosis  
Mecanismos de gestión ciudadana de propuestas normativas.  
Seminarios -talleres bianuales de capacitación. 50 personas cada uno. Alternar sedes en Lima y regiones. 3 expositores/capacitadores por taller.

6. Desarrollo de un plan estratégico de comunicación para el cambio de comportamientos con respecto a la estigmatización, desmontando su sustento a nivel de los propios afectados, de los servicios, la comunidad y la sociedad. Los encargados de la ejecución serán OATs, otras organizaciones por el derecho a la salud, universidades.

- Estudios sobre los procesos a través de los cuales opera la estigmatización en distintos contextos sociales e influye en la prevención de la tuberculosis y en el tratamiento y rehabilitación de los enfermos en las Direcciones de Salud con mayor incidencia de tuberculosis MDR.
- Contratos con universidades o centros de investigación para desarrollar los estudios, incluyendo línea de base. 3 estudios..
- Diseño del plan de comunicaciones diferenciado por actores. 1 plan general y 1 por región. Apoyo de un/a especialista.
- Ejecución de planes a través de eventos y actividades en distintos formatos adecuados a las audiencias. Materiales educativos y de comunicación diversos. Apoyo de especialistas.
- Diseño y ejecución de un programa de Fono-Ayuda, línea gratuita de orientación en derechos a la salud, y de soporte a pares. Se coordinaría con la ESNPyC TB. Elaboración de diagnóstico de necesidades y propuesta de Programa.  
Compra de equipos (1 por región) y costos de operación (personal) .

Objetivo N° 2: Fortalecer la prevención de riesgos de infección por tuberculosis en hospitales..

Área de prestación de servicios y actividades:

1. Mejoramiento del control de infecciones en 17 Hospitales de las 14 Direcciones de Salud priorizadas (9 regionales y 5 en Lima y Callao).

Consistirá en el desarrollo de las siguientes acciones

- Levantamiento de una línea de base
- Capacitación en servicio del personal del equipo de Control de Infecciones en TB, considerando 50 trabajadores de salud por cada área de atención hospitalaria relevante. A partir del segundo año se incluirá, parcialmente, a proveedores para mantenerlos actualizados.
- Construcción de 8,500m<sup>2</sup>, en total, y equipamiento para los 17 Hospitales: 9 en las regiones y 8 en Lima
- Apoyo en la elaboración de Planes de Control de Infecciones en Tuberculosis en los establecimientos
- Elaboración de perfiles y expedientes técnicos
- Apoyo en la implementación de los planes de Control de infecciones en Tuberculosis, el cual comprenderá 3 aspectos:
  - a. Medidas de control administrativo
    - i. Fortalecimiento de la captación de sintomáticos respiratorios (SR) al interior de los establecimientos de salud, incluyendo a los pacientes hospitalizados, independientemente del servicio y del tipo de personal de salud.
  - b. Medidas de control ambiental
    - i. Mejorar, acondicionar o ampliar las áreas de atención de pacientes teniendo como objetivos disminuir los riesgos de transmisión de TB al interior del establecimiento.
  - c. Medidas de protección respiratoria
    - i. Capacitar en el uso adecuado de respiradores N95
    - ii. Certificar mediante la prueba de ajuste los respiradores usados.
- Se realizará semestralmente el monitoreo de las acciones.

Objetivo No. 3 Fortalecer la atención y tratamiento de los afectados por TBC MDR con participación de los servicios, la comunidad y los afectados.

Áreas de prestación de servicios y actividades:

1. Desarrollo de 14 Centros de Excelencia (CE) Hospitalarios y 11 Centros de Excelencia Periféricos para la atención de la TB MDR y la coinfección TB/VIH-SIDA. Se encontrarán localizados en las 5 DISAs de Lima y Callao, y en las 9 DIRESAS priorizadas.

Se considera dos tipos de Centros de Excelencia: Hospitalarios (14) y Periféricos (11)

Los Centros de Excelencia no son establecimientos nuevos, sino hospitales y centros de salud a los que se potencia (scale-up) para que reúnan todas las condiciones para convertirse en servicios óptimos, y modelo para los demás del sistema de salud. Son establecimientos de salud que incluyen dentro de sus funciones asistenciales la promoción, apoyo en la detección, tratamiento y seguimiento de las personas enfermas de TB, así como centros donde se realiza la gestión y la evaluación de las actividades de la Estrategia de TB en una jurisdicción determinada.

Los "Centros de Excelencia" estarán unidos electrónicamente como redes que vinculan a profesionales de la salud altamente entrenados en el manejo de la TB, TB MDR, coinfección TB-VIH, constituyéndose en su conjunto como "Redes de Centros de Excelencia".

Éstas, a la vez que brindan servicios a las personas afectadas, deben ser capaces de realizar recomendaciones para la toma de decisiones de la ESNPyC TB.

El Centro de Excelencia debe desarrollar una estrategia global que incida positivamente en aspectos fundamentales como:

- Ser núcleo de conocimientos e intercambio de experiencias y habilidades multidisciplinarias.
- Alcanzar altos niveles de competencia, promoviendo la complementariedad de acciones y optimizando los recursos.
- Mejorar la eficiencia de la atención de las personas afectadas en la obtención de la excelencia de los resultados.
- Implementación inmediata de las normas emanadas de la Estrategia.
- Mejora de la calidad de vida de las personas afectadas.

Los equipos técnicos multidisciplinarios de cada Centro de Excelencia estarán constituidos por: un médico, una enfermera, un psicólogo, un nutricionista, personal de laboratorio, una asistente social y promotores de salud, en base al personal ya existente. Se complementará el equipo con una red de otros profesionales cuya participación será requerida según necesidades específicas.

Las actividades a realizarse para la instalación y funcionamiento de cada centro de referencia.

- Acondicionamiento y equipamiento de ambiente para el funcionamiento, incluido el equipo para el acceso a Internet.
- Selección de equipo de profesionales y constitución de la red de especialistas ad hoc.
- Capacitación en servicio del personal de salud de los CE en epidemiología y gestión de los CE, y en el manejo de relaciones horizontales con los afectados y sus organizaciones..
- Instalación de un registro médico electrónico operativo en cada Centro de Excelencia.
- Capacitación de personal de establecimientos de los subsectores de salud de las AERTs de la región para el ingreso de información
- Supervisión de los establecimientos de los subsectores de jurisdicción de los CE para monitoreo, seguimiento, capacitación en servicio
- Capacitación y supervisión de redes de vigilancia comunitaria
- Monitoreo y evaluación.

Tanto la consejería, los Test de diagnóstico como el tratamiento Antirretroviral está disponible para los pacientes con co-infección TB/VIH. Desde la promulgación de la Ley 28243 en mayo del 2004 que modifica la ley 26626 (Ley CONTRASIDA) en su artículo 7, toda persona viviendo con el VIH tiene derecho a la atención integral de salud continua y

permanente por parte del estado el que incluye acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento Antirretroviral gratuito, el Ministerio de Salud ha realizado la planificación presupuestaria para su cumplimiento en los siguientes años lo que garantiza su sostenibilidad. Los fondos utilizados son del gobierno.

Por otro lado la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis considera a la coinfección VIH TB como una actividad prioritaria y eso se refleja en:

- Norma Técnica del año 2001 aún vigente, considera en el capítulo de coinfección VIH TB la necesidad de un trabajo conjunto y coordinado entre ambas estrategias para brindar una atención de calidad a los pacientes coinfectados, teniendo en cuenta que son dos enfermedades en una misma persona, en donde un inadecuado manejo de cualquiera de ellas va a contribuir a elevar los índices de mortalidad en afectados en la edad económicamente más productiva.
- Actualización de la norma que está en proceso de aprobación se considera: La Tuberculosis y la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) son actualmente las dos principales causas infecciosas de muerte en el mundo. La Tuberculosis es una de las principales causas de muerte en personas infectadas por VIH.

La infección puede causar directamente un incremento en los casos de TB debido a que pacientes co-infectados son más susceptibles a reinfección exógena (contagio reciente) o reactivación endógena (verdadera recaída) o progresión de una infección TB latente a enfermedad activa.

Recomendaciones generales:

1. A todo paciente con diagnóstico de TB se debe recomendar pruebas diagnósticas de VIH, previa consejería; de resultar positiva la prueba solicitar conteo de CD4 y carga viral para determinar el estadio.
2. Realizar estudios de detección de TB a todo paciente con VIH positivo, incluir radiografía de tórax.
3. En todo paciente VIH/SIDA que sea Sintomático Respiratorio, se debe investigar diagnóstico de TB según la norma
4. En todo paciente con VIH/SIDA en quien se diagnostique TB se deben enviar muestras para cultivo y Prueba de Sensibilidad. Asimismo solicitar la tipificación de la micobacteria.
5. Exámenes inmunológicos: En un paciente VIH positivo el PPD debe considerarse positivo a partir de 5 mm.

Tratamiento:

El tratamiento para paciente VIH / SIDA sin TARGA sigue los mismos lineamientos que para el caso de pacientes No VIH, incluyendo los casos de TBMDR. Se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Pacientes con CD4 >200 cél./ml., mientras reciben terapia anti -TB, deberán esperar hasta completar el tratamiento para tuberculosis, antes de iniciar TARGA.
2. Pacientes con CD4 entre 100-200 cél./ml, se recomienda diferir el inicio de TARGA hasta el término de la fase intensiva de tratamiento anti -TB (luego de los dos primeros meses).
3. Pacientes con CD4 <100 céls/ml, no existen datos para avalar el inicio inmediato o diferido de TARGA. En esta situación, es recomendable que los pacientes sean incluidos en estudios clínicos que aborden este problema. Si eso no es posible, entonces los pacientes deberían iniciar TARGA tan pronto como sea práctico, luego del inicio de tratamiento anti-TB (algunos especialistas esperan los dos primeros meses).

Quimioprofilaxis:

El objetivo de la quimioprofilaxis con Isoniacida en los pacientes VIH/SIDA sin TB activa es prevenir la ocurrencia de la enfermedad tuberculosa.

Una vez descartada la enfermedad en un tiempo no mayor de 7 días, se administrará la quimioprofilaxis con Isoniacida en forma gratuita y descentralizada

en la red de establecimientos de salud de su jurisdicción.

La dosis de 5mg/ kg. por día, en una sola toma, en horas de la mañana, con un máximo de 300 mg.

La quimioprofilaxis se dará por 12 meses.

Control post tratamiento:

A todos los casos VIH/SIDA, tratados de TB con esquemas primarios, que terminaron el tratamiento correspondiente como curados, se les deberá realizar obligatoriamente un control de baciloscopia mensual por seis meses consecutivos y cultivo de BK en esputo al tercer y sexto mes. Luego una baciloscopia cada 3 meses hasta completar un año post tratamiento

Para los VIH/SIDA –TB MDR se deberá seguir el protocolo de seguimiento indicado en el capítulo de TB MDR.

Pacientes con infección VIH atendidos en Hospitales

Los pacientes con infección VIH/SIDA atendidos en hospitales deben usar protección respiratoria (respirador N95) durante su permanencia que requieran hospitalización no deberán permanecer en un mismo ambiente con pacientes de TBP-FP y en ambientes donde se hallen pacientes con TB-MDR, por el alto riesgo de reinfección erógena con bacilos resistentes. Es preciso evitar la disminución y respetar su derecho a la confidencialidad sobre cualquier información de su historia clínica.

Los indicadores que se van a incorporar en ese contexto son:

- La aprobación de la actualización de la Norma Técnica con la correspondiente Resolución Ministerial.
- Numero de pacientes que reciben consejería y prueba para detectar el VIH.
- Numero de pacientes registrados con tuberculosis que son VIH positivos.
- Numero de pacientes con diagnóstico reciente de VIH positivo que reciben quimioprofilaxis para tuberculosis.
- Numero de pacientes con tuberculosis VIH positivos que comenzaron la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) ó continúan con ella, durante el tratamiento de tuberculosis o al finalizarlo.

El primer año se aprobaría la norma y a partir del segundo año comenzaríamos a evaluar los nuevos indicadores.

2. Expansión de coberturas de tratamiento para los pacientes con TB-MDR y mejora de adhesión al tratamiento

- Adquisición de 4599 medicamentos de segunda línea.
- Capacitación a 450 nuevos promotores en TB-MDR y actualización a 500 promotores
- Capacitación a 17 Psiquiatras y 28 Psicólogos e implementación de psico-terapias grupales donde participarán 10% de los pacientes en tratamiento.
- Administración domiciliar de DOTS Plus, con apoyo de promotoras que reciben víveres y movilidad
- Acceso gratuito a exámenes auxiliares complementarios para ingreso y seguimiento DOTS Plus.
- Acceso al tratamiento de las reacciones adversas
- Monitoreo y evaluación

3. Apoyo a enfermos con TB MDR con múltiples fracasos.

Este programa está orientado a enfermos con TB – MDR con múltiples fracasos para proporcionarles soporte social básico a 10% pacientes al año.

- Evaluación del enfermo e ingreso al programa
- Seguimiento del tratamiento
- Apoyo en recursos para alimentación y acondicionamiento de sus viviendas
- Monitoreo y evaluación

4. Atención y tratamiento de complicaciones y reacciones adversas a pacientes con tratamiento de TB-MDR

- Adquisición de medicamentos para efectos secundarios, incluidos psicofármacos para apoyo de pacientes en estado de pobreza extrema.
- En la propuesta anterior se mejoró la infraestructura con financiamiento de una fuente distinta del Fondo Mundial. En este Proyecto se plantea subvencionar al 10% de pacientes en situación de pobreza para que puedan acceder a las diversas fases del proceso quirúrgico.
  - a.- Evaluaciones médicas pre y post quirúrgicas.
  - b.- Análisis pre y post quirúrgicos
  - c.- Exámenes especiales pre y post quirúrgicos.
  - d.- Cirugía propiamente dichas.
  - e.- Terapias de rehabilitación
- Monitoreo y evaluación

Objetivo 4: Fortalecer el soporte y la rehabilitación social de los afectados por la tuberculosis

Áreas de prestación de servicios y actividades:

1. Desarrollo, en coordinación con los establecimientos, programas de soporte grupal entre pares (afectados) promoviendo el autocuidado y la adhesión al tratamiento. Los encargados de la ejecución serán las OATs, en coordinación con el personal de los establecimientos de AERTs.

- Identificación y capacitación técnica de los facilitadores de los grupos de soporte.
- Diseño e implementación de programas, social y culturalmente adecuados, de soporte para los enfermos y sus familias.

2. Promoción de la incorporación de los afectados, a través de sus organizaciones y de la coordinación intersectorial, a Programas Sociales del Estado en los rubros de Empleo y Vivienda en el nivel regional. Los encargados de la ejecución serán las OATs en coordinación con las COREMUSAs. Se necesitará de un especialista en programas sociales del Estado.

- Estudio de línea de base de TB sobre condiciones socioeconómicas de los pacientes. Contrato con universidades o centros de investigación.
- Acopio de la información sobre los programas estatales de empleo existentes y difusión de la información entre las organizaciones de afectados.
- Acopio de la información sobre los programas estatales de vivienda y difusión la entre las organizaciones de afectados.
- Diseño e implementación de un programa de acceso a subsidios del Proyecto para la adquisición de una vivienda de tipo social. El proyecto apoyará a pacientes de TB con el pago de la cuota inicial establecida en los programas de vivienda estatales y que no supere los US \$ 400 por unidad. Los criterios de selección estarán relacionados con aspectos socioeconómicos.
- Desarrollo de acciones de abogacía desde las organizaciones y el Sector Salud con las Gerencias de Desarrollo Social de los Gobiernos Regionales y con los sectores responsables para la inclusión de criterios preferenciales de acceso a los programas para los enfermos de tuberculosis y sus familias.
- Coordinación con las entidades competentes para regularizar la documentación jurídica personal y de activos (propiedades) de enfermos de TB y sus familias, a fin de acceder a programas estatales.

2. Entrega de canasta de alimentos a contactos de enfermos en situación de alta vulnerabilidad, incorporando alternativas alimenticias adecuadas a las necesidades específicas y a la producción y dietas regionales.

- Desarrollo de estudios para identificar las necesidades nutricionales específicas de los enfermos de tuberculosis, así como la producción alimenticia y las pautas dietéticas locales.
- Capacitación a los operadores de los servicios de salud en la promoción de dietas adecuadas.

- Capacitación a los afectados por la tuberculosis en el conocimiento y uso de las dietas adecuadas.

#### 4.4.1.7 Describa si se trata de intervenciones nuevas o existentes que se ampliarán, y cómo se relacionan con los programas existentes.

El Proyecto actual tiene como referencia muy relevante el proceso de Reforma del Estado, iniciado en el 2003, en la Regionalización del país y la Descentralización de los sectores. El Sector Salud, que ha sido el primero en iniciar el proceso, ofrece oportunidades muy importantes para el fortalecimiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis, tanto en términos de coordinaciones más estrechas al interior de las Regiones, como para el establecimiento de alianzas con la sociedad civil y la movilización para poner en agenda la problemática de la TB a nivel regional y local. Todas las actividades del Proyecto que se presenta se desarrollarán en Lima-Callao (en nuevas AERTs) y en nueve Regiones del país.

El Objetivo 1, relativo al fortalecimiento de entornos favorables (supportive environments) recoge la experiencia de participación de las asociaciones de enfermos de TB (ASET) del Proyecto anterior, desarrollado en 3 de los 49 distritos de las Regiones de Lima y Callao, y sobre ella construye niveles superiores de participación, en asocio con el sistema de salud en los niveles local y regional, y de articulación con redes por la defensa del derecho a la salud de mayor envergadura e incidencia política a nivel nacional. La cobertura de este objetivo alcanza a la totalidad de Lima y Callao y a nueve Regiones adicionales

En relación al Objetivo 2 la intervención en los aspectos preventivos se concentra en las acciones orientadas al control de infecciones en áreas hospitalarias. Estas intervenciones son nuevas, pues en el anterior proyecto se focalizó el trabajo a nivel de establecimientos de primer nivel.

En el Objetivo 3 se propone la creación de Centros de Excelencia y la expansión del acceso a la atención y tratamiento integral. Las actividades orientadas a los Centros de Excelencia son nuevas e intentan potenciar las capacidades y experiencia nacional a favor de incrementar la calidad de la respuesta de los servicios, en especial a casos de alta complejidad de TB-MDR, y de integrar las acciones de la estrategia al trabajo descentralizado y multisectorial del sector.

Las actividades orientadas al soporte y la rehabilitación social del Objetivo 4 son nuevas. El Proyecto anterior formó como promotoras a personas curadas de TB para actividades de quimioprofilaxis y promoción. En este caso se capacitará a personas afectadas para desempeñarse como facilitadoras de grupos de apoyo a los enfermos y sus familiares. Es nueva, también, la promoción de la incorporación de los afectados a programas sociales de vivienda y empleo del Estado.

La ampliación de la cobertura del tratamiento de TB MDR merece una descripción más extensa:

La tasa promedio de curación en esquemas de retratamiento para TB MDR en el 2003 fue 46.9%. Se desea alcanzar una tasa de curación de 80% en esquemas de retratamiento para TB MDR. Debido a esto, se requeriría un mayor esfuerzo, mayores recursos y más tiempo para alcanzar esa meta.

El año 2004 y 2005 la tercera ronda del FG sirvió para tratar la prevalencia acumulada de fracasos a esquemas previos, reduciendo sobre todo los casos de MDR adquirida, pero con la nueva Norma Técnica de Atención de casos de TB MDR, se comienza a

ofrecer una alternativa terapéutica a los contactos de casos documentados de TB MDR a los que se les diseña un esquema basado en la prueba de sensibilidad del caso índice, lo que significa comenzar a tratar la MDR primaria. Según el modelo matemático de Sally Blower, en condiciones similares al país, una buena estrategia de control de TB sensible y TB MDR permite una tendencia sostenida de caída de la MDR adquirida a expensas de un incremento de la MDR primaria, por lo explicado líneas arriba nosotros esperamos hasta el 2007 un incremento de los casos de TB MDR y los años siguientes comenzar a disminuir un 6 % anual.

Acortar estas brechas para conseguir el control de la TB MDR va a requerir un mayor esfuerzo institucional del MINSA y también del Fondo Global.

El esfuerzo del MINSA deberá estar orientado al fortalecimiento de la estrategia DOTS en todos sus componentes, recuperando la capacidad de detección de casos, conteniendo el ascenso de la tasa de fracasos a los esquemas de tratamiento primario y consolidando las estrategias para evitar la muerte de los pacientes con tuberculosis. Asimismo, se debe fortalecer la estrategia DOTS Plus en todos sus componentes, considerando particularmente un replanteamiento de los flujogramas de atención (orientados a diagnosticar e iniciar el retratamiento en forma rápida), y de los esquemas terapéuticos, con la finalidad de mejorar la eficiencia y eficacia del retratamiento.

Los esfuerzos de las organizaciones ejecutoras deberán estar orientados al cumplimiento eficiente y eficaz de las actividades, optimizando la utilización de los recursos en un trabajo conjunto con el MINSA.

Desde el año 1997 hasta marzo del 2005 ingresaban a esquema estandarizado de tratamiento para TB MDR (4KCxEthZE/14CxEthZE) los fracasos al esquema I y II. Los pacientes para ingresar a un esquema individualizado tenían que esperar fracasar al esquema estandarizado. La definición operacional de fracaso al tratamiento estandarizado consideraba en esa condición a todo paciente que al sexto mes de tratamiento persistía o reaparecía con baciloscopia positiva y que el cultivo del sexto mes era positivo. Debido a tiempos de demora prolongados para ingresar a un esquema individualizado, los pacientes continuaban recibiendo un tratamiento que no los curaría y, al contrario, agravaba su patrón de resistencia, por lo que cuando se recibía el resultado de la sensibilidad, el 60-70 % de pacientes eran resistentes a Pirazinamida y Etambutol. Por esto, se tenía que incluir Cicloserina y PAS. En 10-20% de casos eran sensibles a Pirazinamida y/o Etambutol por lo que el esquema individualizado tenía que incluir Cicloserina si es que alguno de ellos era resistente. En otros 10-20% de casos eran resistentes a Kanamicina y/o Ciprofloxacina y/o Ethionamida por lo que el esquema individualizado diseñado incluía Capreomicina y/o Moxifloxacina y/o Amoxicilina/ Clavulánico y/o Claritromicina.

Desde marzo del año 2005, con la nueva Norma Técnica de Atención de los casos de TB MDR, se cambia el modelo de atención pasando a un modelo de tratamiento estandarizado seguido de un individualizado. La diferencia con el esquema anterior es que no se espera que fracase el esquema estandarizado, sino que con el resultado de la prueba de sensibilidad que estaría llegando al cuarto mes de tratamiento, se estaría individualizando el esquema de acuerdo al patrón de resistencia, independiente del estado clínico, bacteriológico y radiológico del paciente.

El nuevo esquema de tratamiento estandarizado incluye Kanamicina, Ethionamida, Ciprofloxacina, Cicloserina, PAS, Etambutol y Pirazinamida, un esquema de mayor eficacia.

Con este nuevo esquema, cuando llegue la PS al cuarto mes, se procederá de la siguiente forma: el 60-70% de pacientes serán sensibles a Pirazinamida y Etambutol, por lo que se excluirá Cicloserina y PAS del esquema. En 10-20% de casos serán resistentes a Pirazinamida y Etambutol, por lo que se excluirán del esquema, quedando el paciente con KCxEthPASCs, cinco medicamentos a los cuales el paciente

es aún sensible cumpliendo con los principios del tratamiento de TB MDR. En otros 10-20% de casos serán resistentes a Kanamicina y/o Ciprofloxacina y/o Ethionamida, por lo que el esquema individualizado diseñado incluirá Capreomicina y/o Moxifloxacina y/o Amoxicilina/Clavulánico y/o Claritromicina.

Desde marzo del año 2005, los retratamientos estandarizado e individualizado se aplican en las 5 DISAs de Lima y Callao, y en 7 DIRESAs del interior del país (Piura, Lambayeque, La Libertad, Ancash, Junín, Ica y Arequipa) que representan el 35% de cobertura del territorio nacional y el 97% de cobertura de la morbilidad nacional en riesgo de presentar TB MDR. Con recursos de la quinta ronda esperaríamos expandir a Cuzco y Loreto, con lo que se llegaría a 41% de cobertura del territorio nacional y 97.5% de cobertura de morbilidad nacional de TB MDR.

En este contexto entonces, se está reconsiderando el requerimiento de tratamientos para TB MDR, necesario para los próximos años de acuerdo a la tendencia de presentación de casos observada históricamente.

La implementación del retratamiento individualizado en las DIRESAs del interior del país debe ajustarse a las necesidades reales, de acuerdo a la magnitud del problema observado, de las estrategias de control del MINSA y de una evaluación de costo beneficio.

4.4.2 Describa cómo se sostendrán las actividades que se inician y/o amplían en la presente propuesta una vez finalizado el período de subvención del Fondo Mundial.

A la finalización del Proyecto las organizaciones de enfermos habrán alcanzado un primer nivel de consolidación que les permita continuar con las responsabilidades asumidas; entre las actividades del Proyecto se ha considerado la elaboración de un plan de sostenibilidad a futuro.

Las actividades a desarrollar en hospitales y Centros de Excelencia incidirán en el descenso de las tasas de incidencia, alcanzándose niveles en el diagnóstico y tratamiento de casos significativamente menores que permitirán que el Estado pueda asumir su atención. Además, una vez acondicionados y equipados los hospitales y centros de excelencia, el gasto adicional que el Estado asuma será el de mantenimiento, ya que desde un inicio está cubriendo el pago del personal.

La incorporación de los afectados a programas sociales se institucionalizará a través de convenios intersectoriales e interinstitucionales. En cuanto a la sostenibilidad de las actividades desarrolladas a favor de las Personas Privadas de la Libertad, y gracias a la visibilidad que la salud ha ganado por el Proyecto del Fondo Mundial, existen planes para la creación de una Dirección General de Salud en el Instituto Nacional.

Complementariamente, se está trabajando con el Ministerio de Salud para que apoye al INPE en la abogacía para incluir a la población penitenciaria en las políticas y estrategias sanitarias.

4.4.3 Describa las desigualdades de género respecto de la gestión y acceso del programa a los servicios por prestar y cómo esta propuesta contribuirá a minimizar estas desigualdades de género [2 párrafos].

La presencia activa de las organizaciones de afectados en la ejecución de las actividades, y estando incorporado la promoción y respeto de los derechos humanos como idea-fuerza en la formación/capacitación que desarrolla el Proyecto, se espera contribuir a la larga tarea de atenuar las desigualdades de género, garantizando que varones y mujeres accedan a los servicios de forma equitativa.

4.4.4 Describa cómo contribuirá esta propuesta a reducir el estigma y la discriminación que sufren las personas que viven con VIH/SIDA, tuberculosis y/o malaria y otros tipos de estigma y discriminación, que facilita la propagación de estas enfermedades. *[1 ó 2 párrafos]*

Esta propuesta abordará el estigma que sufren las personas que viven con tuberculosis de dos maneras:

- Empoderando a los propios afectados, tanto en términos del desarrollo de sus propias capacidades, como en su condición de ciudadanos portadores de derechos humanos. Tanto a nivel individual como colectivos.
- Desarrollando un plan estratégico para contrarrestar la estigmatización en los ámbitos de servicios, afectados y opinión pública.
- Consolidando el acceso a la atención y al tratamiento integral de la enfermedad que repercute en el éxito del tratamiento y elevar la tasa de curación supondrá también un efecto positivo para luchar contra la estigmatización.

Adicionalmente, la articulación de las asociaciones de enfermos con otras organizaciones por el derecho a la salud, reforzará el principio de no-discriminación generalmente compartido por aquellos movimientos

4.4.5 Describa cómo estarán garantizados los principios de equidad al seleccionar los pacientes que tendrán acceso a los servicios, especialmente si la propuesta incluye servicios que alcanzarán sólo a una parte de la población que los necesita (por ejemplo, los programas de terapia antirretroviral) *[1 ó 2 párrafos]*

Las intervenciones con las distintas poblaciones tienen un fuerte componente de *advocacy* para combatir el estigma y la discriminación. El fortalecimiento de actitudes democráticas entre todos los actores puede ayudar a garantizar los principios de equidad; la población afectada, en la medida en que desarrolle sus habilidades de ciudadanos vigilantes de sus derechos, se constituirá en la mejor garantía de la equidad.

## 5.6 Gestión programática y financiera

*[En esta sección, El MCP debe describir los acuerdos de ejecución propuestos, e incluir la designación del Beneficiario Principal (o los Beneficiarios Principales). Para ampliar la información, consultar las Directrices para la Presentación de Propuestas, Sección V.B.3. Cuando el solicitante es una Organización Regional o no se presenta a través de un MCP, el término "Beneficiario Principal" significará organización ejecutora.]*

5.6.1 Indique si la ejecución se gestionará a través de un único Beneficiario Principal o a través de varios	<input checked="" type="checkbox"/> Uno
	<input type="checkbox"/> Varios

*[Cada componente de su propuesta puede tener uno o varios Beneficiarios Principales. A continuación, en la Tabla 4.5.1. deberá indicar el nombre del Beneficiario Principal o de los Beneficiarios Principales elegidos.]*

Tabla 4.5.1- Responsabilidad de ejecución

Responsabilidad de ejecución			
Beneficiario Principal o Beneficiarios Principales (BP).	Área de responsabilidad	Nombre del contacto	Dirección, teléfono y número de fax Correo electrónico
CARE Perú	Coordinadora Nacional Proyecto Fondo Mundial	Virginia Baffigo de Pinillos	Gral. Santa Cruz # 659 Jesús María, 433 4753, email vbaffigo@care.org.pe


5.6.2 Describa el proceso a través del cual el MCP, el MCP Subnacional o el Mecanismo de Coordinación Regional designó a el o a los Beneficiarios Principales.

La Secretaría Ejecutiva de CONAMUSA en cumplimiento del mandato recibido de la Asamblea General reunida el 24 de mayo de 2005, acordó realizar un concurso por invitación para seleccionar al Receptor Principal. Luego de diseñar el perfil de las organizaciones a ser invitadas, extendió la convocatoria a las siguientes instituciones: CARE Perú, Médicos Sin Fronteras, Pathfinder, Prisma y Socios en Salud. Aceptaron la invitación CARE Perú, Pathfinder y Prisma. En reunión de Secretaría Ejecutiva llevada a cabo el 3 de junio de 2005, se evaluaron las tres propuestas técnico económicas decidiéndose por mayoría la elección de CARE Perú.

5.6.3 Describa las capacidades técnicas, de gestión y financieras pertinentes de cada Beneficiario Principal designado.

CARE Perú ofrece las siguientes capacidades:

1. **Capacidades Técnicas:** Cuenta con un staff en el que se incluyen tres médicos especialistas en VIH y TB y una psicóloga especializada en poblaciones vulnerables (Niños en circunstancias especialmente difíciles)

Dra. Virginia Baffigo, Pediatra con maestría en gerencia social y directora del Instituto Especializado en Salud del Niño 1990-1997 (ExHospital del Niño)

Dra. Lourdes Kusunoki, Pediatra con maestría en gerencia social y directora del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS-MINSA) 2001

Dr. Adalberto Agüero, Neumólogo, especialista en Tuberculosis y director del Programa de Control de Tuberculosis de ESSALUD (Ex Instituto Peruano de Seguridad Social) 2003

Lic. Patricia Bracamonte, Psicóloga, especialista en Monitoreo y Evaluación de Proyectos de Desarrollo, ex -encargada del área de M&E de las Oficinas del Banco Mundial en Lima.

2. **Capacidades de Gestión:** CARE Perú dispone de Políticas Institucionales aprobadas por su matriz, CARE USA en los siguientes campos organizacionales:

2.1 Finanzas: Manual Financiero, Política de Viáticos, Política de Caja Chica

2.2 Logística: Política de Compras, Política de Vehículos

2.3 Recursos Humanos: Política de Gestión de Personal, Política de Gestión de Consultores

2.4 Auditoría: Política de Auditoría Financiera y Programática

**Todos los sistemas operativos de CARE Perú han sido evaluados en junio de 2003 de manera satisfactoria por la firma Price-Waterhouse Coopers, por encargo del FM. Mayor información a disposición en el Secretariado del Fondo Mundial.**

**3. Capacidades Financieras**

CARE en el PERÚ tiene experiencia de más de 20 años en el manejo de fondos propios y de terceros. El presupuesto anual promedio de proyectos es del orden de los US\$ 21,500,000.

Para el manejo de fondos en Bancos del Exterior, CARE Perú, tiene una cuenta bancaria propia en US \$ en Nueva York en el CITIBANK, en donde podrá recibir los fondos del exterior para este proyecto, y adicionalmente cuenta con un grupo de cuentas bancarias nacionales tanto en moneda nacional como en moneda extranjera para transferir los montos deseados de acuerdo al flujo de fondos requeridos para la operatividad del proyecto en el tiempo. Esto nos da la seguridad de tener los fondos en un banco fuera del país, lo que minimiza el riesgo de pérdida de fondos por quiebra o intervención de la Superintendencia de Banca y Seguros.

El sistema de transferencia de fondos se realiza a través de Internet: Telecrédito y Citibank OnLine, tanto para el pago a proveedores como para atender los requerimientos de dinero de cada una de nuestras oficinas o Sub Receptores del proyecto.

El manejo de fondos a sub-donaciones, sub-contratos y fondos concursables es controlado a lo largo de todo el proyecto. Desde la selección de la organización beneficiaria hasta la rendición de cuentas correspondiente CARE aplica sus procedimientos y políticas, lo cual garantiza un control eficiente de estas entregas.

#### 4. Capacidades en Monitoreo y Evaluación

CARE Perú posee un Programa de su autoría denominado "Sistema de Gestión de Proyectos" SGP, a través del cual en el momento realiza los procedimientos de M&E a los Sub Receptores bajo modalidad *on line*. Los procesos de adecuación realizados para esta ampliación de uso por terceros han resultado satisfactorios.

Igualmente, a través de la Unidad de Tecnologías de Información, CARE Perú ha contribuido con el Sistema de Información del Programa TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) diseñando un aplicativo utilizando el Programa EPI Info mediante el que se recoge información periódicamente (cada semana) para uso del MINSA y del Fondo Mundial.

Todas estas capacidades han sido puestas a prueba en la gestión del proyecto "Fortalecimiento de la Prevención y Control del VIH y la tuberculosis en el Perú" por lo que no anticipamos dificultad alguna en la gestión de un nuevo proyecto del Fondo Mundial para el Perú.

Indudablemente se requerirá a CARE Perú fortalecer el actual equipo de gestión de acuerdo a la envergadura del próximo proyecto.

Por otro lado, por tratarse de una propuesta descentralizada se requerirá fortalecer los mecanismos de M&E, desplegando actividades de gestión *in situ* y a distancia.

5.6.4 ¿El Beneficiario Principal (o los Beneficiarios Principales) administró una subvención del Fondo Mundial con anterioridad?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> No

5.6.5 En caso afirmativo, indique el costo total del proyecto y describa el desempeño del Beneficiario Principal que se designó para administrar las subvenciones anteriores del Fondo Mundial (1 ó 2 párrafos).

El Proyecto "Fortalecimiento de la Prevención y Control del VIH y la tuberculosis en el Perú" tiene un costo total de US\$ 55,839,602. El presupuesto aprobado para la Primera fase es de US\$ 35,872,172 desagregado de la siguiente manera: TB: US\$20,153,818.00 y VIH: US\$15,718,354.00.

CARE Perú es el Receptor Principal de esta subvención y trabaja con 8 Sub Receptores que a su vez son consorcios que en total aglutinan a 24 organizaciones; habiendo llevado adelante un proceso de transferencia de capacidades, lo que ha determinado un rendimiento superior de cada una de ellas.

Durante los 18 meses a cargo del proyecto, CARE Perú ha cumplido con los estándares establecidos por el Fondo Mundial y su relación con CONAMUSA ha ido progresando favorablemente. De acuerdo al Reporte del desempeño de la Subvención, elaborado por el Gerente de Portafolio del Fondo Mundial; CARE ha cumplido satisfactoriamente con sus funciones de administración de fondos y supervisión del proyecto.

5.6.6 Describa otras experiencias pertinentes anteriores del Beneficiario Principal designado:

*[Por favor, describa en líneas generales los programas correspondientes y sus objetivos, los desafíos clave que presentó la ejecución y los resultados (2 ó 3 párrafos)]*

Consideramos importante la siguiente experiencia de CARE Perú:

3. *Selección transparente y competitiva de grupos comunitarios y entidades locales y regionales para ejecutar proyectos en salud y saneamiento, usando fondos concursables, modalidad muy similar a la realizada para la contratación y seguimiento de Sub Receptores: 1.1 Proyecto Fortalecimiento de Instituciones de Salud (FIS 1992-2000) financió 19 ONGs en Arequipa y Puno ( US\$ USD.350.000,00 a cada una), 1.2 Proyecto Modelos Urbanos en Salud Ambiental (MUSA 2001-2004) financió 6 ONGs en Lima y en otras tres ciudades de sierra y selva del Perú (US\$ 300,000,00 en promedio a cada una).*

4. *Diseño e implementación de Proyectos usando el Enfoque de derechos y el impulso a la descentralización en el Perú: Dos proyectos financiados por la Cooperación Británica son muy representativos del Enfoque de derechos : 2.1 Mejorando la Salud de los Pobres, 2.2 Derechos ciudadanos para el desarrollo sostenible, 1 proyecto da cuenta del trabajo en el segundo aspecto: Fortalecimiento a las instituciones regionales y bcales para la descentralización y desarrollo (SOCIDES).*

5.6.7 Describa el abordaje de gestión propuesto y explique fundamentos que respaldan los acuerdos propuestos

*[Describa en líneas generales los acuerdos de gestión, funciones y responsabilidades entre los asociados, los Beneficiarios Principales designados y el MCP (1 ó 2 párrafos).]*

La gestión del Programa tiene dos componentes, uno de orden estratégico y otro de carácter técnico.

Los aspectos de orden estratégico tienen que ver con la función de proveer a la CONAMUSA de información precisa y oportuna sobre el desenvolvimiento del proyecto y sobre todas aquellas circunstancias previsibles o no que pudieran alterar su curso.

Los aspectos de orden técnico están referidos a la implementación de los documentos de gestión del proyecto (Planes Operativos, Plan de M&E , Plan de Compras etc. ) de acuerdo a los parámetros del Convenio Fondo Mundial-CARE Perú y de las políticas institucionales aprobadas por el donante.

Debido a que el convenio de donación se firma entre el Fondo Mundial y el Receptor Principal, se propone suscribir un Acuerdo de Gestión entre la CONAMUSA y el Receptor Principal en el que se establezcan las obligaciones y prerrogativas de ambas partes. El seguimiento a este acuerdo le corresponderá a la Secretaría Ejecutiva de CONAMUSA, quien a su vez periódicamente dará cuenta a la Asamblea General

5.6.8 Los sub-beneficiarios, ¿cumplirán alguna función en el programa?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí → ir a 4.5.9
	<input type="checkbox"/> No → ir a 4.6

5.6.9 ¿Cuántos sub-beneficiarios participarán, o se espera que participen en la ejecución?	<input type="checkbox"/> 1-5
	<input checked="" type="checkbox"/> 6-20
	<input type="checkbox"/> 21 – 50

	<input type="checkbox"/> más de 50
--	------------------------------------

5.6.10 ¿Se ha determinado quiénes serán los sub-beneficiarios?	<input type="checkbox"/> Sí → vaya a 4.5.11 - 4.5.13
	<input checked="" type="checkbox"/> No → vaya a 4.5.14 & 4.5.15

5.6.11 Describa el proceso mediante el cual se seleccionaron los sub-beneficiarios y los criterios que se aplicaron en el proceso de selección (por ejemplo, licitación abierta, restringida, etc.); <i>(2 ó 3 párrafos)</i>
--

5.6.12 En el caso de los sub-beneficiarios que presentaron la solicitud al MCP pero no fueron seleccionados, indique el nombre y tipo de todas las organizaciones no seleccionadas, el monto presupuestado propuesto y las razones por las cuales no fueron seleccionados, en un anexo a la presente propuesta <i>[1 ó 2 párrafos]</i>
--

5.6.13 Describa las capacidades pertinentes técnicas, de gestión y financieras de los Sub-beneficiarios Principales
---

5.6.14 Indique por qué no se eligieron los sub-beneficiarios antes de presentar la propuesta.
La CONAMUSA ya tuvo una primera experiencia de selección de Sub Receptores a través de concurso luego de la firma del contrato de donación con el Receptor Principal, habiendo resultado muy positiva, sin embargo al no haber estado programado, dilató el inicio de actividades del proyecto y el logro de resultados. Por esta razón se plantea continuar con el mismo mecanismo de selección, pero programándolo en el primer semestre del proyecto

5.6.15 Describa el proceso que se empleará para seleccionar a los sub-beneficiarios si la propuesta es aprobada, e incluya los criterios que se aplicarán durante el proceso de selección <i>[1 ó 2 párrafos]</i>
El estilo de gestión de la CONAMUSA es de tipo participativo, inclusivo y democrático. Consecuentes con esta característica, la elección de los Sub Receptores se realizará mediante un proceso de Licitación Pública. Ella consistirá en una convocatoria pública dirigida a todas las instituciones del país que tengan experticia en el tema a fin de seleccionar de manera competitiva a las mejores, aunque no sean parte necesariamente de CONAMUSA. Cabe la posibilidad que por decisión de Asamblea General, la CONAMUSA decida designar de manera directa a alguna (as) organización(es) de PVVS o personas afectadas por Tuberculosis cuando se trate de objetivos de fortalecimiento de dichas instituciones. En ese caso, constará en actas de Asamblea General la decisión adoptada.

## 5.7 Monitoreo y evaluación

- 5.7.1 Describa cómo la presente propuesta y su plan de Monitoreo y Evaluación se complementa con las iniciativas existentes o contribuye con ellas (incluidos los programas existentes del Fondo Mundial) para fortalecer los planes de monitoreo y evaluación y/o los sistemas de información sanitaria correspondientes.

Perú ya ha tenido una primera experiencia de trabajo con el Fondo Mundial y ha logrado armonizar los indicadores de M&E aplicados por el Fondo a todos sus proyectos, con los que se encuentran en el Sistema de Información del Ministerio de Salud. Con la primera donación se ha fortalecido este Sistema logrando obtener una mejora sustancial en la capacidad de reportar los avances del Programa TARGA, en la presente propuesta se plantea fortalecer la capacidad analítica de los datos colectados a fin de que la autoridad de salud y la CONAMUSA puedan tomar decisiones acertadas y oportunas. Precisamente, el componente de Fortalecimiento del Sistema de Salud, se propone generar mayores capacidades en todas las instancias vinculadas al Sistema de Información Sanitaria como son: Estrategias Sanitarias Nacionales de VIH SIDA y Tuberculosis, Epidemiología, Oficina de Estadística e Informática e Instituto Nacional de Salud. Se anexa al presente, el Plan de Monitoreo y Evaluación diseñado e implementado por CARE para el proyecto actual y que será adaptado para el presente proyecto, incorporando las lecciones aprendidas

## 5.8 Gestión de Suministros y Contrataciones

- 5.8.1 Describa en forma breve el organigrama de la unidad que actualmente tiene a su cargo la gestión de suministros y contrataciones de medicamentos y productos sanitarios. Indique además, cómo coordina sus actividades con las de otros organismos como por ejemplo, el Organismo Nacional de Regulación de Medicamentos (o el departamento de aseguramiento de la calidad), el Ministerio de Hacienda, el Ministerio de Salud, distribuidores, etc.

La compra de medicamentos ARV para el primer año del proyecto en curso se hizo a través de la ONG holandesa IDA (previamente se exploró también la posibilidad de trabajar con UNICEF, pero previa evaluación de ambas instituciones las mayores ventajas para el proyecto las tenía IDA). Se trabaja con un requerimiento anual de los medicamentos preparado por el Ministerio de Salud. Todos los medicamentos ARV que llegan al país deben estar aprobados por la lista de precalificación de la OMS. Para el caso de los medicamentos de TB, el requerimiento lo hace el Ministerio de Salud y se compran los medicamentos aprobados por el Comité Luz Verde.

Para ambos casos, se cumple con el control de calidad en el país de origen y en Perú (para este último caso se hace a través del ente regulador del gobierno – DIGEMID – o con un laboratorio privado perteneciente a la red de laboratorios autorizados por el Ministerio de Salud).

La distribución de los medicamentos a nivel nacional se hace según el requerimiento del Ministerio de Salud, estos se entregan a los almacenes de las Direcciones de Salud u Hospital, con toda la documentación requerida (acta de recepción, protocolos, registro sanitario, etc.). De los almacenes las medicinas pasan a las farmacias de los hospitales quienes remiten la información al Ministerio de Salud sobre consumos, stocks.

La compra de otros productos como los insumos de laboratorio se hacen mediante licitaciones públicas o concursos por invitación, según sea el caso. La documentación técnica del requerimiento es preparado por el área responsable del Ministerio de Salud. Una vez adquiridos, ya sea por importación o compra local, se distribuyen a los almacenes correspondientes.

Se anexa al presente el Plan de compras diseñado e implementado por CARE para el proyecto actual

5.8.2 Capacidad de contratación
<p>b) La gestión de suministros y contrataciones de medicamentos y productos sanitarios será llevada a cabo (o será gestionada mediante un subcontrato) exclusivamente por el Beneficiario Principal o los sub-beneficiarios también podrán realizar esta gestión?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sólo el Beneficiario Principal</p> <p><input type="checkbox"/> Los sub-beneficiarios solamente</p> <p><input type="checkbox"/> Ambos</p>
<p>c) Indique los últimos datos anuales disponibles (en EUR o USD) de la contratación de medicamentos e insumos médicos afines pagados por dicho organismo, para cada una de las organizaciones que participan en el proceso de contrataciones.</p>
<p><b>Componente VIH (US \$)</b>  Medicinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IDA : 3,638,379</li> <li>• Refasa: 235</li> <li>• Eske: 39,443</li> <li>• Glaxo SmithKlien: 4,300</li> </ul> <p>Insumos de laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gen Lab: 47,695</li> <li>• Roche: 177,233</li> <li>• Immunochem: 24,079</li> <li>• Merck: 3,691</li> <li>• Becton Dickinson: 128,441</li> </ul> <p><b>Componente TB (US \$)</b>  Medicinas:  IDA: 1,236,002</p>

5.8.3 Coordinación
<p>b) Para las organizaciones mencionadas en la sección 4.7.2.b, indique en términos porcentuales, en función del valor total, las distintas fuentes de financiamiento de la contratación, tales como los programas nacionales, los donantes multilaterales y bilaterales, etc.</p>
<p>100% Fondo Mundial</p>
<p>c) [Indique si actualmente participa en programas de donación a través de los cuales se canaliza (o se ha solicitado) el suministro de productos sanitarios, incluidos los programas de donación como por ejemplo, Global TB Drug Facility y los programas organizados por empresas farmacéuticas, organismos multilaterales y ONGs y que guardan relación con esta solicitud (<a href="#">1 párrafo</a>).]</p>
<p>Las únicas compras que en la actualidad se realizan tanto para medicinas como para insumos de laboratorio, son a través del convenio con el Fondo Mundial</p>

5.8.4 Gestión de suministros (almacenamiento y distribución)	
f) ¿Se ha designado alguna organización para realizar la gestión de suministros para esta subvención?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí → continuar
	<input type="checkbox"/> No → ir a 4.7.5
g) Indique qué tipo de organizaciones participarán en la gestión de suministros de medicamentos y productos sanitarios. <i>[En caso de marcar más de un casillero, describa las relaciones existentes entre estas entidades (1 párrafo)]</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Depósitos nacionales de suministros médicos o equivalentes	
<input checked="" type="checkbox"/> Organización(es) nacional(es) subcontratadas (indicar cuál o cuáles son)	
<input type="checkbox"/> Organización(es) nacional(es) subcontratadas (indicar cuál o cuáles son)	
<input type="checkbox"/> Otros (por favor especificar):	
h) Describa la capacidad de almacenamiento actual de medicamentos y productos sanitarios que tienen las organizaciones e indique cómo se gestionará el incremento de necesidades.	
Actualmente los medicamentos tanto de TB como de VIH antes de su distribución al beneficiario, están en dos almacenes. En la actualidad estos productos ocupan máximo 40 m3. Para el proyecto se prevé manejar la misma cantidad de medicamentos ya que las entregas son planificadas de antemano que respondan a las necesidades y de esta manera evitar tener la necesidad de contar con mayor espacio.	
i) Describa la capacidad de distribución actual de medicamentos y productos sanitarios que tienen las organizaciones e indique cómo se gestionará el incremento de necesidades. Además, proporcione un estimado indicativo del porcentaje del país y/o de la población cubierta en esta propuesta.	
En la actualidad se cuenta con un sistema de distribución a nivel nacional que responde a las necesidades de los beneficiarios y a los requerimientos del Ministerio de Salud cumpliendo con las normas establecidas por las entidades del gobierno correspondientes. Para el proyecto que se está presentando se prevé manejar cantidades similares al actual, por lo que no habrá cambios grandes en la forma de trabajo actual.	
<i>[Sólo para los componentes Tuberculosis y SIDA:]</i>	
5.8.5 ¿Se solicita en la propuesta financiamiento para tratar la tuberculosis multifármacorresistente?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> No
Se adjunta en anexo la Carta a Partners in health	

## 5.9 Asistencia técnica y fortalecimiento de la capacidad

5.9.1 Describa las restricciones de capacidad que deberá enfrentar durante la ejecución de esta propuesta y las estrategias planificadas para abordar estas restricciones. Esta descripción debería describir las brechas actuales y las estrategias que se emplearán para superarlas, para seguir desarrollando la capacidad nacional, la capacidad de los beneficiarios principales y la de los sub-beneficiarios, así como también la de cualquier grupo objetivo. Por favor, asegúrese de incluir estas actividades en el presupuesto detallado.
<i>Los objetivos incluidos en los tres componentes de la propuesta actual, están diseñados para generar procesos de escalamiento de los resultados alcanzados durante la primera fase del Proyecto actual en la lucha tanto contra el VIH SIDA como contra la tuberculosis en el Perú. En función a esto podemos anticipar que</i>

*una de las restricciones de capacidad que se avecinan tiene que ver con las acciones de incidencia política que las autoridades de salud quizás necesiten desplegar frente a las nuevas autoridades gubernamentales. El próximo año habrán elecciones generales, elecciones regionales y elecciones municipales en el Perú; ello va a demandar prepararse para lograr un ambiente favorable para la aplicación de políticas sanitarias a nivel regional y local.*

Se podría precisar asistencia técnica para llevar adelante un Plan de Incidencia Política que incluya el mercadeo social de los logros alcanzados.

No se avizoran mayores dificultades con relación a las capacidades del Receptor Principal, sin embargo es posible que frente al despliegue de nuevas actividades a gran escala como por ejemplo los Planes Comunicacionales, se requiera asistencia técnica para la formulación de los términos de referencia con el fin de lograr el mejor producto al precio mas competitivo.

Uno de las mayores debilidades de los Sub Receptores suele ser el monitoreo y evaluación de sus respectivos proyectos, por ello se ha previsto dotarlos de recursos suficientes para contar con personal calificado, sin embargo a pesar de ello podría darse la situación de requerir algún tipo de asistencia técnica puntual, de manera que se preverá un pequeño fondo para esta contingencia

## 6

Todos los detalles presupuestarios solicitados en las secciones que siguen deberán adjuntarse como anexos, a las copias impresas y electrónicas del formulario de propuesta

### 6.4 Presupuesto de los componentes

Tabla 5.1 – Fondos solicitados al Fondo Mundial

	Fondos solicitados al Fondo Mundial (en EUR/USD)					
	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
<b>Recursos humanos</b>	2056493	1425190	1320444	1289748	1320444	7412320
<b>Infraestructura y equipamiento</b>	3013580	334440	38880	38880	38880	3464660
<b>Capacitación</b>	426184	197934	322134	146934	324734	1417920
<b>Productos básicos y otros productos</b>	414090	549484	424634	212894	125394	1726497
<b>Medicamentos:</b>	5088000	3816000	2544000	1268000	-----	12716000
<b>Planeamiento y Administración</b>	1704744	994115	720764	458251	280465	4158339
<b>Otros (favor especificar)</b>	562753	434530	322251	204882	125395	1649812
<b>Total de fondos solicitados al Fondo Mundial</b>	13265843	7751694	5693109	3619590	2215313	32545549

El presupuesto para cada componente debe estar acompañado por un plan de trabajo y presupuesto detallado para el año 1 e indicativo para el año 2: Deben estar reflejados los encabezamientos principales utilizados en la sección 4.4. (estrategia del componente) y cumplir los siguientes criterios ([por favor, adjunte esta información como anexo](#)):

- f) Debe estructurarse junto con las mismas líneas de la estrategia del componente, es decir, reflejar las mismas finalidades, objetivos, áreas de prestación de servicios y actividades.
- g) Deberá proporcionar un detalle para el año 1 e indicativo para el año 2, y establecer las hipótesis clave, incluso aquellas que se relacionan con las unidades y los costos de unidades. Además, debe ser coherente con las hipótesis y explicaciones incluidas en la sección 5.2.
- h) Debe brindar más información e hipótesis resumidas por lo que resta del período de la propuesta (año 3 hasta la finalización del plazo de la propuesta).
- i) Debe estar integrado con un plan de trabajo detallado para el año 1 y un plan de trabajo indicativo para el año 2.
- j) Debe ser totalmente coherente con los presupuestos resumidos indicados en otras partes de la propuesta, inclusive con los de la presente sección 5.

#### 6.4.1 Desglose por áreas funcionales.

##### Planeamiento y Administración:

Tabla 5.1a – Costos de planeamiento y administración

	Fondos solicitados al Fondo Mundial para vigilancia y evaluación (en EUR/USD)					
	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total

<b>Planeamiento y Administración</b>	1704744	994115	720764	458251	280465	4158339
--------------------------------------	---------	--------	--------	--------	--------	---------

#### Gestión de suministros y contrataciones:

Tabla 5.1.1b –Costos por gestión de suministros y contrataciones

		Fondos solicitados al Fondo Mundial para la gestión de contratación y suministro (en EUR/ USD)					
		Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
<b>Gestión de contratación y suministro</b>		8515670	4699924	3007514	1519774	164274	17907157

#### Asistencia técnica

Tabla 5.1.1.c – Costos por asistencia técnica

		Fondos solicitados al Fondo Mundial para asistencia técnica (en EUR/USD)					
		Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
<b>Asistencia técnica</b>		2482677	1623124	1642578	1436682	1645178	8830240

#### 6.4.2 Desglose por área de prestación de servicios

Tabla 51.2: Estimación de la asignación presupuestaria por área de prestación de servicios y objetivo .(VER ANEXOS)

		Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
<b>Valor por año</b>							
<b>Objetivos</b>	<b>Área de prestación de servicios</b>	<b>Porcentaje estimado del presupuesto</b>					
<b>Objetivo 1</b>	<b>Área de prestación de servicios 1</b>						
	<b>Área de prestación de servicios 2</b>						
<b>Total:</b>		100%	100%	100%	100%	100%	

#### 6.4.3 Desglose por asignación a los asociados

Tabla 5.1.3 – Distribución de fondos entre los asociados

		Distribución de fondos entre los asociados ejecutores (en %)				
		Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5

Sector académico / educativo	5	5	5	5	5
Gobierno	0	0	0	0	0
Organizaciones no gubernamentales/de base comunitaria	86.6	86.6	86.6	86.6	86.6
Personas que viven con VIH/SIDA, tuberculosis y/o malaria;	5	5	5	5	5
Sector privado	0	0	0	0	0
Organizaciones religiosas / de base confesional;	3	3	3	3	3
Asociados multilaterales y bilaterales para el desarrollo	0	0	0	0	0
Otros (por favor especificar)	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Total	100%	100%	100%	100%	100%

## 6.5 Supuestos presupuestarios clave para formular el pedido de fondos al Fondo Mundial

### 6.5.1 Medicamentos, productos básicos y otros productos

*[Los costos unitarios y volúmenes deben ser compatibles con los indicados en el presupuesto detallado. Si se utilizan los precios de fuentes distintas a las indicadas a continuación, incluir el fundamento.]*

- d) Suministre la lista de medicamentos antirretrovirales (ARV), antituberculosos y antimaláricos que se utilizará en el programa propuesto, junto con el costo promedio por persona, por año o el costo promedio por tratamiento. *(Por favor, adjunte el anexo).*
- e) Suministre el costo total de los medicamentos por categoría terapéutica para todos los demás medicamentos que se utilizarán en el programa. No es necesario especificar cada producto de la categoría. *(Por favor, adjunte el anexo).*
- f) Suministre una lista de productos básicos y otros productos por categorías principales, por ejemplo, mosquiteros, preservativos, productos para diagnóstico, insumos hospitalarios y médicos, equipamiento médico. Incluya los costos totales, y cuando corresponda, los costos por unidad. *(Por favor, adjunte el anexo).*

Ver anexos

### 6.5.2 Costos de Recursos humanos:

En los casos en que los recursos humanos (RR.HH.) constituyan una parte importante del presupuesto, explicar de qué manera se presupuestó este gasto con respecto a los dos primeros años, en qué medida los gastos de Recursos Humanos fortalecerán la capacidad de los sistemas de salud en el nivel de pacientes/población beneficiados y cómo se solventarán estos salarios una vez terminado el período de la propuesta *[1 ó 2 párrafos. Por favor, adjunte como anexo.]*

Ver anexos

### 6.5.3 Otras partidas de gastos clave

Explique cómo se han presupuestado otras categorías de gasto (por ejemplo, infraestructura y equipamiento) que representan una parte importante del presupuesto [1 ó 2 párrafos. Por favor adjunte como anexo]

Ver anexos

## 3.7 Identifique el componente de esta sección

- VIH/SIDA<sup>12</sup>  
 Tuberculosis<sup>13</sup>  
 Malaria  
 Fortalecimiento de los sistemas sanitarios

3.7.1 Indique la duración estimada del componente:

Tabla 4.1.1 – Inicio y duración de la propuesta

	Desde	Hasta
Mes y año:	2 de Enero 2006	31 de diciembre 2010

## 3.8 Personas de contacto para responder preguntas sobre este componente.

Tabla 4.2 – Personas de contacto para el componente

	Contacto principal	Contacto secundario
Nombre	Dr. César Bonilla	Dr. José Luis Sebastián
Cargo	Coordinador ESN TB	Coordinador ESN VIH
Organización	MINSA	MINSA
Dirección postal	Cdra 7 Avda. Salaverry Jesús María	Cdra. 7 Avda. Salaverry Jesús María
Teléfono	3156600	3156600
Fax		
Correo electrónico	cbonilla@minsa.gob.pe	jsebastian@minsa.gob.pe

<sup>12</sup> En contextos en los cuales el VIH/SIDA impulsa la epidemia de tuberculosis, los componentes de tuberculosis deben incluir actividades que aborden conjuntamente la tuberculosis y el VIH. Para ello, se recomiendan diferentes actividades conjuntas que varían según el desarrollo de la epidemia. Para más información, consúltese la “Política Interina sobre Actividades Colaborativas TB/HIV” de la OMS, en el sitio [http://www.who.int/tb/publications/tbhiv\\_interim\\_policy/en/](http://www.who.int/tb/publications/tbhiv_interim_policy/en/).

<sup>13</sup> En contextos en los cuales el VIH/SIDA impulsa la epidemia de tuberculosis, los componentes de VIH/SIDA deben incluir actividades que aborden conjuntamente la tuberculosis y el VIH. Para ello, se recomiendan diferentes actividades conjuntas que varían según el desarrollo de la epidemia. Para más información, consúltese la “Política Interina sobre Actividades Colaborativas TB/HIV” de la OMS, en el sitio [http://www.who.int/tb/publications/tbhiv\\_interim\\_policy/en/](http://www.who.int/tb/publications/tbhiv_interim_policy/en/).

### 3.9 Contexto nacional en que se desarrollará el programa y análisis de las brechas de este componente

#### 3.9.1 Antecedentes epidemiológicos y específicos de la enfermedad

Describe e incluya los últimos datos disponibles sobre la etapa y el tipo de epidemia y su dinámica (con información separada por edad, género, grupo poblacional y ubicación geográfica cuando sea posible), los grupos poblacionales más afectados y los datos sobre fármacorresistencia cuando sean pertinentes. (La información sobre fármacorresistencia tiene especial importancia si la propuesta incluye medicamentos antimaláricos o insecticidas. En el caso de los componentes de tuberculosis, indique y fundamente además los regímenes de tratamiento que se usan en el presente o que se utilizarán en el futuro.)

En el caso específico de la epidemia por el VIH/SIDA, desde el reporte del primer caso reconocido en el Perú en 1983 hasta marzo del 2005 se han acumulado 16,700 casos de personas que han desarrollado la fase SIDA, y 21, 906 casos de infección por el VIH, según la Oficina General de Epidemiología. Se estiman que hay 100,000 personas viviendo con el VIH que no conocen su estado. La epidemia se concentra en hombres que tienen sexo con otros hombres con una prevalencia estimada en 13.9%, existiendo algunas regiones del país que superan largamente estas cifras (Lima con 22.9%). Al igual que en el plano mundial, la epidemia se está tornando más femenina y joven habiendo variado la relación de hombre/mujer con SIDA de 27/1 en 1987 a 2.6/1 en la actualidad. De igual manera no se tiene datos precisos acerca de la cantidad de niños huérfanos por el VIH. Y por último se calcula en más de 4,200 personas fallecidas por el VIH durante el mismo periodo. Y en el caso de la Tuberculosis, se notifican anualmente más de 30,000 casos entre nuevos ingresos, recaídas, abandonos recuperados y fracasos. De los 32,492 casos diagnosticados y tratados el 2004, cifra que traducida en tasa de morbilidad es 117.95 x 100mil habitantes, de los cuales el 58% proceden de Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao. La tasa de morbilidad ha descendido hasta el 53.9% en la tasa global de TB en relación a 1992 (año de la máxima tasa, 256.1), y de 4.9% en relación al 2003. Del total de casos 17,753 personas enfermas corresponden a casos con TB Pulmonar Frotis positivo (TBP FP) nunca tratados, los que determinan una tasa de incidencia de TBP FP de 64.45 x 100 mil habitante, mostrando una disminución del 59.3% en relación a 1993 y 4.8% con relación al 2003. En países como el Perú, la Tuberculosis Multidroresistente (TB MDR) es una amenaza a la efectividad del DOTS, actualmente constituyen alrededor del 6% del total de casos de TB diagnosticados y tratados en el país durante el 2004, es claro el hecho de que la TB MDR se ha convertido en un problema de salud pública y se requiere el más decidido apoyo para detenerlo. Los Estudios de Vigilancia de la Resistencia a los Medicamentos Antituberculosos entre los años 1995 y 1996 muestran 2,4% de resistencia primaria MDR y 15 % en pacientes antes tratados. En 1999 estos datos fueron 3,1% y 12,3% respectivamente. Luego de seis años esta programado realizar un tercer Estudio de Vigilancia de Resistencia a Medicamentos Antituberculosos para el presente año (2005), en el cual a diferencia de los estudios previos se está incluyendo muestras de pacientes en condición de fracaso a tratamiento, lo que nos permitirá conocer cual es el real impacto de la TB MDR en nuestro país. La asociación VIH/SIDA-TB notificada en el año 2004 representa el 2,2 % de la morbilidad general por tuberculosis. La letalidad es alta en los pacientes coinfectados probablemente debido a complicaciones asociadas con el SIDA o un diagnóstico tardío de tuberculosis.

El Perú, siguiendo las recomendaciones de la OMS ha incorporado la estrategia DOTS plus, para el manejo de pacientes con TB MDR, utilizando fármacos de segunda línea en el marco del DOTS, en países de bajos y medianos ingresos, con la condición que la Estrategia DOTS este implementada. Se ha observado una mayor captación y diagnóstico de casos de TB MDR en los últimos dos años como resultado de la amplificación de resistencia, demora en el diagnóstico por el poco acceso a pruebas de sensibilidad, demora en el inicio del tratamiento y persistencia de los problemas sociales de pobreza y pobreza extrema en nuestro país. La proyección de casos de TB MDR para los siguientes años es desalentadora pues se estiman entre 2500 a 3000 por año

3.9.2 Sistemas sanitarios, iniciativas para el control de la enfermedad y marcos de desarrollo más amplios

- d) Describa el sistema (nacional) sanitario, incluidos los sectores público y privado, en la medida en que sean pertinentes para combatir la enfermedad en cuestión.

La respuesta del estado contra el VIH y SIDA y la Tuberculosis está organizada, dentro del Sistema Nacional de Salud, en cada uno de los sub sectores que la componen:

**EL MINISTERIO DE SALUD** Es el organismo que ejerce la rectoría del sistema. Estructura las normas de acción contra el VIH/SIDA y la Tuberculosis, las mismas que regulan la actividad de los otros subsectores. Cuenta con la Alta Dirección –Ministro y Vice Ministro–, Oficinas de Apoyo, Asesoría y Órganos de Línea. Dentro de éstos últimos se tiene a la denominada Dirección General de Salud de las Personas, que alberga a las Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN) como son las ESN - de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA y de Control de la Tuberculosis.

El Ministerio de Salud trabaja a nivel nacional con Organismos Públicos Desconcentrados como las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAS) en número de 29, asentadas en todo el país; las Direcciones de Salud de Lima y Callao (DISAS) en número de 5 y los Institutos Nacionales Especializados. Cada una de las DIRESAS y DISAS cuentan con responsables de la ESN de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA y de Tuberculosis quienes se encargan de velar por la ejecución de las diversas estrategias en la lucha contra tales enfermedades

Existen Organismos Públicos Descentralizados del Ministerio de Salud. Uno de ellos es el Instituto Nacional de Salud (INS), el mismo que cuenta con una red de laboratorios referenciales descentralizados y que se encargan del diagnóstico y confirmación de laboratorio del VIH, así como de los estudios de genotipificación, de resistencia del virus y afines, en tanto que en relación a la Tuberculosis se ha constituido una Red Nacional para la toma de muestras de sintomáticos respiratorios y procesamiento de las baciloscopias y, el desarrollo de cultivos para BK por la red de laboratorios Intermedios en las DISAS así como la identificación de las cepas resistentes y multidrogoresistentes

Dentro de los órganos de asesoría del MINSA se encuentra la Oficina General de Epidemiología (OGE), la misma que cuenta con una red de oficinas en todas las DIRESAS y DISAS y son las encargadas de la vigilancia continua y centinela de los casos de VIH/SIDA y de proveer información sobre la notificación de casos de TB.

Por otra parte, entre otros órganos de línea y, acorde a la reforma establecida desde el año 2001 y consolidada en el 2004, otras Direcciones como: Comunicaciones, Promoción de la Salud, Defensoría de la Salud, Estadística y Servicios de Salud entre otros, han incorporado actividades relacionadas al VIH/SIDA y la TBC en sus planes de acción, los cuales se encuentran en pleno proceso de desarrollo.

**OTRAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD**

Entre las que se incluyen:

- El Seguro Social del Perú (EsSalud), dentro de las prestaciones regulares brinda

tratamiento antirretroviral a los afiliados que son personas viviendo con VIH y también brindan los diferentes esquemas de tratamiento antituberculoso a los asegurados que padecen esta enfermedad. Tanto los medicamentos antirretrovirales como para la tuberculosis son adquiridos con el presupuesto de la misma institución..

- Las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, que cuentan con los denominados Comités de Prevención y Control del VIH/SIDA de las FFAA y PNP (COPRECO), los cuales proponen las normas, coordinan el diagnóstico y tratamiento que se realiza en los servicios asistenciales de estas instituciones y tienen un laboratorio de referencia, manteniendo por otra parte, una vigorosa relación con la Estrategia Nacional de Control de la Tuberculosis para el reporte de casos, así como el diagnóstico y tratamiento de los mismos.
- El sector privado que cuenta con una serie de organismos que dirigen sus acciones tanto en el área de promoción, prevención como de cuidado de los afectados e investigación. Conforman una red de trabajo dirigida a unir esfuerzos en la gestión de conocimientos, generación de propuestas y potenciación de acciones que incidan en la lucha contra el VIH-SIDA y la Tuberculosis. Desde el sector de las Iglesias, la Conferencia Episcopal Peruana, a través de la Pastoral de Salud (DEPAS) ha generado corrientes de sensibilización hacia las personas con diagnóstico de TBC y las personas viviendo con el VIH/SIDA (PVVS) y sus familias, en tanto que dentro de las Organizaciones No Gubernamentales, existen varios esfuerzos que han incluido la atención de personas y el fortalecimiento de sus derechos humanos y habilidades para la vida.
- El Instituto Nacional Penitenciario, dependiente del Ministerio de Justicia, cuenta con un sistema de salud que viene fortaleciéndose vigorosamente en los últimos años con especial énfasis en el manejo y control tanto del VIH/SIDA como de la Tuberculosis.
- Las Universidades Nacionales y Privadas, cuyas acciones están dirigidas a trabajos de investigación en cambios de comportamiento en poblaciones vulnerables, intervenciones en tratamientos antirretrovirales y enfermedades oportunistas
- Dentro de la estructura de otros sectores del Estado como el Ministerio de Educación y el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Humano se cuenta con oficinas dirigidas a la educación y protección del adolescente y del niño donde incluyen el tema de prevención del VIH/SIDA y la Tuberculosis, a través de la promoción de estilos de vida saludable y satisfacción de sus necesidades básicas.

Estos y otros sectores cuentan con un representante en la CONAMUSA, espacio donde se pueden plantear sinergias en las estrategias a implementarse.

- e) Describa en forma integral las estrategias y programas de control de la enfermedad que se emplean actualmente para combatir la enfermedad en cuestión, incluidas las finalidades y objetivos correspondientes que permitan abordar la enfermedad. (Incluya los programas existentes que financie el Fondo Mundial y otros programas que ejecuten o planifiquen todas las partes interesadas y los compromisos existentes y planificados que se han asumido ante las principales iniciativas y alianzas internacionales.)

Actualmente están en construcción los Planes Nacionales Multisectoriales para la lucha contra el VIH y SIDA y contra la Tuberculosis; mientras esto ocurre los lineamientos que se ejecutan se encuentran dentro de los Planes emanados de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA y de la Estrategia de Control de la Tuberculosis de la Dirección General de Salud de las Personas, órgano de línea del Ministerio de Salud.

En el ámbito del control de la infección por VIH/SIDA, la Estrategia se basa en los siguientes objetivos específicos:

- Disminuir la transmisión sexual de las ITS y VIH en población general.  
Disminuir la transmisión sexual de las ITS y VIH en poblaciones vulnerables.  
Reducir la transmisión sanguínea de las ITS y VIH, incluyendo la transmisión por

hemoderivados, trasplantes o durante procedimientos invasivos.

- Disminuir la transmisión vertical de las ITS y VIH.
- Reducir el impacto individual, social y económico en las personas viviendo con el VIH y SIDA.
- Fortalecer la coordinación multisectorial para el control de las ITS -VIH/SIDA.

Dentro de sus estrategias programadas figuran, el manejo sindrómico de las ITS, la formación de promotores educadores de pares para trabajadores sexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres, la atención médica periódica para trabajadores sexuales, los centros de referencia de ITS, plan de eliminación de sífilis congénita y de prevención de transmisión vertical del VIH, la atención integral para PVVS que incluye tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA).

En lo referente al control de la Tuberculosis se continúa fortaleciendo la estrategia DOTS (Directly Observed Treatment Short Course) por ser la estrategia más recomendada por la OMS en el control de la Tuberculosis por ser altamente costo efectiva, y que considera entre sus principales componentes:

- Compromiso político del gobierno de garantizar los recursos necesarios para el control de la Tuberculosis, a través del suministro regular de medicamentos e insumos de laboratorio en todos los servicios de salud.
- Organización en la detección, diagnóstico y tratamiento de casos.
- Diagnóstico mediante el examen de esputo en los sintomáticos respiratorios (personas con tos y expectoración por más de 15 días) que acuden a los servicios de salud.
- Tratamiento acortado con observación directa de la toma de medicamentos por el personal de los establecimientos de salud.
- Sistema de información oportuno para el registro y seguimiento de los pacientes hasta su curación.
- Capacitación, supervisión y evaluación.

La aplicación de la estrategia DOTS se viene realizando en todos los servicios de la red sanitaria del MINSA, lo cual ha contribuido a disminuir la tasa de incidencia de Tuberculosis en todas sus formas.

En este contexto la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis realiza las siguientes actividades en los Establecimientos Penitenciarios en coordinación con las establecimientos y DISAS correspondientes:

- Se realiza exámenes gratuitos de diagnóstico de tuberculosis a todo paciente sospechoso de estar enfermo: Baciloscopia, cultivo de BK y Pruebas de sensibilidad para fármacos antiTB.
- Se garantiza el tratamiento gratuito al 100% de pacientes enfermos de tuberculosis tanto para esquemas primarios como para los casos de TBC Multidrogoresistente.
- Se han programado actividades de asistencia técnica a los diferentes penales de Lima, Callao y provincias.
- Existen consultores para TB MDR que evalúan periódicamente a los pacientes de establecimientos penales.

A través del Objetivo 2 del Proyecto del Fondo Mundial: *“Disminuir la incidencia de casos de Tuberculosis BK positivo en los 9 Penales más grandes del país”*, se realizan actividades de prevención y control que incluye actividades como:

-Elaboración de una Guía Nacional de atención de VIH y TB (TB y TB MDR) en penales.

- Actualización en estrategia DOTS y Capacitación en DOTS plus, Coinfección VIH-TB y Normas de Bioseguridad para TB, Acceso a consejería y pruebas rápidas de VIH a las personas privadas de su libertad además de control medico regular a las personas diagnosticadas de VIH , finalmente acceso a TARGA a los casos que lo requiriese con participación de personal de salud del MINSA e INPE, con la finalidad de mejorar el trabajo de coordinación entre ambas instituciones.

- Plan de Abogacía para los administradores de los penales.

- Plan IEC (Información Educación Comunicación) para las personas privadas de su libertad en los 9 Penales mas grandes del país.

Acondicionamiento de los establecimientos de salud de los 9 penales priorizados así como la mejora en el control de infecciones para TB .

Los objetivos a ser alcanzados en Establecimientos Penitenciarios son:

- Mejorar la captación del sintomático respiratorio de manera oportuna, garantizando el seguimiento de los casos sospechosos de TB.
- Garantizar el diagnóstico oportuno y el tratamiento al 100% de casos con Tuberculosis primaria o Multidrogorresistente.
- Optimizar la evaluación de los contactos y seguimiento de los mismos.
- Trabajar en prevención y promoción de la salud (IEC), con la población privada de su libertad y familiares.
- Implementar estrategias para enfrentar asociación TB VIH.
- Abogacía con autoridades del INPE, PNP en niveles local, regional y central.  
Coordinación estrecha entre los diferentes niveles del MINSA, Ministerio de Justicia e INPE.

- f) Describa cuál es la función de las iniciativas para el control del SIDA, la tuberculosis y/o malaria en los marcos de desarrollo más amplios, tales como los Estudios Estratégicos para la Reducción de la Pobreza (ERP), la Iniciativa para los Países Pobres Altamente Endeudados, los planes (HIPC, por sus siglas en inglés), o los planes para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, o los abordajes sectoriales. Describa los enlaces a iniciativas internacionales tales como la Iniciativa “3 por 5”, de la OMS/ONUSIDA , la Alianza Mundial Alto a la tuberculosis (Stop TB) o la Alianza Hacer Retroceder la Malaria.

El Perú es un país que se ha comprometido con el cumplimiento de objetivos internacionales creados para la lucha contra las ITS, VIH y SIDA. En 1995 se firmó el compromiso de eliminar la sífilis congénita para el año 2000 para lo cual el Ministerio de Salud a través del Programa de Control de ETS y SIDA (PROCETSS) diseñó la estrategia que se aplica hasta la actualidad.

En el año 2001, el Perú participó en la declaración de compromiso para la lucha contra el SIDA en las Naciones Unidas (UNGASS) donde se definían las esferas prioritarias para la respuesta a esta epidemia dirigidas a detener su propagación y aliviar el impacto social y económico que arrastra consigo. El diseño de las medidas están dirigidas a áreas como la prevención, al aumento del acceso a la atención y al tratamiento, al cuidado de los huérfanos a causa del SIDA, a la búsqueda de alianzas entre el sector público y privado, a la necesidad de dar una respuesta multisectorial acelerada a la epidemia y la necesidad

de contar con los recursos necesarios para lograr una respuesta efectiva.

Las medidas establecidas en el compromiso del UNGASS están dirigidas además, al cumplimiento de la meta 7 del objetivo 6 (Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades) de la Declaración del Milenio (Objetivos de Desarrollo del Milenio) firmado en la sede de las Naciones Unidas por 189 Estados Miembros dentro de los cuales se encuentra el Perú.

Para el cumplimiento de estos compromisos el gobierno está tratando de crear alianzas con empresas privadas y con la sociedad civil, basados en el marco legal de la ley 26626 "Ley CONTRASIDA", y su modificatoria la ley 28243 que introduce el TARGA como obligación del estado en la atención integral de las PVVS. La creación de la CONAMUSA está construyendo los espacios de diálogo que faciliten estas acciones; de igual manera, el gobierno participó en forma activa en Negociación Conjunta de Medicamentos Antirretrovirales y Reactivos para el VIH/SIDA en la Región, junto con los países de la Subregión Andina, Argentina, México, Paraguay, Uruguay en junio de 2003. Asimismo, el Perú inició hace 4 años la estrategia de Mesas de Lucha contra la Pobreza, las mismas que incluyen dentro de sus componentes de trabajo colaborar en la lucha contra el VIH SIDA.

En el presente año el Ministerio de Salud ha sido incluido en la estrategia 3x5 de OMS-OPS, recibiendo 18,000 dólares para ejecución de planes de tratamiento antirretroviral.

### 3.9.3 Análisis de las brechas financieras y programáticas

*Para entender la naturaleza de las brechas, debemos considerar los principales hitos históricos que han influenciado en las políticas de salud del Perú, específicamente sobre el control de la infección por el VIH/SIDA y la Tuberculosis en los últimos dos años:*

- *La inversión efectuada por el Fondo Mundial con el desarrollo del proyecto: "Fortalecimiento del control y prevención del SIDA y la Tuberculosis en el Perú" aprobado en el año 2003 y que se encuentra en plena ejecución, agregándose la contrapartida en términos de actividades e inversiones por parte del país, ha significado un incremento de los esfuerzos desplegados por el sistema sanitario en su conjunto. La introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad, el fortalecimiento de las estrategias en poblaciones vulnerables y en el binomio madre-niño para disminuir la transmisión del VIH, el fortalecimiento del tratamiento para la tuberculosis multidrogoresistente y las nuevas metodologías de manejo de las Áreas de elevada transmisión para la misma, requiere de fortalecer, de forma descentralizada a diferentes sectores y direcciones en cuyos ámbitos se desarrollan actividades de impacto que ayudan al control y manejo de tales epidemias.*

- *El desarrollo de la reforma institucional al interior del Ministerio de Salud que fuera iniciada en el año 2001 y consolidada en el 2004, en cumplimiento de los lineamientos de las Políticas de Salud 2002- 2012, basado en el modelo de atención integral de salud cambió la presencia de 17 programas verticales a 12 estrategias y permitió un proceso de horizontalización de las actividades de control de los problemas sanitarios más importantes como son la infección por VIH/SIDA y la Tuberculosis. Los antiguos "Programas Verticales de Control" han sido convertidos en la actualidad en Estrategias Nacionales, que mantienen su rol fundamental en la concepción de normas y políticas, así como el trabajo de análisis de los procesos desarrollados; ellos han transferido el desarrollo de otras actividades como la Vigilancia Epidemiológica, las Redes de Laboratorios especializados, la Promoción y Prevención, la vigilancia de la calidad en los servicios de salud y el ejercicio de los derechos ciudadanos a las áreas correspondientes, a los sectores correspondientes, quienes para esponder a las nuevas tareas encomendadas requieren de un fortalecimiento descentralizado en todo el país en el más breve plazo.*

- *El proceso de la descentralización política iniciada en el Perú en el año 2001, basada en la Ley de Descentralización Nacional y que debe culminar con la transferencias de competencias a las diferentes regiones del país en el 2006, obliga a mejorar las capacidades de los equipos conductores y ejecutores en las diferentes regiones para liderar, en un nuevo ámbito de mayor autonomía, el desarrollo de las estrategias y actividades de control tanto del VIH/SIDA como de la Tuberculosis.*

- *La mayor y más efectiva participación multisectorial tanto en el ámbito nacional como en los niveles regionales de todo el país, que conlleva una mayor presencia de los sectores involucrados así como de los afectados como se puede observar en los Consejos Regionales de Salud y*

Comités Multisectoriales que fortalecerán las instancias del Mecanismo Coordinador del país en diferentes locaciones.

Con la descripción detallada de los contextos, los siguientes cuadros permitirán entender el impacto de los esfuerzos efectuados y las brechas por zanjar en los periodos inmediatos:

#### INFORMACION, COMUNICACION Y PROMOCION

Existen políticas de promoción de la salud, prevención de riesgos, desarrollo de conductas y entornos saludables, que vienen formando parte de los planes anuales de las Direcciones de Comunicaciones y Promoción de la Salud. Desde la realización de las primeras campañas masivas en relación al SIDA y la Tuberculosis, la Dirección de Comunicaciones ha desarrollado una presencia activa para sensibilizar a la población en torno a tales problemáticas. Pero estas campañas no han sido suficientes para abordar a las poblaciones objetivo. A la actualidad, las políticas de promoción y comunicación dirigidas hacia la infección por el VIH y la Tuberculosis difícilmente alcanzan entre el 10 y 20% de las poblaciones objetivo.

Lo anterior se hizo evidente con la ejecución del Proyecto del Fondo Mundial durante la implementación del TARGA ya que al no contar con un plan de comunicacional no se pudo generar suficiente demanda

El área de comunicaciones del Ministerio de Salud lanzó en el año 2000 el servicio denominado Infosalud , dicho servicio brinda orientación y consejería en salud a la ciudadanía, desde cualquier teléfono fijo y público, a través de la línea gratuita 0800 108 28, a nivel nacional. Además absuelve consultas vía internet, a través del correo electrónico infosalud@minsa.gob.pe y sus servicios ubicados en el portal MINSA: anticoncepción oral de emergencia, consultas y sugerencias y el Doctor en Línea. Este servicio se enmarca en preservar los derechos de los ciudadanos mediante la decisión informada, sobre su salud, la de su familia, la de su entorno, sin distinción ni discriminación alguna y con la confidencialidad requerida en la atención. Su desarrollo le ha permitido reconocimientos por parte de instituciones de carácter internacional que han evaluado el trabajo cumplido. En la actualidad es un medio que viene incrementando su aceptación por sectores de adolescentes y jóvenes, como también de poblaciones vulnerables a la infección por VIH/SIDA y a la TB como son las personas privadas de su libertad. Esta exitosa labor no ha sido suficiente para llegar a toda la población requerida y para poder satisfacer las necesidades de información de salud, por lo que es necesario contar con el apoyo económico necesario que fortalezca sus acciones e incremente sus coberturas.

#### ESTIGMA Y DISCRIMINACION

Actualmente, se vienen consolidando políticas acordes a los compromisos asumidos como país en torno al estigma y discriminación. La creación de la Oficina Ejecutiva de Transparencia y Defensoría de Salud (OETDS), dependiente de la Oficina General de Comunicaciones en el año 2002. Los objetivos funcionales de la Defensoría de Salud y Transparencia son la mejora de la atención de salud y el fomento de la ética y transparencia en la gestión administrativa del Ministerio de Salud. Dentro de tal contexto, y en el esfuerzo por proteger y promover el derecho a la salud, resulta crucial generar mecanismos y espacios de interlocución directa con las personas afectadas así como con el personal de salud comprometido en situaciones de eventual violación o amenaza de vulneración de derechos en los servicios públicos de salud dentro de los que se encuentran el estigma y la discriminación a los afectados , personas vulnerables y entorno. Las limitaciones que se derivan de la centralización de la función de defensa en la Defensoría de la Salud y Transparencia y la imposibilidad de contar con los recursos necesarios para intervenir fuera del ámbito de Lima Metropolitana y del Callao, explican en parte el hecho de que un número considerable de casos no llegue a conocimiento de las instancias correspondientes del Sector; por tal razón es necesario el apoyo financiero respectivo para hacer efectiva la descentralización de esta oficina y poder dar solución inmediata a los casos de denuncias en el campo de estigma , discriminación y otras violaciones de los derechos humanos en el sector..

#### SISTEMA DE SOPORTE AL DIAGNOSTICO EN EL MINSYA Y EL INPE

En los últimos dos años, gracias al apoyo del Fondo Mundial, el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional Penitenciario, han desarrollando políticas de fortalecimiento descentralizado de las regiones para mejorar el diagnóstico de TB y de la infección por VIH/SIDA en sus respectivas poblaciones. Esto incluye procedimientos más modernos y complejos como el desarrollo de cultivos para M. tuberculosis MDR, además de los estudios de resistencia antimicrobiana, recuento de células CD4, Carga Viral de VIH, Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) para el diagnóstico precoz en recién nacidos, y la genotipificación y resistencia antiviral en el ámbito del tratamiento antirretroviral, entre otros. Lo anterior ha servido para mejorar ostensiblemente la calidad de servicio brindado a los afectados. Lo difícil de la geografía del país nos obliga a la

necesidad de descentralizar algunos métodos de laboratorio especializado e introducir nuevos métodos, así tenemos por ejemplo que, la descentralización de la citometría de flujo para la medición de células CD4 y medición de carga viral en las zonas del centro y oriente del país, ampliará la cobertura de personas viviendo con VIH que necesitan de estas pruebas para el inicio del TARGA; por otro lado los métodos rápidos de cultivo para identificación de micobacterias resistentes permitirá el inicio oportuno de terapias adecuadas a cepas resistentes.

Por otra parte, la falta de cabinas de bioseguridad acreditadas para el desarrollo de cultivos, así como el desarrollo del diagnóstico rápido por pruebas radiométricas u otras además del la sensibilidad especialmente en relación al M. tuberculosis, no permite el diagnóstico oportuno de las cepas multidrogoresistentes en todo el país

#### SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGIA E INFORMACIÓN OPERATIVA PARA LA GESTION

La Oficina General de Epidemiología en coordinación con las Estrategia Nacional responsable del control de VIH, tiene programado el desarrollo de estudios de Vigilancia Centinela de la infección por VIH/SIDA en diferentes poblaciones, los cuales se han venido llevando a cabo en forma regular hasta el año 2002 en 18 de las 32 regiones de salud, esto debido a que las capacidades de análisis y diagnóstico en los grupos de trabajo regionales todavía no están fortalecidas. El proceso de transición entre los antiguos Programas de Control y las Nuevas Estrategias Sanitarias, introdujo cambios en la responsabilidad de la información en los diferentes regiones de salud, las cuales no obtuvieron una respuesta conforme a la necesidad del país; por lo tanto es necesario que el personal responsable adquiera nuevas capacidades para asegurar la calidad de información necesaria para la gestión.

#### CAPACIDAD CONDUCTORA DE LAS DIRECCIONES REGIONALES DE SALUD

Un total de 29 DIRESAS a nivel nacional y 5 DISAS en ubicadas en Lima Metropolitana y Callao son las que dirigen y ejecutan las normas, políticas, líneas de acción y/o estrategias desarrolladas desde los niveles nacionales o centrales. En cada una de estas instancias, se replican muchas de las áreas o direcciones que existen en los organismos centrales del Ministerio de Salud. Con el actual proceso de regionalización y descentralización política que ha emprendido el Perú, la capacidad de autonomía administrativa, presupuestaria y política de las Direcciones de Salud se incrementará evidenciando fallas en los procesos de conducción de los sistemas de salud regionales. El liderazgo de los equipos regionales es fundamental para el éxito de las estrategias de salud, por lo tanto se requiere invertir en el capital humano de dichas organizaciones.

#### FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN MULTISECTORIAL EN EL SISTEMA SANITARIO

El Gobierno reconoce a la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud – CONAMUSA (Mecanismo Coordinador de País) como la institución representativa de los diferentes sectores que reúnen tanto al Estado como a la sociedad civil en su conjunto, incluyendo a las Personas viviendo con los daños. La Conamusa, el actual Mecanismo Coordinador de País, viene desarrollando diversas acciones de advocacy en la vigilancia, no sólo de las actividades inherentes al Fondo Mundial, sino también de todas las políticas y actividades de los sistemas sanitarios, con mayor énfasis en las problemáticas de VIH/SIDA y Tuberculosis. La CONAMUSA tiene presencia en 10 regiones del país, pero todavía es insuficiente, por lo que se requiere impulsar el proceso de expansión de los espacios multisectoriales para la lucha contra el VIH y la TB a nivel nacional.

4.3.3.1 Detalle los gastos actuales y planificados de todas las fuentes pertinentes, ya sean internas, externas, de alivio de la deuda, e incluya las subvenciones previas otorgadas por el Fondo Mundial.

4.3.3.2 Proporcione una estimación de los costos necesarios para alcanzar todas las finalidades y objetivos (nacionales) y brinde información sobre cómo se ha desarrollado este costo (por ejemplo, basado en los costos de las estrategias nacionales)

4.3.3.3 Suministre un cálculo de las brechas entre los costos estimados y los gastos actuales y planificados.

Tabla 4.3.3 – Aportes financieros para la respuesta nacional

		Aportes financieros en USD						
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Internos (A)</b>		8,524,928	8,524,928	8,524,928	8,780,676	9,044,096	9,315,419	9,594,882
<b>Externos (B)</b>								
<b>Origen externo 1</b>								
<b>Origen externo 2</b>								
<b>Origen externo 3</b>								
<b>Total de recursos disponibles (A + B)</b>		8,524,928	8,524,928	8,524,928	8,780,676	9,044,096	9,315,419	9,594,882
<b>Total necesario (C)</b>								
<b>Necesidades no realizadas (C)-(A+B)</b>								

3.9.4 Confirme que los recursos provenientes del Fondo Mundial serán adicionales a los recursos existentes y planificados, y que no reemplazarán dichas fuentes de recursos; explique cuáles son los planes trazados para garantizar que los recursos sean adicionales.

En cada una de las áreas e instituciones a fortalecer y contribuir a mejorar la capacidad nacional de respuesta contra la infección por el VIH/SIDA y la Tuberculosis se cuentan con decisiones políticas e institucionales que garantizan no solo su existencia institucional sino también su fortalecimiento a futuro.

Para la selección de las áreas a potenciar se ha considerado las siguientes características como premisas mínimas para ser incluidas en el componente:

1. Que cuenten con Planes Operativos Anuales, que comprometan recursos provenientes del Tesoro Público de la Nación, además de contar con el soporte de la cooperación bilateral y multilateral.
2. Que muestren un fortalecimiento sostenido de sus áreas, incluyendo certificaciones y/o reconocimientos a las buenas prácticas institucionales, especialmente en actividades que podrían tener impacto sobre las problemáticas del VIH/SIDA y la Tuberculosis en los últimos dos años previos al desarrollo de la propuesta.

Que existan muestras en las decisiones del más alto nivel de garantizar el fortalecimiento institucional de las áreas de interés.

### 3.10 Estrategia de los componentes

#### 3.10.1 Descripción y justificación de la estrategia del programa

Tabla 4.4a. Finalidades e indicadores de impacto durante la vigencia del programa

Finalidad Nº	Finalidades durante cinco años									
1	Mejorar la capacidad de respuesta del sistema sanitario en el Perú frente a las epidemias de VIH/SIDA y Tuberculosis en el Perú									
Finalidad Nº	Indicador de impacto	Datos de referencia			Año Meta 1	Año Meta 2	Año Meta 3	Año Meta 4	Año Meta 5	Fuente y comentarios
		Valor	Año	Fuente						
1	Aumentar a un 80% la percepción de calidad de prestación de servicios y de las estrategias preventivas, promocionales y de respeto a los derechos humanos en el sistema sanitario	To be completed					60%		80%	La línea de base se formulará a través de los estudios CAP formuladas en prestadores de salud, conductores de estrategias. Se plantea una evaluación intermedia en el 3 año, para medir este Indicador.
2	Aumentar en un 60% la aceptación de los servicios y las intervenciones por parte de los usuarios y poblaciones objetivo	To be completed					40 % sobre la línea de base		60% sobre la línea de base	Encuestas de satisfacción a usuarios y poblaciones intervenidas. Se plantea una evaluación intermedia en el 3 año, para medir este Indicador.
3	Mejorar en un 80% la participación multisectorial en los niveles regionales de salud <sup>14</sup>	To be completed					60%		80%	Se plantea una evaluación intermedia en el 3 año, para medir este Indicador.

[Los indicadores de impacto no se miden todos los años habitualmente. Además no es necesario ingresar valores para las metas de todos los años. Se recomienda consultar la lista de indicadores de cobertura detallada en el Anexo A.]

<sup>14</sup> Incorporación de todos los sectores (privado y público) en las Instancias de coordinación (nacionales y regionales) y participación en la implementación de los Planes.

Tabla 4.4b. Objetivos, áreas de prestación de servicios e indicadores de cobertura durante la vigencia del programa

Objetivos del programa durante cinco años												
Objetivo Nº	Descripción del objetivo										Relacionar con la meta por número	
1	Fortalecer la gestión en las Regiones priorizadas para una respuesta organizada en la prevención y control de VIH/SIDA y TBC en el marco de la descentralización.										Indicador de impacto 1	
2	Fortalecer en los niveles nacional y regional el sistema multisectorial de protección y promoción de los derechos en salud, con la participación activa de la población incluyendo a las PVVS y afectados con TB.										Indicador de impacto 2	
3	Implementar el sistema multisectorial e intersectorial a nivel Nacional y Regional en el marco de una respuesta nacional para la lucha contra el VIH/SIDA y la TB.										Indicador de impacto 3	
Objetivo Nº	Descripción del objetivo											
1	Fortalecer la gestión en las Regiones priorizadas para una respuesta organizada en la prevención y control de VIH/SIDA y TBC en el marco de la descentralización.											
Objetivo Nº	Área de prestación de servicios	de de	Vinculación directa	Descripción del indicador	Datos de referencia		Año 1 Meta	Año 2 Meta	Año 3 Meta	Año 4 Meta	Año 5 Meta	Frecuencia de recolección de los datos
					Valor	Año						
1	Recursos Humanos		Si	1.1 Número de responsables de las estrategias de SIDA (Nº 34) y Tuberculosis (Nº 34) que anualmente fortalecen su capacidad de gestión y gerencia en las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAs) a nivel nacional <sup>15</sup>	0	2004	68	68	68			Trimestral
1	Recursos Humanos		Si	1.2 Equipos multidisciplinarios de las estrategias de SIDA (Nº 84) y Tuberculosis (Nº 84) que anualmente fortalecen su capacidad de conducción de las diferentes líneas estratégicas en las	0	2004	168	168	168			Trimestral

<sup>15</sup> Indicador de nivel 1

			Direcciones Regionales de Salud (DIREAS) y redes priorizadas. <sup>16</sup>								
1	Recursos Humanos	Si	1.3 Número de médicos especialistas capacitados en interpretación de pruebas de genotipificación para VIH y sensibilidad para TB, que conforman dos comités acreditados por el Ministerio de Salud para evaluar a las PVVS y TB que lo requieran de acuerdo a norma técnica <sup>17</sup>	0	2004	30				Trimestral	
1	Recursos Humanos	Si	1.4 N° de responsables que fortalecen sus capacidades en vigilancia, evaluación estadística y gestión de datos en VIH y TB. <sup>18</sup>	0	2004	40	60	104		Anual	
1	Recursos Humanos	Si	1.5 N° de equipos regionales y de hospitales que fortalecen sus capacidades en Vigilancia epidemiológica en VIH y TB a nivel nacional. <sup>19</sup>	0	2004	5	10	10	10	17	Anual
1	Desarrollo de infraestructura Sanitaria	Si	1.6 Número de laboratorios de la Red Nacional fortalecidos que brindan asesoramiento técnico regional y pruebas diagnósticas y de monitoreo para ITS/VIH y TB.	0	2004	10	12	10	9	5	Anual
1	Recursos Humanos	No	1.7 Número de establecimientos penales que son fortalecidos con recursos humanos capacitados en procedimientos y pruebas	To be completed		84	84				Anual

<sup>16</sup> Indicador de nivel 1

<sup>17</sup> Indicador de nivel 1. Incluida en la Actividad xx del Plan de Trabajo.

<sup>18</sup> Indicador de nivel 1. Incluida en la Actividad xx del Plan de Trabajo.

<sup>19</sup> Indicador de nivel 1. Incluida en la Actividad xx del Plan de Trabajo.

			básicas de laboratorio para la atención de personas privadas de libertad con ITS/VIH y/o TB. <sup>20</sup>								
1	Desarrollo de infraestructura Sanitaria	de	Si	1.8 Número de establecimientos penales que cuentan con módulos básicos de laboratorio <sup>21</sup>	To be completed		5	5			Anual
1	Seguridad hematológica y precauciones universales	y	Si	1.9 N° de bolsas transfundidas, analizadas para detectar VIH utilizando la norma nacional <sup>22</sup>	To be completed			10% sobre línea base	5% sobre línea base		Anual.
1	Seguridad hematológica y precauciones universales	y	Si	1.10 N° de Regiones con servicios fortalecidos de transfusión de Sangre y reclutamiento de donantes. <sup>23</sup>	To be completed		6	17	11		Anual
1	Vigilancia y evaluación	y		1.11 N° de puntos de prestación de Servicios que presentan puntualmente informes estadísticos completos en VIH y TB <sup>24</sup>	0	2004	6	17	11		Anual

<sup>20</sup> Indicador de nivel 2. Se requiere la aprobación previa de procedimientos

<sup>21</sup> Indicador de nivel 2. Se propone la habilitación de módulos para captar sintomáticos respiratorios y para la toma de muestra. Estos módulos estaría en los penales en los cuales por las características geográficas los penales están alejados, lo cual dificulta la coordinación con el MINSA. Eso contempla también el reacondicionamiento de un espacio para laboratorio en donde se haría la lectura de los Bks. Los establecimientos penales donde se instalaran los modulos son diferentes a los 9 iniciales de la Propuesta financiada por el Fondo Mundial, actualmente en ejecución. . Incluida en la Actividad xx del Plan de Trabajo.

<sup>22</sup> Indicador de nivel 3. De acuerdo al Anexo A de las directivas del Fondo Mundial, solo han identificado este tipo de Indicador con el Componente VIH/SIDA, sin embargo se ha incluido en el Componente Fortalecimiento pues se encuentra ligada a las otras actividades contempladas en este componente. Se realizara un estudio de evaluacion del sistema de Banco de sangre durante el primer año. . Incluida en la Actividad xx del Plan de Trabajo.

<sup>23</sup> Indicador de nivel 2. Tanto este indicador como el anterior corresponde a acciones que desarrollara el Instituto Nacional de Salud. . Incluida en la Actividad xx del Plan de Trabajo.

<sup>24</sup> Indicador de nivel 2. Una de las principales limitaciones de la primera propuesta es la Información oportuna sobre datos epidemiológicos. Se espera lograr tanto el fortalecimiento de las Oficinas de epidemiológica e Informática. . Incluida en la Actividad xx del Plan de Trabajo.

Objetivos del programa durante cinco años											
Objetivo N°	Descripción del objetivo										Relacionar con la meta por número
2	Fortalecer en los niveles nacional y regional el sistema multisectorial de protección y promoción de los derechos en salud, con la participación activa de la población incluyendo a las PVVS y afectados con TB.										Indicador de impacto 2
Objetivo N°	Área de prestación de servicios	de Vinculación directa	Descripción del indicador	Datos de referencia		Año 1 Meta	Año 2 Meta	Año 3 Meta	Año 4 Meta	Año 5 Meta	Frecuencia de recolección de los datos
				Valor	Año						
2	Derechos Ciudadanos	Si	2.1 N° de personas afectadas, con solicitudes relacionadas a las ESN TB y VIH resueltas canalizadas por la defensoría. <sup>25</sup>	To be completed		10% de la línea de base	30% de la línea de base	50% de la línea de base	70% de la línea de base	80% de la línea de base	Anual
2	Coordinación y desarrollo de alianzas	Si	2.2 N° de organizaciones que participan en la coordinación de alianzas para vigilancia ciudadana de TB y VIH <sup>26</sup>	10 organizaciones		2 adicionales	3 adicionales	5 adicionales			Anual
2	Comunicación y promoción de la Salud	Si	2.3 N° de usuarios que acceden a puntos de prestación de servicios que brindan orientación y consejería en VIH y/o TB <sup>27</sup>	To be completed		12000	14000	16800	20400	24480	Anual
2	Iniciativas de promoción	Si	2.4 N° de planes para la toma de decisiones sobre políticas en el tema de	To be completed		2	6	6			Anual

<sup>25</sup> En el Perú se encuentran en implementación las Defensorías de los Derechos Ciudadanos, desarrolladas a nivel del sector. Se busca fortalecer dichos mecanismos para el acceso a todas las personas de manera responsable. Se requerirá un estudio de línea de base sobre canales de consulta destinados a Usuario en VIH y TB.

<sup>26</sup> El desarrollo de la Vigilancia ciudadana representa una oportunidad de participación de las organizaciones civiles y de afectados para el control del VIH y de la TB en el Perú. Requiere la instalación de Comités de Vigilancia al interior de la CONAMUSA y COREMUSAS

<sup>27</sup> Se cuenta con un sistema de línea gratuita centralizada (INFO SALUD) para información sobre VIH y TB, se necesita fortalecer el sistema existente y descentralizarlo a las 8 regiones de salud priorizadas. Se requerirá un estudio de línea de base sobre los servicios de consejería y orientación.

			Derechos Humanos , a favor de la causa de la TB y VIH <sup>28</sup>									
<b>Objetivos del programa durante cinco años</b>												
Objetivo N°	Descripción del objetivo											<b>Relacionar con la meta por número</b>
3	Implementar el sistema multisectorial e intersectorial a nivel nacional, regional en el marco de una respuesta nacional para la lucha contra el VIH/SIDA y la TB											Indicador de impacto 3
Objetivo N.º	Área de prestación de servicios	de Vinculación directa	Descripción del indicador	Datos de referencia		Año 1 Meta	Año 2 Meta	Año 3 Meta	Año 4 Meta	Año 5 Meta	Frecuencia de recolección de los datos	
				Valor	Año							
3	Coordinación y desarrollo de Alianzas	Si	3.1 Numero de organizaciones del sector privado (empresas) que contribuyen al financiamiento de las actividades (vigilancia, prevención de las enfermedades, entre otras) de la CONAMUSA y las COREMUSAS <sup>29</sup>	0	2005	0	2	2 adicionales	2 adicionales	2 adicionales	Anual	
3	Coordinación y desarrollo de Alianzas	Si	3.2 Numero de organizaciones (de sector privado, publico y de personas afectadas) que se incorporan a la Redes y asociaciones que integran la CONAMUSA y COREMUSA <sup>30</sup>	To be completed		5 mas que la línea de base	5 mas que la línea de base	5 mas que la línea de base	5 mas que la línea de base	5 mas que la línea de base	Anual	
3	Coordinación y desarrollo de Alianzas	Si	3.3 Numero de miembros de la CONAMUSA y COREMUSA que participan	To be completed		14	75				Anual	

<sup>28</sup> Se necesita fortalecer las coordinaciones multisectoriales existentes a través de planes que permitan el desarrollo de los derechos ciudadanos

<sup>29</sup> Indicador de nivel 2. Incluida en la Actividad 1 del Plan de Trabajo.

<sup>30</sup> Indicador de nivel 2. Actualmente la CONAMUSA esta integrada por 23 miembros. La intención es incrementar la representatividad de los diferentes sectores principalmente sociedad civil, universidades, iglesias, etc. Incluida en la actividad 2 del Plan de Trabajo

			activamente en la planificación, ejecución y vigilancia de las actividades de lucha contra el VIH y TB <sup>31</sup>								
3	Coordinación y desarrollo de Alianzas	Si	3.4 Numero de COREMUSAS funcionando en regiones, con Planes aprobados y que se implementan, con participación de la sociedad civil, personas afectadas y sector público <sup>32</sup>	0	2005		5 (que existen actualmente)	4 adicionales	2 adicionales	2 adicionales	Anual
3	Coordinación y desarrollo de Alianzas	Si	3.5 Numero de integrantes de las COREMUSAS capacitadas en gestión vigilancia y abogacía <sup>33</sup>	0	2005	0	40	20	10	10	Trimestral
3	Coordinación y desarrollo de Alianzas	No	3.6 Numero de compromisos multisectoriales formulados e implementados en relación a TB y VIH en las COREMUSAS <sup>34</sup>	0	2005	0	5	4	2	2	Anual
3	Coordinación y desarrollo de Alianzas	Si	3.7 Numero de Tribunales Sociales conformados (Nacional y Regionales) <sup>35</sup>	0	2005	1	5	4	2	2	Anual
3	Coordinación y desarrollo de Alianzas	Si	3.8 Numero de integrantes de las COREMUSAS capacitadas en gestión vigilancia y abogacía <sup>36</sup>	0	2005	0	40	20	10	10	Trimestral

<sup>31</sup> Indicador de nivel 1. En un inicio se hará énfasis en los miembros del Sector público y se prevé la incorporación de miembros del sector privado. La idea es que estos miembros irradian información sobre las acciones en la lucha contra la TB y VIH en las instituciones u organizaciones que representan. Incluida en la Actividad 2 del Plan de Trabajo

<sup>32</sup> Indicador de nivel 2. La descentralización política del Perú, llevará a una mayor autonomía de los sectores estatales en los niveles regionales, lo que a su vez deberá significar una mayor participación de las sociedades civiles en cada región. En la actualidad existen 5 COREMUSAS instaladas en: Lima (Lima a su vez tiene 4 representaciones zonales: Lima Sur, Lima Norte, Lima Ciudad y Lima Este), Callao, Ica, Chimbote e Iquitos. vigilancia. Incluida en la Actividad 3 del Plan de Trabajo.

<sup>33</sup> Indicador de nivel 1. Se prevé capacitación a 5 personas por COREMUSA. El calculo del primer año es igual a (4 COREMUSAS \* 5 miembros) + (4 representaciones zonales Lima \* 5 miembros). Incluida en la Actividad 3 del Plan de Trabajo.

<sup>34</sup> Indicador de nivel 0. Se requiere presupuesto para gastos de gestión, comunicaciones, movilidad y materiales de oficina. Incluida en la Actividad 4 del Plan de Trabajo.

<sup>35</sup> Indicador de nivel 2. Incluida en la Actividad 4 del Plan de Trabajo

<sup>36</sup> Indicador de nivel 1. Se prevé capacitación a 5 personas por COREMUSA. El calculo del primer año es igual a (4 COREMUSAS \* 5 miembros) + (4 representaciones zonales Lima \* 5 miembros). Incluida en la Actividad 5 del Plan de Trabajo.

3	Iniciativas de Promoción	de	Si	3.8 Numero de asignadores de recursos sensibilizados e informados sobre las metas a alcanzar en la luchas por las epidemias <sup>37</sup>	To be completed			10	10	10	10	Anual

<sup>37</sup> Indicador de nivel 1. Nos referimos a funcionarios del Ministerio de Economía y Finanzas, miembros de la Comisión de Presupuesto y Cuenta General de Republica , Comisión de Salud del Congreso de la Republica y Consejos de Ministros, entre otros. Debido a la rotación de personal se propone realizar actividades para conseguir este objetivo desde el primer hasta el quinto año. Incluida en la Actividad 6 del Plan de Trabajo.



3.10.1.1 Brinde una descripción clara de la(s) finalidad(es) y objetivos del programa y de las áreas de prestación de servicios (incluir información cuantitativa cuando sea posible)

El componente contiene tres objetivos:

1. Fortalecer la gestión en las Regiones priorizadas para una respuesta organizada en la prevención y control de VIH/SIDA y TBC en el marco de la descentralización.
2. Fortalecer en los niveles nacional y regional el sistema multisectorial de protección y promoción de los derechos en salud, con la participación activa de la población incluyendo a las PVVS y afectados con TB.
3. Implementar el sistema multisectorial e intersectorial a nivel Nacional y Regional en el marco de una respuesta nacional para la lucha contra el VIH/SIDA y la TB.

que están acordes a las bases del actual contexto por el que atraviesa el sistema sanitario –la descentralización política, la reforma estructural y funcional del sector salud, y los nuevos retos en el control de la infección por el VIH/SIDA y TB, entre otras razones– Asimismo recoge lo relacionado a los compromisos para disminuir el estigma y la discriminación, sumándose el fortalecimiento de la promoción de la salud, el desarrollo de estrategias impulsadas desde hace dos años con inversión del Fondo Mundial, y la difícil aplicación de nuevas líneas de acción en zonas alejadas de nuestro país.

Mejorar los indicadores de impacto en el control del VIH/SIDA y la Tuberculosis, conlleva necesariamente a un fortalecimiento del sistema sanitario responsable de ejecutar las principales acciones. Dentro del nuevo modelo de atención integral que se viene desarrollando en el Perú, disminuyendo los riesgos de las personas en función de su edad y sexo, ha significado una horizontalización de las principales actividades de los antiguos programas de control hacia diferentes áreas que tienen entre sus objetivos diversas actividades de interés para el control de tales epidemias: la vigilancia epidemiológica a cargo de la Oficina General de Epidemiología, el soporte diagnóstico, tanto en el nivel de los tamizajes, como de las confirmaciones e investigaciones microbiológicas a cargo del Instituto Nacional de Salud, las actividades de prevención, promoción y comunicación a cargo de las respectivas direcciones, con la participación del Ministerio de Educación, el manejo del estigma y la discriminación a cargo de comités multisectoriales y de oficinas de protección a la salud instaladas por el Estado. Y, por último, en el manejo de poblaciones vulnerables, destaca con nitidez el rol del Instituto Nacional Penitenciario con relación a las personas privadas de su libertad.

Cada una de las áreas y sectores que serán fortalecidos para ejercer actividades destinadas, dentro de sus ámbitos de acción, al mejor manejo y control de la infección por VIH/SIDA y la TB, contribuirá a un manejo más horizontal, descentralizado y democrático en el difícil mundo de la salud pública.

3.10.1.2 *Describa cómo estas finalidades y objetivos se relacionan con los problemas y brechas clave que surgen de la descripción del contexto nacional. Demuestre con claridad cómo las metas propuestas encajan dentro de toda la estrategia (nacional) y cómo los objetivos y las áreas de prestación de servicios propuestas se relacionan con las finalidades y entre sí.*

En la actualidad la imposibilidad de una mejor respuesta frente a nuevas estrategias desarrolladas desde hace dos años con la ayuda del Fondo Mundial o el fortalecimiento de otras que se venían aplicando, pone a prueba a un sistema sanitario que requiere descentralizar sus capacidades de gestión, gerencia y liderazgo para conducir las diferentes actividades y estrategias, como también fortalecer la vigilancia ciudadana en todo el país.

La descentralización en la capacidad operativa de las regiones de salud permitirá tener una mejor capacidad gerencial y de liderazgo, como también fortalecer la capacidad diagnóstica de los laboratorios de referencia regional y local, mejorar la capacidad de vigilancia epidemiológica y análisis estadístico sobre la información operacional de los procesos que se desarrollan en todo el año.

El mejor desarrollo de líneas de acción y estrategias de comunicación, prevención, promoción y protección de la salud, permitirá una mayor participación de diferentes áreas dentro y fuera del Ministerio de Salud y Educación, permitiendo no solo una mayor horizontalización del manejo de las epidemias, fuera de los equipos técnicos que históricamente nucleaban todos los esfuerzos desde los programas nacionales, y si no una mayor inversión intersectorial y multisectorial en estas áreas, tanto en el ámbito nacional como regionales.

Y por último, garantizar una efectiva participación multisectorial de todos los sectores de la sociedad civil continúa convertido en uno de los ejes de trabajo que se inició con las primeras actividades impulsadas desde el Fondo Mundial. En este rubro, constituye un reto la descentralización de este esfuerzo a todas las regiones del país

[Sólo para los componentes fortalecimiento de los sistemas sanitarios:]

3.10.1.3 Describa en detalle como se vinculan los objetivos y las áreas de prestación de servicios propuestos con la lucha contra las tres enfermedades. Para demostrar esta vinculación, los solicitantes deben relacionar las intervenciones de los sistemas sanitarios propuestos con las finalidades específicas de la enfermedad y sus indicadores de impacto. Para demostrar el aporte de las intervenciones del fortalecimiento de los sistemas sanitarios propuestos en la lucha contra las enfermedades incluya por lo menos tres indicadores pertinentes de las enfermedades con datos de referencia básicos y metas anuales durante la vida del programa. [Esta información puede incluirse como anexo tomando como base el formato de la tabla 4.4.b] Explique claramente por qué las actividades propuestas para el fortalecimiento de los sistemas sanitarios son necesarias para mejorar la cobertura en la lucha contra las tres enfermedades. *[Al completar esta sección, los solicitantes deberán consultar las Directrices para la presentación de Propuestas, sección III.B y F]*

La lucha contra el SIDA y la Tuberculosis en el país ha supuesto nuevos elementos en los últimos dos años:

- La participación multisectorial más activa en los diferentes ámbitos de la salud pública.
- El desarrollo de nuevas líneas estratégicas de gran envergadura como el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, que a su vez supone una mayor complejización para el sistema de soporte, diagnóstico, vigilancia epidemiológica y de información operacional.
- El fortalecimiento de otras líneas que venían ejecutándose como las intervenciones en poblaciones vulnerables, el tratamiento DOT plus, y las intervenciones en poblaciones generales
- La descentralización política que obliga a conceder una mayor autonomía logística y administrativa a las regiones de salud de todo el país.

Frente a tales contextos, el fortalecimiento de las diferentes áreas, cuyos ámbitos de acción así lo requieren, resultará un hecho previsible:

- Fortalecer a las regiones de salud permitirá mejorar la respuesta descentralizada al avance de las epidemias, más aún en el acelerado proceso de desconcentración política que vive el país
- Fortalecer a las nuevas direcciones responsables de las políticas de prevención, promoción y protección de la salud, como de sus equivalentes en otros Ministerios como el de Educación, permitirá una horizontalización de las acciones y una participación más activa de más actores en torno a las acciones de control.
- Fortalecer a la CONAMUSA, garantizará todos los esfuerzos ganados por la sociedad civil para intervenir y vigilar no sólo las actividades inherentes al VIH/SIDA, sino a todas las políticas de salud que se generen desde las instituciones estatales.

3.10.1.4 Describa cuáles son los grupos objetivo y su inclusión durante la planificación, ejecución y evaluación de la propuesta. Describa el impacto que tendrá el proyecto en estos grupos.

Los grupos objetivos primarios están constituidos por:

- Profesionales y trabajadores de las regiones de salud que integran los equipos de las Estrategias Sanitarias tanto para el control del VIH/SIDA como de la Tuberculosis que mejorarán sus capacidades de gestión, gerencia, análisis de procesos y liderazgo en los niveles conductores de las regiones de salud, y, en el caso de los niveles ejecutores, como los establecimientos de salud de todos los niveles –hospitales, centros y puestos de salud–.
- Profesionales y trabajadores de las diferentes direcciones que, por su naturaleza, serán fortalecidas en este componente
- Líderes e Integrantes de las diferentes organizaciones de la sociedad civil.

3.10.1.5 Indique las estimaciones de cuántas de estas personas beneficiadas son mujeres, cuántas son jóvenes y cuántas habitan en áreas rurales. Estas estimaciones deberán estar basadas en una valoración seria de cada objetivo.

Tabla 4.4.1.5 Objetivos

	Porcentaje estimado de personas que serán beneficiadas:		
	Mujeres	Jóvenes	Habitantes de áreas rurales

3.10.1.6 Describa en forma clara y detallada las actividades que se ejecutarán dentro de cada área de prestación de servicios para cada objetivo, de manera que los revisores comprendan claramente qué actividades se proponen, cómo se pondrán en ejecución y quiénes serán los encargados de hacerlo.

**OBJETIVO 1:** Fortalecer la gestión en las Regiones priorizadas para una respuesta organizada en la prevención y control de VIH/SIDA y TBC en el marco de la descentralización

1. Actividad: Programa de fortalecimiento de la capacidad de gestión y gerencia de los niveles regionales y locales

Indicador : 1.1 Número de responsables de las estrategias de SIDA (Nº 34) y Tuberculosis (Nº 34) que anualmente fortalecen su capacidad de gestión y gerencia en las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAs) a nivel nacional

Indicador : 1.2 Número de equipos multidisciplinarios de las estrategias de SIDA (Nº 84) y Tuberculosis (Nº 84) que anualmente fortalecen su capacidad de conducción de las diferentes líneas estratégicas en las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAs) y redes priorizadas.

Soporte Técnico para el nivel central que significa contar con unidades técnicas de enlace con los servicios de atención para el manejo clínico de TB MDR y Tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA).

La unidad Técnica de TB MDR es una unidad de trabajo operativo del nivel central, pionera a nivel mundial, encargado del monitoreo y seguimiento de las actividades clínicas para el control de la multidrogoresistencia, almacena los expedientes de los

pacientes que entran a drogas de segunda línea, procesa la información de TB MDR, es la sede de la red de expertos neumólogos, realiza las reuniones para evaluación de retratamientos y expide las actas de ingreso a los esquemas de segunda línea. En el Caso del TARGA se piensa crear una unidad similar, la cual permitiría organizar y monitorear en forma permanente el cambio de esquemas de tratamiento y la evolución de los pacientes en esquemas de rescate. Una Unidad Técnica consta de un responsable (Infectólogo o neumólogo), de una enfermera de un asistente administrativo, de un equipo informático básico (tres o cuatro computadoras, escáner, impresora laser), de material de oficina (escritorios, archivadores, muebles de oficina., papelería), fotocopiadora, data show, proyector de transparencias, negatoscopio, pizarra electrónica, libros de actas y de registro.

Apoyo técnico a los niveles regionales y locales, que permitirá contar con personal técnico capacitado en el nivel nacional para brindar asesoría técnica a las Direcciones de Salud en todas las áreas prioritarias tanto en el control del VIH como de la Tuberculosis (8 en VIH: Prevención y participación social, transmisión vertical, atención integral; 8 en TB: Prevención y promoción de la salud, atención integral, TB multidrogoresistente, Atención de la TB en áreas de elevado riesgo de transmisión - AERTs) que garantizará la transferencia de capacidades hacia los niveles regionales, fortaleciendo la des centralización en el control de tales epidemias.

Evaluación de los procesos y actividades que facilitará el desarrollo de 4 eventos nacionales por año, siendo dos por cada Estrategia Nacional (que incluirá dos evaluaciones nacionales por cada ESN reuniendo a los responsables y sus equipos de trabajo de las Direcciones Regionales de Salud del país, para análisis de la información y toma de decisiones, así como la de intercambiar experiencias y mejorar las capacidades de gestión). Asistencia técnica en campo que implicará visitas de monitoreo y evaluación a las Direcciones Regionales de Salud del país y establecimientos de referencia regional para intercambiar experiencias y mejorar las capacidades de gestión de las Estrategias Sanitarias Nacionales de Prevención y Control de VIH-SIDA y TB (17 para VIH y 17 para TB). Cada una de las Estrategias conformarán equipos de tres evaluadores (dos profesionales de la salud y un representante de las organizaciones de personas afectadas acreditadas ante el mecanismo coordinador país), con un máximo de 4 días por visita.

## 2. Actividad: Fortalecimiento de la capacidad para el manejo del TARGA y la TB MDR

Indicador : 1.3 Número de médicos especialistas capacitados en interpretación de pruebas de genotipificación para VIH y sensibilidad para TB, que conforman dos comités acreditados por el Ministerio de Salud para evaluar a las PVVS y TB que lo requieran de acuerdo a norma técnica

Comunicación oportuna para la atención rápida de complicaciones y reacciones adversas a medicamentos en TB y VIH que permitirá contar con un sistema de telefonía móvil costo efectiva que enlace a los proveedores especializados de los diferentes niveles de atención las 24 horas del día, que permita mejorar la oportunidad de la atención de pacientes en situación crítica con VIH y TB, con 140 puntos conectados a nivel nacional, garantizando su funcionamiento durante el periodo de aplicación de la propuesta.

Evaluar la resistencia a los antirretrovirales de las personas viviendo con VIH SIDA que presentan criterios de fracaso al TARGA mediante pruebas de genotipificación y la sensibilidad a medicamentos antituberculosos en pacientes TB que fracasan a la terapia. que permitirá fortalecer el sistema de monitoreo de la resistencia a los antirretrovirales y la sensibilidad a medicamentos antituberculosos realizando pruebas especializadas de acuerdo a normas técnicas en el ámbito nacional conformando una red.

Esto significará apoyo técnico especializado para el INS y la capacitación de 30 médicos especialistas (15 para VIH y 15 para TB) y 20 personal de laboratorio (TB) en la interpretación de estas pruebas. Al final del proyecto se espera que el 80% de PVVS con criterios de fracaso al TARGA según norma técnica han sido adecuadamente evaluadas con pruebas de genotipificación realizadas e interpretadas, contándose con más de 250 profesionales con capacidades adquiridas para efectuar tales evaluaciones.

### 3.Actividad: Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Indicador: 1.4 N° de responsables que fortalecen sus capacidades en vigilancia, evaluación estadística y gestión de datos en VIH y TB.

Indicador: 1.5 N° de equipos regionales y de hospitales que fortalecen sus capacidades en Vigilancia epidemiológica en VIH y TB a nivel nacional.

Capacitación y entrenamiento del personal de salud a cargo de la Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA y TBC de las Oficinas de Regionales de Salud. cubriendo las necesidades de información y seguimiento requieren de personal capacitado y entrenado no sólo de un sistema de registro y almacenamiento de datos sino con capacidad de un análisis epidemiológico adecuado que permita realizar las interpretaciones y proyecciones necesarias para la planificación y evaluación de las actividades de prevención y control. (09 talleres macroregionales, con 7 participantes por equipo regional y hospitales). Al final del proyecto 364 profesionales contarán con las habilidades necesarias.

Análisis de la información y difusión de información para los diferentes usuarios del sistema de información de VIH SIDA y TB. Los cambios en los procesos deben ser paulatinos, de esta manera se asegura la transferencia de las capacidades, es necesario que inicialmente se fortalezca con personal adicional y simultáneamente el personal con que cuentan las Regiones de salud vayan haciendo suyos los procesos existentes, lo que permitirá la presencia de 10 expertos en el área apoyando las acciones el proceso de información en todo el país.

### 4.Actividad: Fortalecer la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública para el diagnóstico del VIH/SIDA y la Tuberculosis

Indicador: 1.6 Número de laboratorios de la Red Nacional fortalecidos que brindan asesoramiento técnico regional y pruebas diagnósticas y de monitoreo para ITS/VIH y TB.

Indicador 1.7 Número de establecimientos penales que son fortalecidos con recursos humanos capacitados en procedimientos y pruebas básicas de laboratorio para la atención de personas privadas de libertad con ITS/VIH y/o TB.

Indicador : 1.8 Número de establecimientos penales que cuentan con módulos básicos de laboratorio

Descentralizar la prueba de CD4 a las macroregiones del centro y sur oriente del país

Se implementara 2 nuevos laboratorios referenciales ubicados en Lima para atender la demanda de pruebas de CD4 de 12 regiones ubicadas en el centro y sur oriente del país . El laboratorio referencial de Lima Este realizara CD4 para 243 PVVHI procedentes de Junin, Pasco, Huanuco Madre de Dios, Ucayali y del Hospital Unanue de Lima. Que corresponde a un total de 2,430 pruebas al final del quinto año. Además el laboratorio referencial de Lima Sur realizara CD4 para 474 PVVIH procedentes de Ica Huancavelica, Ayacucho, Apurímac, Cañete, Hospital Maria Auxiliadora de Lima y los pacientes de la jurisdicción que actualmente son asumidos bajo el proyecto financiado por la ONG Medicos sin fronteras, todo esto corresponde a un total de 4,740 pruebas al final del quinto año. Esto corresponde a un 25% adicional de atención descentralizada de la que ya existe. Esto significara el equipamiento respectivo para cada locación y el abastecimiento de insumos de laboratorio.

Descentralizar la prueba carga viral aplicando metodología menos compleja y de menor costo en cuatro laboratorios macroregionales, impulsando la implementación de dos

nuevos laboratorios referenciales ubicados en Lima para atender la demanda de pruebas CD4 de 12 regiones ubicadas en el centro y sur oriente del país: El Laboratorio referencial de Lima Este realizará CD4 para 243 PVVIH procedentes de Junín, Pasco, Huánuco, Madre de Dios, Ucayali y del Hospital Hipólito Unanue de Lima, que corresponde a un total de 2,430 pruebas al final del quinto año. Además el Laboratorio referencial de Lima Sur realizara CD4 para 474 PVVIH procedentes de Ica, Huancavelica, Ayacucho, Apurímac, Cañete, hospital Maria Auxiliadora de Lima y los pacientes de la jurisdicción que actualmente son asumidos bajo el proyecto financiado por la ONG Médicos Sin Fronteras, todo esto corresponde a un total de 4,740 pruebas al final del quinto año. Esto corresponde a un 25% adicional de atención descentralizada de la que ya existe. Esto significara el equipamiento respectivo para cada locación.

Fortalecer las capacidades de diagnóstico de ITS que permitirá implementar el diagnóstico para Clamidia y Gonorrea a través de PCR a nivel del INS y Ofrecer el servicio a nivel Regional, a través del fortalecimiento de tres laboratorios regionales, uno por cada año de aplicación de la propuesta.

Incorporar al sistema de control de calidad a los laboratorios de los Centros de Excelencia en ITS/ VIH existentes articulados con la Red Nacional de Laboratorios en Salud Pública, a través de la implementación de un sistema de control de calidad en los 16 laboratorios de los Centros de Excelencia en ITS VIH pertenecientes a las 10 regiones de mayor prevalencia para garantizar la confiabilidad de los procedimientos diagnósticos mediante evaluación de paneles de sueros y cepas y un programa de capacitación.

El esfuerzo significará la potenciación de 4 laboratorios por año. Incorporación al sistema de control de calidad a 6 laboratorios referenciales regionales que realizan pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea a través de la Red Nacional de Laboratorios en Salud Pública. al implementar un sistema de control de calidad en los 6 laboratorios de referencia regional que realizan pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea para garantizar la confiabilidad de los procedimientos diagnósticos. Esto incluye capacitación y apoyo técnico especializado para cada laboratorio y para el INS.

Ampliar la cobertura de diagnóstico de TBMDR a través de nueva metodología (pruebas rápidas) para identificar resistencia articulado a la Red Nacional de laboratorios en salud Pública que significará brindar acceso a una nueva metodología de laboratorio para identificación de multidrogoresistencia (prueba rápida), de menor costo y complejidad, a través de la Red Nacional de Laboratorios en Salud Pública. Se incluyen los laboratorios de las 14 zonas del país con mayor incidencia de TB-MDR. Esto implica capacitación, equipamiento básico y abastecimiento de insumos.

Fortalecer el control de calidad de los cultivos de TB en los 24 laboratorios referenciales regionales del país. mejorando el sistema de control de calidad de cultivos en los 24 laboratorios de referencia regional del país, lo que permitirá garantizar la confiabilidad del diagnóstico de los casos de TB-MDR. Esto incluye actividades de control de calidad del INS dos veces al año para cada laboratorio de referencia regional, capacitación del personal de laboratorio del nivel regional y equipamiento básico.

Incorporar a los laboratorios de los servicios de salud de 23 establecimientos penales a la Red Nacional de Laboratorios en Salud Pública para diagnóstico de VIH y TB ampliando la cobertura de acceso a las pruebas de laboratorio para el diagnóstico de ITS/VIH y TB, y pruebas de monitoreo del TARGA a la población privada de libertad de 23 establecimientos penales del país, a través de la Red Nacional de Laboratorios en Salud Pública. Esto significa abastecimiento en insumos, equipamiento de laboratorio y capacitación.

Implementar nivel adecuado de bioseguridad para los laboratorios regionales y laboratorios de hospitales en donde se ha descentralizado la realización de cultivos de Mycobacterium tuberculosis, permitiendo un nivel adecuado de bioseguridad para los laboratorios regionales y laboratorios de hospitales en donde se ha descentralizado la realización de cultivos de Mycobacterium tuberculosis, de acuerdo a la norma de

bioseguridad del INS. Esto significa financiar un programa de certificación y evaluación de cabinas de bioseguridad con la capacitación de expertos certificadores y visitas de supervisión a cada laboratorio una vez al año.

#### 5. Actividad: Fortalecimiento del control de la transmisión sanguínea del VIH

Indicador : 1.9 N° de bolsas transfundidas, analizadas para detectar VIH utilizando la norma nacional

Indicador : 1.10 N° de Regiones con servicios fortalecidos de transfusión de Sangre y reclutamiento de donantes.

Creación de un centro de Hemodador de ámbito nacional , que tendrá un ámbito de acción en todo el territorio y que comprenderá la edificación no solo de un laboratorio específico, incluyendo los estudios de factibilidad, construcción y equipamiento cuya construcción se iniciará el primer año.

Campañas por medios de comunicación masiva para estimular la donación voluntaria

Cada campaña comprenderá el desarrollo de cuñas radiales y televisivas en los medios de comunicación en cada localidad. Se espera fortalecer la donación voluntaria en por lo menos 18 ciudades del país con la mayor demanda de bolsas de sangres.

#### 6. Actividad: Fortalecimiento del Sistema de Información Operacional para la gestión y gerencia en el Control de VIH y TB

Indicador : 1.11 N° de puntos de prestación de Servicios que presentan puntualmente informes estadísticos completos en VIH y TB

Equipamiento del sistema Informático en las 34 Direcciones Regionales de Salud para la Vigilancia Epidemiológica, Monitoreo y Evaluación de la epidemia del VIH, SIDA y Tuberculosis como parte del Sistema de Información Integrado. garantizando el crecimiento y desarrollo del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH y TB, requiere del soporte informático necesario para garantizar el flujo oportuno y veraz de la información para la toma de decisiones. Para tal efecto se logrará la adquisición de 52 equipos informáticos (34 Oficinas de Epidemiología de las Direcciones Regionales de Salud, 15 Hospitales Centinela y 3 en la Oficina General de Epidemiología).

Registro y codificación adecuados en el sistema nacional de enfermedades y actividades operativas realizadas por VIH-SIDA y TBC. para fortalecer la toma de decisiones en el control del VIH y la TB se necesita contar en el nivel operativo con personal capacitado en el adecuado registro de la información acorde con el sistema nacional de información en salud (HIS: Health information system). Por tal motivo cada Región de Salud (34 Regiones) capacitarán en dos talleres anuales al personal del nivel local. Cada taller contará con la participación de 50 personas (Las regiones de Lima y Callao incluirán 80 personas por taller), hasta lograr un total de 3,400 personas con nuevas habilidades en este rubro.

Evaluación y monitoreo del registro de enfermedades y actividades operativas realizadas por VIH-SIDA y TBC en el sistema nacional de información en salud (HIS: Health information system). La evaluación y monitoreo es una herramienta que asegura la consistencia y la oportunidad de la información, esta se desarrollará a través de visitas semestrales a cada región. Las visitas estarán a cargo de un profesional de la oficina de estadística e informática del MINSa. Al final del proyecto se habrán efectuado 290 visitas.

Análisis de la información y difusión de información para los diferentes usuarios del sistema de información de VIH SIDA y TBC. Los cambios en los procesos deben ser paulatinos, de esta manera se asegura la transferencia de las capacidades, es

necesario que inicialmente se fortalezca con personal adicional y simultáneamente el personal con que cuentan las Regiones de salud vayan haciendo suyos los procesos existentes, lo que permitirá la presencia de 10 expertos en el área apoyando las acciones el proceso de información en todo el país.

**OBJETIVO 2:** Fortalecer en los niveles nacional y regional el sistema multisectorial de protección y promoción de los derechos en salud, con la participación activa de la población incluyendo a las PVVS y afectados con TB

**1.Actividad:** Fortalecimiento de las Defensorías de la Salud a nivel regional

Permitirá la descentralización de las acciones de protección de los derechos de salud con la creación de 10 Creación y equipamiento de las Oficinas Regionales de Defensoría de la Salud con la participación de las PVVS y/o afectados con TB, así como el entrenamiento de los equipos de trabajo en cada oficina instalada.

Indicador 2.1 N° de personas afectadas, con solicitudes relacionadas a las ESN TB y VIH resueltas canalizadas por la defensoría. Metas: Creación de 10 Defensorías regionales, 10 profesionales en Derecho, 20 promotores, 10 módulos de cómputo y 10 módulos de capacitación

**2.Actividad:** Implementación del sistema de vigilancia ciudadana en salud a nivel nacional y regional

Con la conformación de los 10 Comités de Vigilancia, desarrollo de reuniones de trabajo para la conformación de los Comités de Vigilancia, la articulación de acciones entre los Comités de Vigilancia con las Oficinas Nacional y Regionales de Defensoría de la Salud y el diseño e implementación de 14 planes de acción de los Comités de Vigilancia Nacional y Regionales.

Indicador 2.2 N° de organizaciones que participan en la coordinación de alianzas para vigilancia ciudadana de TB y VIH

Metas: 10 comités de vigilancia ciudadana, 14 reuniones de trabajo, 14 reuniones de trabajo y 14 planes de acción

**4.Actividad:** Fortalecimiento del Sistema de Orientación y Consejería "INFOSALUD" a nivel nacional y regional

Con el reforzamiento de la plataforma nacional de Infosalud a nivel nacional e implementación de los sistemas Infosalud regionales para la orientación y consejería en VIH, Sida y/o TB, alcanzando hasta 87,680 atenciones durante el período de aplicación del proyecto, así como el incremento de orientadores al contar con un pool de personas para garantizar la atención permanente por 24 horas al día en el nivel nacional y regional (según regiones priorizadas), hasta un total de 15 personas a nivel nacional y 8 a nivel regional y, por último, la implementación de 23 módulos para dar soporte a la atención permanente al nivel nacional y regional (2 por región). Cada módulo constará de teléfono, hands free y equipo básico de cómputo con los complementos respectivos).

Indicador 2.3 N° de usuarios que acceden a puntos de prestación de servicios que brindan orientación y consejería en VIH y/o TB

Metas: 87680 atenciones, 15 personas atendiendo a nivel nacional y 8 a nivel regional, 23 módulos de atención

**4.Actividad:** Desarrollo de un programa multisectorial de promoción de los derechos ciudadanos en salud

A través de la elaboración e implementación de un Plan Nacional y 13 Planes Regionales Multisectoriales de promoción de los derechos ciudadanos en salud, y del fortalecimiento de las competencias de diversos actores en derechos humanos en el marco de la multisectorialidad, que incluirá 25 reuniones de información y sensibilización, 5 eventos nacionales y 5 macroregionales.

Indicador 2.4 N° de planes para la toma de decisiones sobre políticas en el tema de

Derechos Humanos , a favor de la causa de la TB y VIH

Metas: 1 plan nacional y 13 planes regionales, 25 reuniones de información y sensibilización, 5 eventos nacionales y 20 eventos macro regionales.

**OBJETIVO 3:** Implementar el sistema multisectorial e intersectorial a nivel Nacional y Regional en el marco de una respuesta nacional para la lucha contra el VIH/SIDA y la TB

1.Actividad: Incorporación del sector privado financiero y productivo al ámbito de la CONAMUSA

Indicador: 3.1 Numero de organizaciones del sector privado (empresas) que contribuyen al financiamiento de las actividades (vigilancia, prevención de las enfermedades, entre otras) de la CONAMUSA y las COREMUSAS

Involucra:

Contrato de 2 consultores y/o facilitadores para el desarrollo de las actividades.

Convocatoria a 20 asociaciones o confederaciones del sector privado

Realización de 20 entrevistas con líderes de los sectores asociados (Confederaciones y Asociaciones de sectores económicos y/o productivos)

20 Reuniones de trabajo con los miembros asociados de las Confederaciones y Asociaciones

10 Compromisos asumidos por entidades, asociaciones y confederaciones

5 Actividades financiadas por año, por las instituciones comprometidas

10 actividades de Monitoreo de los compromisos asumidos por la CONAMUSA

Abogacía a través de los medios de comunicación

2.Actividad: Fortalecimiento de la CONAMUSA Y COREMUSAS

Indicador: 3.2 Número de organizaciones (de sector privado, público y de personas afectadas) que se incorporan a la Redes y asociaciones que integran la CONAMUSA y COREMUSAS

Contrato de 2 facilitadores y/o veedores para el desarrollo de las actividades en el ámbito de la CONAMUSA

Convocatoria a 2 reuniones por cada uno de los sectores conformantes de la CONAMUSA, con un total 14 actividades –que incluirá las comunicaciones, soporte logístico y presupuestal.

Desarrollo de bases legales, técnicas y administrativas que faciliten la organización y el funcionamiento de las COREMUSAS en el marco de la descentralización –incluirá contrato de 01 facilitador– y dos reuniones nacionales fuera del ámbito de Lima y Callao–

Indicador: N° actividades de gestión y gerencia ejecutadas por la CONAMUSA (no incluido en la Tabla 4.4b)

Contrato del equipo de soporte administrativo, logístico y de coordinación constituido por un Coordinador General –que administrará el conjunto de actividades de soporte y coordinación de la CONAMUSA, perfil: Profesional de las ciencias sociales o de salud con experiencia en manejo de proyectos; dos asistentes para las coordinaciones técnicas en VIH/SIDA y en TB, perfil: profesionales de la salud con experiencia en las dos áreas señaladas; una secretaria ejecutiva a tiempo completo, bilingüe.

Indicador: N° de COREMUSAS evaluadas y que reciben soporte técnico y orientación institucional (no incluido en la Tabla 4.4b)

Costos comprenderán viáticos y pasajes de equipos evaluadores (dos personas del equipo de gestión y dos representantes de la CONAMUSA), que desarrollarán dos visitas de tres días por cada COREMUSA instalada).

Indicador: N° de personas que pertenecen a los sectores representados en la CONAMUSA, informadas y sensibilizadas sobre los objetivos del trabajo multisectorial. (no incluido en la Tabla 4.4b)

Diseño de módulo de trabajo, que incluirá contrato de consultor  
Diseño y elaboración de materiales de difusión, que incluirán 10,000 trípticos y 2,000 afiches

Indicador: N° actividades desarrolladas por la CONAMUSA y los diferentes sectores que la constituyen acorde al Plan Estratégico elaborado (no incluido en la Tabla 4.4b)

Contrato de consultor para la elaboración de la propuesta del Plan Operativo Reuniones de trabajo, de cuatro días, para 40 participantes, para elaborar el Plan Operativo en su versión definitiva y establecer las responsabilidades de las diferentes instituciones y sectores –que incluye todo el soporte logístico y presupuestal. Impresión, difusión y distribución del Plan Operativo– hasta 10,000 ejemplares–.

Indicador: N° evaluaciones operativas sobre las acciones ejecutadas por la CONAMUSA y los diferentes sectores e instituciones que la conforman, acorde al Plan Operativo. (no incluido en la Tabla 4.4b)

Cuatro reuniones anuales (el 1° año) y dos reuniones anuales (2° año) con tres días de duración, que incluirá todo el soporte logístico y presupuestal, además de un contrato para consultor que desarrollará la propuesta para la evaluación operativa y facilitará todas las actividades.

Indicador 3.3 Numero de miembros de la CONAMUSA y COREMUSA que participan activamente en la planificación, ejecución y vigilancia de las actividades de lucha contra el VIH y TB

Contempla la conformación de equipo de trabajo para la CONAMUSA con contrato anual a cinco profesionales.

Reuniones de trabajo para la articulación Multisectorial

Visitas por la comisión de vigilancia de la CONAMUSA a las COREMUSAS instaladas. Plan de comunicaciones Nacional y regional

4. Actividad: Descentralización del Mecanismo de Coordinación País a las regiones con mayor prevalencia de VIH y TB

Indicador 3.4 Numero de COREMUSAS funcionando en regiones, con Planes aprobados y que se implementan, con participación de la sociedad civil, personas afectadas y sector público

Elaboración y aprobación de Planes por cada COREMUSA –5 actividades por cada COREMUSA a potenciar, hasta un total de 45, que incluirán todo el soporte presupuestal y logístico, y el contrato de un facilitador por COREMUSA–

Indicador 3.5 Numero de integrantes de las COREMUSAS capacitadas en gestión vigilancia y abogacía

Un taller nacional anual de tres días de duración acorde a la cantidad establecida en la meta por cada año –se cubrirán todos los costos de soporte presupuestal y logístico–

4. Actividad: Participación activa de los diferentes sectores de la nación en las actividades de control del VIH y TB

Indicador 3.6 Numero de compromisos multisectoriales formulados e implementados en relación a TB y VIH en la CONAMUSA y las COREMUSAS

Actividades de monitoreo, coordinación y enlace –costos cubrirán contrato y movilización mensuales por dos años, de monitores, dos por la CONAMUSA y uno por cada COREMUSA–

5. Actividad: Contar con mecanismos de vigilancia social sobre todas las actividades inherentes al manejo de las epidemias del VIH y TB en el país

Indicador 3.7 Numero de Tribunales Sociales conformados (Nacional y Regionales)

Contrato de consultor para elaborar una propuesta para el diseño y conformación de los

### Tribunales Sociales

Reuniones para la presentación y aprobación de la propuesta –4 reuniones de carácter nacional, con participación del pleno de la CONAMUSA y una asamblea con presencia de los presidentes de las COREMUSAS instaladas para la aprobación final de la propuesta. Instalación de los Tribunales Sociales en la CONAMUSA y en cada una de las COREMUSAS funcionantes –incluirla reuniones para la convocatoria a los potenciales miembros del Tribunal Social, tanto en la CONAMUSA como en cada una de las COREMUSAS instaladas, con un promedio de 3 reuniones en cada uno–, así como difusión del Tribunal y de sus competencias –que cubrirán gastos de difusión y participación por diferentes medios de comunicación social que incluirá avisos informativos y participación en programas de impacto social; se espera, por lo menos 5 espacios como mínimo en el nivel de CONAMUSA y tres por cada COREMUSA instalada.

6. Actividad: Sensibilización a los tomadores de las decisiones económicas en el país en relación a la problemática del VIH/SIDA y la TB. Indicador 3.8 Numero de asignadores de recursos sensibilizados e informados sobre las metas a alcanzar en la lucha por las epidemias. Contrato de un coordinador de enlace que diseñe un Plan de Trabajo, coordine las actividades y efectúe el acompañamiento de las reuniones. 04 reuniones como mínimo con cada uno de los sectores objetivos de la propuesta, con un total aproximado de 16 reuniones anuales –los costos incluirán la movilización del grupo coordinador o de enlace–.

3.10.1.7 Describa si se trata de intervenciones nuevas o existentes que se ampliarán, y cómo se relacionan con los programas existentes.

Ciertamente, las actividades están destinadas al fortalecimiento de las capacidades tanto de las regiones de salud como de diversas áreas y direcciones dentro y fuera del Ministerio de Salud, así como la mejor participación multisectorial, todas destinadas a dar soporte a diversas estrategias e intervenciones que venían desarrollándose en el país, como también las que se proponen en los otros componentes del actual proyecto.

3.10.2 Describa cómo se sostendrán las actividades que se inician y/o amplían en la presente propuesta una vez finalizado el período de subvención del Fondo Mundial.

Al igual que en las actividades impulsadas desde hace dos años por el Fondo Mundial cuando se accedió a la primera financiación, tanto el Estado Peruano, como la cooperación bilateral y multilateral, más los esfuerzos de otros sectores de la sociedad civil han aportado a una contrapartida que ha respetado los acuerdos decididos en aquel entonces y que se garantizan en esta propuesta con la existencia de diferentes planes operativos aceptados para su desarrollo en el año 2006, como también el compromiso político asumido por nuestras autoridades para fortalecer las diferentes actividades incluidas en la propuesta

3.10.3 Describa las desigualdades de género respecto de la gestión y acceso del programa a los servicios por prestar y cómo esta propuesta contribuirá a minimizar estas desigualdades de género [2 párrafos].

La falta de autonomía de las mujeres para tomar sus propias decisiones, se constituye en el facilitador más activo de la propagación de la enfermedad. Las pautas culturales que niegan valor y derechos a las mujeres, subsisten con prácticas deshumanizantes como la violencia doméstica, abuso físico y sexual, así como leyes que les impide asumir sus propias decisiones reproductivas. Las costumbres, las creencias, los medios de comunicación y de marketing e incluso los chistes, muestran las actitudes sociales que niegan dignidad, generan discriminación hacia las mujeres, y poblaciones vulnerables haciéndolos más susceptibles a ser infectados por el virus.

Dentro del proyecto, los mensajes a ser transmitidos por los materiales de información como también en las consejerías brindadas por los profesionales de la salud y promotores a ser capacitados, contemplan la perspectiva de igualdad de género. El

empoderar a mujeres y varones en formas autónomas de autocuidados y respetar la independencia de los otros –*sean adolescentes, jóvenes, poblaciones vulnerables, personas viviendo con VIH*– tiene como premisa el cuestionamiento de los roles y estereotipos tradicionalmente asignados a mujeres y varones, limitando muchas veces que las personas desarrollen comportamientos saludables

3.10.4 Describa cómo contribuirá esta propuesta a reducir el estigma y la discriminación que sufren las personas que viven con VIH/SIDA, tuberculosis y/o malaria y otros tipos de estigma y discriminación, que facilita la propagación de estas enfermedades. *[1 ó 2 párrafos]*

Obviamente es el componente más importante en tal aspecto, no solo por la activa participación de las áreas de promoción y prevención de diferentes instituciones, sino también por el esfuerzo de descentralización de oficinas de defensoría de la salud en todo el país, sumándose la creación de comités locales de carácter multisectorial en diversos puntos, que facilitarán la vigilancia de los derechos humanos en salud, como también la orientación y educación a los diferentes grupos poblacionales.

3.10.5 Describa cómo estarán garantizados los principios de equidad al seleccionar los pacientes que tendrán acceso a los servicios, especialmente si la propuesta incluye servicios que alcanzarán sólo a una parte de la población que los necesita (por ejemplo, los programas de terapia antirretroviral) *[1 ó 2 párrafos]*.

Los principios de equidad están garantizados por el significativo esfuerzo de descentralización para mejorar la calidad y el acceso a los servicios –que no sólo incluyen la atención de salud, sino también el soporte diagnóstico y la información adecuada– en los diferentes niveles en todo el ámbito nacional

## 6.6 Gestión programática y financiera

[En esta sección, El MCP debe describir los acuerdos de ejecución propuestos, e incluir la designación del Beneficiario Principal (o los Beneficiarios Principales). Para ampliar la información, consultar las Directrices para la Presentación de Propuestas, Sección V.B.3. Cuando el solicitante es una Organización Regional o no se presenta a través de un MCP, el término "Beneficiario Principal" significará organización ejecutora.]

6.6.1 Indique si la ejecución se gestionará a través de un único Beneficiario Principal o a través de varios	<input checked="" type="checkbox"/> Uno
	<input type="checkbox"/> Varios

[Cada componente de su propuesta puede tener uno o varios Beneficiarios Principales. A continuación, en la Tabla 4.5.1. deberá indicar el nombre del Beneficiario Principal o de los Beneficiarios Principales elegidos.]

Tabla 4.5.1- Responsabilidad de ejecución

Responsabilidad de ejecución			
Beneficiario Principal o Beneficiarios Principales (BP).	Área de responsabilidad	Nombre del contacto	Dirección, teléfono y número de fax Correo electrónico
CARE Perú	Coordinadora Nacional Proyecto Fondo Mundial	Virginia Baffigo de Pinillos	Gral. Santa Cruz # 659 Jesús María, 433 4753, email vbaffigo@care.org.pe

6.6.2 Describa el proceso a través del cual el MCP, el MCP Subnacional o el Mecanismo de Coordinación Regional designó a el o a los Beneficiarios Principales.

La Secretaría Ejecutiva de CONAMUSA en cumplimiento del mandato recibido de la Asamblea General reunida el 24 de mayo de 2005, acordó realizar un concurso por invitación para seleccionar al Receptor Principal. Luego de diseñar el perfil de las organizaciones a ser invitadas, extendió la convocatoria a las siguientes instituciones: CARE Perú, Médicos Sin Fronteras, Pathfinder, Prisma y Socios en Salud. Aceptaron la invitación CARE Perú, Pathfinder y Prisma. En reunión de Secretaría Ejecutiva llevada a cabo el 3 de junio de 2005, se evaluaron las tres propuestas técnico económicas decidiéndose por mayoría la elección de CARE Perú.

6.6.3 Describa las capacidades técnicas, de gestión y financieras pertinentes de cada Beneficiario Principal designado.

CARE Perú ofrece las siguientes capacidades:

- Capacidades Técnicas:** Cuenta con un staff en el que se incluyen tres médicos especialistas en VIH y TB y una psicóloga especializada en poblaciones vulnerables(

Niños en circunstancias especialmente difíciles)

Dra. Virginia Baffigo, Pediatra con maestría en gerencia social y directora del Instituto Especializado en Salud del Niño 1990-1997 (ExHospital del Niño)

Dra. Lourdes Kusunoki, Pediatra con maestría en gerencia social y directora del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS-MINSA) 2001

Dr. Adalberto Agüero, Neumólogo, especialista en Tuberculosis y director del Programa de Control de Tuberculosis de ESSALUD (Ex Instituto Peruano de Seguridad Social) 2003

Lic. Patricia Bracamonte, Psicóloga, especialista en Monitoreo y Evaluación de Proyectos de Desarrollo, ex -encargada del área de M&E de las Oficinas del Banco Mundial en Lima.

**2. Capacidades de Gestión:** CARE Perú dispone de Políticas Institucionales aprobadas por su matriz, CARE USA en los siguientes campos organizacionales:

2.1 Finanzas: Manual Financiero, Política de Viáticos, Política de Caja Chica

2.2 Logística: Política de Compras, Política de Vehículos

2.3 Recursos Humanos: Política de Gestión de Personal, Política de Gestión de Consultores

2.4 Auditoría: Política de Auditoría Financiera y Programática

**Todos los sistemas operativos de CARE Perú han sido evaluados en junio de 2003 de manera satisfactoria por la firma Price-Waterhouse Coopers, por encargo del FM. Mayor información a disposición en el Secretariado del Fondo Mundial.**

### **3. Capacidades Financieras**

CARE en el PERÚ tiene experiencia de más de 20 años en el manejo de fondos propios y de terceros. El presupuesto anual promedio de proyectos es del orden de los US\$ 21,500,000.

Para el manejo de fondos en Bancos del Exterior, CARE Perú, tiene una cuenta bancaria propia en US \$ en Nueva York en el CITIBANK, en donde podrá recibir los fondos del exterior para este proyecto, y adicionalmente cuenta con un grupo de cuentas bancarias nacionales tanto en moneda nacional como en moneda extranjera para transferir los montos deseados de acuerdo al flujo de fondos requeridos para la operatividad del proyecto en el tiempo. Esto nos da la seguridad de tener los fondos en un banco fuera del país, lo que minimiza el riesgo de pérdida de fondos por quiebra o intervención de la Superintendencia de Banca y Seguros.

El sistema de transferencia de fondos se realiza a través de Internet: Telecrédito y Citibank OnLine, tanto para el pago a proveedores como para atender los requerimientos de dinero de cada una de nuestras oficinas o Sub Receptores del proyecto.

El manejo de fondos a sub-donaciones, sub-contratos y fondos concursables es controlado a lo largo de todo el proyecto. Desde la selección de la organización beneficiaria hasta la rendición de cuentas correspondiente CARE aplica sus procedimientos y políticas, lo cual garantiza un control eficiente de estas entregas.

### **4. Capacidades en Monitoreo y Evaluación**

CARE Perú posee un Programa de su autoría denominado "Sistema de Gestión de Proyectos" SGP, a través del cual en el momento realiza los procedimientos de M&E a los Sub Receptores bajo modalidad *on line*. Los procesos de adecuación realizados para esta ampliación de uso por terceros han resultado satisfactorios.

Igualmente, a través de la Unidad de Tecnologías de Información, CARE Perú ha contribuido con el Sistema de Información del Programa TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) diseñando un aplicativo utilizando el Programa EPI Info mediante el que se recoge información periódicamente (cada semana) para uso del MINSA y del Fondo Mundial.

Todas estas capacidades han sido puestas a prueba en la gestión del proyecto "Fortalecimiento de la Prevención y Control del VIH y la tuberculosis en el Perú" por lo

que no anticipamos dificultad alguna en la gestión de un nuevo proyecto del Fondo Mundial para el Perú.  
 Indudablemente se requerirá a CARE Perú fortalecer el actual equipo de gestión de acuerdo a la envergadura del próximo proyecto.  
 Por otro lado, por tratarse de una propuesta descentralizada se requerirá fortalecer los mecanismos de M&E , desplegando actividades de gestión *in situ* y a distancia.

6.6.4 ¿El Beneficiario Principal (o los Beneficiarios Principales) administró una subvención del Fondo Mundial con anterioridad?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> No

6.6.5 En caso afirmativo, indique el costo total del proyecto y describa el desempeño del Beneficiario Principal que se designó para administrar las subvenciones anteriores del Fondo Mundial (1 ó 2 párrafos).

El Proyecto "Fortalecimiento de la Prevención y Control del VIH y la tuberculosis en el Perú" tiene un costo total de US\$ 55,839,602 . El presupuesto aprobado para la Primera fase es de US\$ 35,872,172 desagregado de la siguiente manera: TB: US\$20,153,818.00 y VIH: US\$15,718,354.00.  
 CARE Perú es el Receptor Principal de esta subvención y trabaja con 8 Sub Receptores que a su vez son consorcios que en total aglutinan a 24 organizaciones; habiendo llevado adelante un proceso de transferencia de capacidades, lo que ha determinado un rendimiento superior de cada una de ellas.  
 Durante los 18 meses a cargo del proyecto, CARE Perú ha cumplido con los estándares establecidos por el Fondo Mundial y su relación con CONAMUSA ha ido progresando favorablemente. De acuerdo al Reporte del desempeño de la Subvención, elaborado por el Gerente de Portafolio del Fondo Mundial; CARE ha cumplido satisfactoriamente con sus funciones de administración de fondos y supervisión del proyecto.

6.6.6 Describa otras experiencias pertinentes anteriores del Beneficiario Principal designado:

Consideramos importante la siguiente experiencia de CARE Perú:

5. *Selección transparente y competitiva de grupos comunitarios y entidades locales y regionales para ejecutar proyectos en salud y saneamiento, usando fondos concursables, modalidad muy similar a la realizada para la contratación y seguimiento de Sub Receptores:*
  - 1.1 Proyecto Fortalecimiento de Instituciones de Salud (FIS 1992-2000) financió 19 ONGs en Arequipa y Puno ( US\$ USD.350.000,00 a cada una),
  - 1.2 Proyecto Modelos Urbanos en Salud Ambiental (MUSA 2001-2004) financió 6 ONGs en Lima y en otras tres ciudades de sierra y selva del Perú (US\$ 300,000,00 en promedio a cada una).
6. *Diseño e implementación de Proyectos usando el Enfoque de derechos y el impulso a la descentralización en el Perú: Dos proyectos financiados por la Cooperación Británica son muy representativos del Enfoque de derechos :*
  - 2.1 *Mejorando la Salud de los Pobres,*
  - 2.2 *Derechos ciudadanos para el desarrollo sostenible,**1 proyecto da cuenta del trabajo en el segundo aspecto: Fortalecimiento a las instituciones regionales y locales para la descentralización y desarrollo (SOCIDES).*

6.6.7 Describa el abordaje de gestión propuesto y explique fundamentos que respaldan los acuerdos propuestos

La gestión del Programa tiene dos componentes, uno de orden estratégico y otro de

carácter técnico.

Los aspectos de orden estratégico tienen que ver con la función de proveer a la CONAMUSA de información precisa y oportuna sobre el desenvolvimiento del proyecto y sobre todas aquellas circunstancias previsibles o no que pudieran alterar su curso.

Los aspectos de orden técnico están referidos a la implementación de los documentos de gestión del proyecto (Planes Operativos, Plan de M&E , Plan de Compras etc. ) de acuerdo a los parámetros del Convenio Fondo Mundial-CARE Perú y de las políticas institucionales aprobadas por el donante.

Debido a que el convenio de donación se firma entre el Fondo Mundial y el Receptor Principal, se propone suscribir un Acuerdo de Gestión entre la CONAMUSA y el Receptor Principal en el que se establezcan las obligaciones y prerrogativas de ambas partes. El seguimiento a este acuerdo le corresponderá a la Secretaría Ejecutiva de CONAMUSA, quien a su vez periódicamente dará cuenta a la Asamblea General

6.6.8 Los sub-beneficiarios, ¿cumplirán alguna función en el programa?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí → ir a 4.5.9
	<input type="checkbox"/> No → ir a 4.6

6.6.9 ¿Cuántos sub-beneficiarios participarán, o se espera que participen en la ejecución?	<input type="checkbox"/> 1-5
	<input checked="" type="checkbox"/> 6-20
	<input type="checkbox"/> 21 – 50
	<input type="checkbox"/> más de 50

6.6.10 ¿Se ha determinado quiénes serán los sub-beneficiarios?	<input type="checkbox"/> Sí → vaya a 4.5.11 - 4.5.13
	<input checked="" type="checkbox"/> No → vaya a 4.5.14 & 4.5.15

6.6.11 Describa el proceso mediante el cual se seleccionaron los sub-beneficiarios y los criterios que se aplicaron en el proceso de selección (por ejemplo, licitación abierta, restringida, etc.); <i>(2 ó 3 párrafos)</i>
--

6.6.12 En el caso de los sub-beneficiarios que presentaron la solicitud al MCP pero no fueron seleccionados, indique el nombre y tipo de todas las organizaciones no seleccionadas, el monto presupuestado propuesto y las razones por las cuales no fueron seleccionados, en un anexo a la presente propuesta <i>[1 ó 2 párrafos]</i>
--

6.6.13 Describa las capacidades pertinentes técnicas, de gestión y financieras de los Sub-beneficiarios Principales
---

6.6.14 Indique por qué no se eligieron los sub-beneficiarios antes de presentar la propuesta.

La CONAMUSA ya tuvo una primera experiencia de selección de Sub Receptores a través de concurso luego de la firma del contrato de donación con el Receptor Principal, habiendo resultado muy positiva, sin embargo al no haber estado programado, dilató el inicio de actividades del proyecto y el logro de resultados. Por esta razón se plantea continuar con el mismo mecanismo de selección, pero programándolo en el primer semestre del proyecto

6.6.15 Describa el proceso que se empleará para seleccionar a los sub-beneficiarios si la propuesta es aprobada, e incluya los criterios que se aplicarán durante el proceso de selección [1 ó 2 párrafos]

El estilo de gestión de la CONAMUSA es de tipo participativo, inclusivo y democrático. Consecuentes con esta característica, la elección de los Sub Receptores se realizará mediante un proceso de Licitación Pública. Ella consistirá en una convocatoria pública dirigida a todas las instituciones del país que tengan experiencia en el tema a fin de seleccionar de manera competitiva a las mejores, aunque no sean parte necesariamente de CONAMUSA. Cabe la posibilidad que por decisión de Asamblea General, la CONAMUSA decida designar de manera directa a alguna (as) organización(es) de PVVS o personas afectadas por Tuberculosis cuando se trate de objetivos de fortalecimiento de dichas instituciones. En ese caso, constará en actas de Asamblea General la decisión adoptada.

## 6.7 Monitoreo y evaluación

6.7.1 Describa cómo la presente propuesta y su plan de Monitoreo y Evaluación se complementa con las iniciativas existentes o contribuye con ellas (incluidos los programas existentes del Fondo Mundial) para fortalecer los planes de monitoreo y evaluación y/o los sistemas de información sanitaria correspondientes.

Perú ya ha tenido una primera experiencia de trabajo con el Fondo Mundial y ha logrado armonizar los indicadores de M&E aplicados por el Fondo a todos sus proyectos, con los que se encuentran en el Sistema de Información del Ministerio de Salud. Con la primera donación se ha fortalecido este Sistema logrando obtener una mejora sustancial en la capacidad de reportar los avances del Programa TARGA, en la presente propuesta se plantea fortalecer la capacidad analítica de los datos colectados a fin de que la autoridad de salud y la CONAMUSA puedan tomar decisiones acertadas y oportunas. Precisamente, el componente de Fortalecimiento del Sistema de Salud, se propone generar mayores capacidades en todas las instancias vinculadas al Sistema de Información Sanitaria como son: Estrategias Sanitarias Nacionales de VIH SIDA y Tuberculosis, Epidemiología, Oficina de Estadística e Informática e Instituto Nacional de Salud. Se anexa al presente, el Plan de Monitoreo y Evaluación diseñado e implementado por CARE para el proyecto actual y que será adaptado para el presente proyecto, incorporando las lecciones aprendidas

## 6.8 Gestión de Suministros y Contrataciones

6.8.1 Describa en forma breve el organigrama de la unidad que actualmente tiene a su cargo la gestión de suministros y contrataciones de medicamentos y productos sanitarios. Indique además, cómo coordina sus actividades con las de otros organismos como por ejemplo, el Organismo Nacional de Regulación de Medicamentos (o el departamento de aseguramiento de la calidad), el Ministerio de Hacienda, el Ministerio de Salud, distribuidores, etc.

La compra de medicamentos ARV para el primer año del proyecto en curso se hizo a través de la ONG holandesa IDA (previamente se exploró también la posibilidad de trabajar con UNICEF, pero previa evaluación de ambas instituciones las mayores ventajas para el proyecto las tenía IDA). Se trabaja con un requerimiento anual de los medicamentos preparado por el Ministerio de Salud. Todos los medicamentos ARV que llegan al país deben estar aprobados por la lista de precalificación de la OMS, Para el caso de los medicamentos de TB, el requerimiento lo hace el Ministerio de Salud y se compran los medicamentos aprobados por el Comité Luz Verde.

Para ambos casos, se cumple con el control de calidad en el país de origen y en Perú (para este último caso se hace a través del ente regulador del gobierno – DIGEMID – o con un laboratorio privado perteneciente a la red de laboratorios autorizados por el Ministerio de Salud.

La distribución de los medicamentos a nivel nacional se hace según el requerimiento del Ministerio de Salud, estos se entregan a los almacenes de las Direcciones de Salud u Hospital, con toda la documentación requerida (acta de recepción, protocolos, registro sanitario, etc.). De los almacenes las medicinas pasan a las farmacias de los hospitales quienes remiten la información al Ministerio de Salud sobre consumos, stocks.

La compra de otros productos como los insumos de laboratorio se hacen mediante licitaciones públicas o concursos por invitación, según sea el caso. La documentación técnica del requerimiento es preparado por el área responsable del Ministerio de Salud. Una vez adquiridos, ya sea por importación o compra local, se distribuyen a los almacenes correspondientes.

Se anexa al presente el Plan de compras diseñado e implementado por CARE para el proyecto actual

6.8.2 Capacidad de contratación
<p>c) La gestión de suministros y contrataciones de medicamentos y productos sanitarios será llevada a cabo (o será gestionada mediante un subcontrato) exclusivamente por el Beneficiario Principal o los sub-beneficiarios también podrán realizar esta gestión?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sólo el Beneficiario Principal</p> <p><input type="checkbox"/> Los sub-beneficiarios solamente</p> <p><input type="checkbox"/> Ambos</p>
<p>d) Indique los últimos datos anuales disponibles (en EUR o USD) de la contratación de medicamentos e insumos médicos afines pagados por dicho organismo, para cada una de las organizaciones que participan en el proceso de contrataciones.</p>
<p><b>Componente VIH (US \$)</b></p> <p>Medicinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IDA : 3,638,379</li> <li>• Refasa: 235</li> <li>• Eske: 39,443</li> <li>• Glaxo SmithKlien: 4,300</li> </ul> <p>Insumos de laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gen Lab: 47,695</li> <li>• Roche: 177,233</li> <li>• Inmunochem: 24,079</li> <li>• Merck: 3,691</li> <li>• Becton Dickinson: 128,441</li> </ul> <p><b>Componente TB (US \$)</b></p> <p>Medicinas:</p> <p>IDA: 1,236,002</p>

6.8.3 Coordinación
<p>c) Para las organizaciones mencionadas en la sección 4.7.2.b, indique en términos porcentuales, en función del valor total, las distintas fuentes de financiamiento de la contratación, tales como los programas nacionales, los donantes multilaterales y bilaterales, etc.</p>
<p>100% Fondo Mundial</p>
<p>d) [Indique si actualmente participa en programas de donación a través de los cuales se canaliza (o se ha solicitado) el suministro de productos sanitarios, incluidos los programas de donación como por ejemplo, Global TB Drug Facility y los programas organizados por empresas farmacéuticas, organismos multilaterales y ONGs y que guardan relación con esta solicitud (1 párrafo).]</p>
<p>Las únicas compras que en la actualidad se realizan tanto para medicinas como para insumos de laboratorio, son a través del convenio con el Fondo Mundial</p>

6.8.4 Gestión de suministros (almacenamiento y distribución)	
j) ¿Se ha designado alguna organización para realizar la gestión de suministros para esta subvención?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí → continuar <input type="checkbox"/> No → ir a 4.7.5
k) Indique qué tipo de organizaciones participarán en la gestión de suministros de medicamentos y productos sanitarios. <i>[En caso de marcar más de un casillero, describa las relaciones existentes entre estas entidades (1 párrafo)]</i> <input checked="" type="checkbox"/> Depósitos nacionales de suministros médicos o equivalentes <input checked="" type="checkbox"/> Organización(es) nacional(es) subcontratadas (indicar cuál o cuáles son) <input type="checkbox"/> Organización(es) nacional(es) subcontratadas (indicar cuál o cuáles son) <input type="checkbox"/> Otros (por favor especificar):	
l) Describa la capacidad de almacenamiento actual de medicamentos y productos sanitarios que tienen las organizaciones e indique cómo se gestionará el incremento de necesidades.	
<p>Actualmente los medicamentos tanto de TB como de VIH antes de sus distribución al beneficiario, están en dos almacenes. En la actualidad estos productos ocupan máximo 40 m3. Para el proyecto se prevé manejar la misma cantidad de medicamentos ya que las entregas son planificadas de antemano que respondan a las necesidades y de esta manera evitar tener la necesidad de contar con mayor espacio.</p>	
m) Describa la capacidad de distribución actual de medicamentos y productos sanitarios que tienen las organizaciones e indique cómo se gestionará el incremento de necesidades. Además, proporcione un estimado indicativo del porcentaje del país y/o de la población cubierta en esta propuesta.	
<p>En la actualidad se cuenta con un sistema de distribución a nivel nacional que responde a las necesidades de los beneficiarios y a los requerimientos del Ministerio de Salud cumpliendo con las normas establecidas por las entidades del gobierno correspondientes. Para el proyecto que se está presentando se prevé manejar cantidades similares al actual, por lo que no habrá cambios grandes en la forma de trabajo actual.</p>	

*[Sólo para los componentes Tuberculosis y SIDA:]*

6.8.5 ¿Se solicita en la propuesta financiamiento para tratar la tuberculosis multifármacorresistente?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se adjunta en anexo la Carta a Partners in health	

## 6.9 Asistencia técnica y fortalecimiento de la capacidad

6.9.1 Describa las restricciones de capacidad que deberá enfrentar durante la ejecución de esta propuesta y las estrategias planificadas para abordar estas restricciones. Esta descripción debería describir las brechas actuales y las estrategias que se emplearán para superarlas, para seguir desarrollando la capacidad nacional, la capacidad de los beneficiarios principales y la de los sub-beneficiarios, así como también la de cualquier grupo objetivo. Por favor, asegúrese de incluir estas actividades en el presupuesto detallado.
<p><i>Los objetivos incluidos en los tres componentes de la propuesta actual, están diseñados para generar procesos de escalamiento de los resultados alcanzados durante la primera fase del Proyecto actual en la lucha tanto contra el VIH SIDA como contra la tuberculosis en el Perú. En función a esto podemos</i></p>

*anticipar que una de las restricciones de capacidad que se avecinan tiene que ver con las acciones de incidencia política que las autoridades de salud quizás necesiten desplegar frente a las nuevas autoridades gubernamentales. El próximo año habrán elecciones generales, elecciones regionales y elecciones municipales en el Perú; ello va a demandar prepararse para lograr un ambiente favorable para la aplicación de políticas sanitarias a nivel regional y local.*

Se podría precisar asistencia técnica para llevar adelante un Plan de Incidencia Política que incluya el mercadeo social de los logros alcanzados.

No se avizoran mayores dificultades con relación a las capacidades del Receptor Principal, sin embargo es posible que frente al despliegue de nuevas actividades a gran escala como por ejemplo los Planes Comunicacionales, se requiera asistencia técnica para la formulación de los términos de referencia con el fin de lograr el mejor producto al precio mas competitivo.

Uno de las mayores debilidades de los Sub Receptores suele ser el monitoreo y evaluación de sus respectivos proyectos, por ello se ha previsto dotarlos de recursos suficientes para contar con personal calificado, sin embargo a pesar de ello podría darse la situación de requerir algún tipo de asistencia técnica puntual, de manera que se preverá un pequeño fondo para esta contingencia

## 7

Todos los detalles presupuestarios solicitados en las secciones que siguen deberán adjuntarse como anexos, a las copias impresas y electrónicas del formulario de propuesta

### 7.4 Presupuesto de los componentes

Tabla 5.1 – Fondos solicitados al Fondo Mundial

	Fondos solicitados al Fondo Mundial (en EUR/USD)					
	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
<b>Recursos humanos</b>	1015729	1051454	1102195	1022194	769461	4961033
<b>Infraestructura y equipamiento</b>	340570	213400	213400	150000	150000	1067370
<b>Capacitación</b>	562681	598081	513931	428431	428431	2531555
<b>Productos básicos y otros productos</b>	888481	961030	1106481	1206483	1173361	5335835
<b>Medicamentos:</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Planeamiento y Administración</b>	435156	437715	455081	435102	390794	2153848
<b>Otros (Overhead)</b>	194557	195346	203110	194177	174368	961558
<b>Total de fondos solicitados al Fondo Mundial</b>	3437174	3457026	3594198	3436386	3086415	17011198

El presupuesto para cada componente debe estar acompañado por un plan de trabajo y presupuesto detallado para el año 1 e indicativo para el año 2: Deben estar reflejados los encabezamientos principales utilizados en la sección 4.4. (estrategia del componente) y cumplir los siguientes criterios ([por favor, adjunte esta información como anexo](#)):

- k) Debe estructurarse junto con las mismas líneas de la estrategia del componente, es decir, reflejar las mismas finalidades, objetivos, áreas de prestación de servicios y actividades.
- l) Deberá proporcionar un detalle para el año 1 e indicativo para el año 2, y establecer las hipótesis clave, incluso aquellas que se relacionan con las unidades y los costos de unidades. Además, debe ser coherente con las hipótesis y explicaciones incluidas en la sección 5.2.
- m) Debe brindar más información e hipótesis resumidas por lo que resta del período de la propuesta (año 3 hasta la finalización del plazo de la propuesta).
- n) Debe estar integrado con un plan de trabajo detallado para el año 1 y un plan de trabajo indicativo para el año 2.
- o) Debe ser totalmente coherente con los presupuestos resumidos indicados en otras partes de la propuesta, inclusive con los de la presente sección 5.

#### 7.4.1 Desglose por áreas funcionales.

#### Planeamiento y administración:

Tabla 5.1a – Costos de planeamiento y administración

Fondos solicitados al Fondo Mundial para planeamiento y administración (en EUR/USD)
---

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
<b>Planeamiento y Administración</b>	435156	437715	455081	435102	390794	2153848

#### Gestión de suministros y contrataciones:

Tabla 5.1.1b –Costos por gestión de suministros y contrataciones

Fondos solicitados al Fondo Mundial para la gestión de contratación y suministro (en EUR/ USD)						
	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
<b>Gestión de contratación y suministro</b>	1229051	1174430	1319881	1356483	1323361	6403205

#### Asistencia técnica

Tabla 5.1.1.c – Costos por asistencia técnica

Fondos solicitados al Fondo Mundial para asistencia técnica (en EUR/USD)						
	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
<b>Asistencia técnica</b>	1578410	1649535	1616126	1450625	1197892	7492588

#### 7.4.2 Desglose por área de prestación de servicios

Tabla 51.2: Estimación de la asignación presupuestaria por área de prestación de servicios y objetivo . (VER ANEXO)

		Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
<b>Valor por año</b>							
<b>Objetivos</b>	<b>Área de prestación de servicios</b>	<b>Porcentaje estimado del presupuesto</b>					
<b>Objetivo 1</b>	<b>Área de prestación de servicios 1</b>						
	<b>Área de prestación de servicios 2</b>						
<b>Total:</b>		100%	100%	100%	100%	100%	

#### 7.4.3 Desglose por asignación a los asociados

Tabla 5.1.3– Distribución de fondos entre los asociados

Distribución de fondos entre los asociados ejecutores (en %)				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5

Sector académico / educativo	4.7	4.7	4.7	4.7	4.7
Gobierno	0	0	0	0	0
Organizaciones no gubernamentales/de base comunitaria	82.1	82.1	82.1	82.1	82.1
Personas que viven con VIH/SIDA, tuberculosis y/o malaria;	4.7	4.7	4.7	4.7	4.7
Sector privado	0	0	0	0	0
Organizaciones religiosas / de base confesional;	2.8	2.8	2.8	2.8	2.8
Asociados multilaterales y bilaterales para el desarrollo	0	0	0	0	0
Otros (por favor especificar)	5.7	5.7	5.7	5.7	5.7
Total	100%	100%	100%	100%	100%

## 7.5 Supuestos presupuestarios clave para formular el pedido de fondos al Fondo Mundial

<p>7.5.1 Medicamentos , productos básicos y otros productos</p> <p>g) Suministre la lista de medicamentos antirretrovirales (ARV), antituberculosos y antimaláricos que se utilizará en el programa propuesto, junto con el costo promedio por persona, por año o el costo promedio por tratamiento. <i>(Por favor, adjunte el anexo).</i></p> <p>h) Suministre el costo total de los medicamentos por categoría terapéutica para todos los demás medicamentos que se utilizarán en el programa. No es necesario especificar cada producto de la categoría. <i>(Por favor, adjunte el anexo).</i></p> <p>i) Suministre una lista de productos básicos y otros productos por categorías principales, por ejemplo, mosquiteros, preservativos, productos para diagnóstico, insumos hospitalarios y médicos, equipamiento médico. Incluya los costos totales, y cuando corresponda, los costos por unidad. <i>(Por favor, adjunte el anexo).</i></p> <p>[Por ejemplo: <i>Fuentes y Precios de Medicamentos y Diagnósticos Especiales para Personas que viven con VIH/SIDA</i>. Copenhague/Ginebra, ONUSIDA/UNICEF/WHO-HTP/MSF, Junio 2003 (<a href="http://www.who.int/medicines/library/par/hivrelateddocs/prices-eng.pdf">http://www.who.int/medicines/library/par/hivrelateddocs/prices-eng.pdf</a>); Market News Service, <i>Materiales farmacéuticos iniciales y medicamentos esenciales</i>, WTO/UNCTAD/ International Trade Centre en colaboración con la OMS (<a href="http://www.intracen.org/mns/pharma.html">http://www.intracen.org/mns/pharma.html</a>); <i>Guía indicativa de precios internacionales de medicamentos sobre productos terminados de medicamentos esenciales</i>, Ciencias de la Administración para la Salud (MSH) en colaboración con la OMS (publicación anual) (<a href="http://www.msh.org">http://www.msh.org</a>); los medicamentos de primera línea contra la tuberculosis, las fórmulas y los precios se suministran actualmente o suministrará el Fondo Mundial para Drogas (<i>Global Drug Facility</i>); (<a href="http://www.stoptb.org/GDF/drugsupply/drugs.available.html">http://www.stoptb.org/GDF/drugsupply/drugs.available.html</a>).]</p>
Ver anexos

### 7.5.2 Costos de Recursos humanos:

En los casos en que los recursos humanos (RR.HH.) constituyan una parte importante del presupuesto, explicar de qué manera se presupuestó este gasto con respecto a los dos primeros años, en qué medida los gastos de Recursos Humanos fortalecerán la capacidad de los sistemas de salud en el nivel de pacientes/población beneficiados y cómo se solventarán estos salarios una vez terminado el período de la propuesta [1 ó 2 párrafos. Por favor, adjunte como anexo.]

Ver anexos

### 7.5.3 Otras partidas de gastos clave

Explique cómo se han presupuestado otras categorías de gasto (por ejemplo, infraestructura y equipamiento) que representan una parte importante del presupuesto [1 ó 2 párrafos. Por favor adjunte como anexo]

Ver anexos

## ANEXOS

### INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS)

Es un órgano descentralizado del Ministerio de Salud, que lidera los esfuerzos de investigación y desarrollo de tecnologías para el diagnóstico de los principales problemas de salud en la población. En el caso específico del VIH/SIDA ha desarrollado Redes de laboratorios, de diferente complejidad, para garantizar la confirmación de los diagnósticos serológicos –*fortaleciendo el desarrollo de la Inmunofluorescencia Indirecta*– en más del 50% del sistema nacional, contribuyendo también en el desarrollo de las vigilancias centinelas practicadas desde 1996 en diferentes grupos poblacionales, y permitiendo una adecuada clasificación del estado de la epidemia en nuestro país. En los últimos dos años ha brindado el soporte para el monitoreo –*a través de pruebas específicas como el recuento de CD4 y la Carga Viral*– y viene asumiendo nuevos retos como el desarrollo de la genotipificación y el estudio de la resistencia antiviral dentro del gran esfuerzo del tratamiento antirretroviral que se viene proporcionando en el país. Y por último, deberá brindar el soporte necesario para el fortalecimiento del manejo sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual, mediante la vigilancia de la resistencia a la N. Gonorrhoeae y la investigación en la eficacia de los fármacos utilizados en esta estrategia.

Por otra parte, dentro del ámbito de la Tuberculosis se ha fortalecido una Red de laboratorios para la obtención oportuna de cultivos y pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea en los laboratorios regionales, en tanto que las drogas de segunda línea continúan bajo la responsabilidad del mismo INS, además de la capacitación dentro de las acciones de transferencia de capacidades y de control de calidad para fortalecer su adecuada descentralización, como también la confirmación bacteriológica por cultivos y el estudio de la multidrogoresistencia con un estudio de resistencia primaria y secundaria, para mejorar el acceso a pruebas de diagnóstico y acceso al tratamiento de acuerdo a los resultados.

### SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN: INFOSALUD

Infosalud es un servicio del Ministerio de Salud que brinda orientación y consejería en salud a la ciudadanía, desde cualquier teléfono fijo y público, a través de la línea gratuita 0800 108 28, a nivel nacional. Además atiende consultas vía internet, a través del correo electrónico [infosalud@minsa.gob.pe](mailto:infosalud@minsa.gob.pe) y sus servicios ubicados en el portal MINSA: *AOE, consultas y sugerencias y el Doctor en Línea*.

Este servicio se enmarca en preservar los derechos de los ciudadanos mediante la decisión informada, sobre su salud, la de su familia, la de su entorno, sin distinción ni discriminación alguna y con la confidencialidad requerida en la atención. Su desarrollo institucional le ha permitido reconocimientos por parte de instituciones de carácter internacional que han evaluado el trabajo cumplido.

En la actualidad es un medio que viene incrementando su aceptación por sectores de adolescentes y jóvenes, como también de poblaciones vulnerables a la infección por VIH/SIDA y a la TB como son las personas privadas de su libertad.

Como resultado del esfuerzo emprendido desde hace dos años, para intervenir a diversas poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad –*adolescentes, trabajadoras y trabajadores del sexo, hombres que tienen sexo con hombres, personas privadas de su libertad, poblaciones en áreas de elevada prevalencia para la TB y personas que viven con los daños, entre otros*– resulta impostergable la necesidad de fortalecer este servicio destinado a poblaciones previamente intervenidas, a fin de mantener un contacto con el sistema de salud con el fin de afianzar la información obtenida y garantizar estilos de vida más saludables.

Asimismo, el fortalecimiento del sistema de información deberá abarcar los esfuerzos que otras instituciones vienen desarrollando en la actualidad como la línea de información de la Asociación Benéfica Vía Libre.

#### **DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD y PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

Esta Dirección, creada en el año 2002, tiene como finalidad *“el desarrollo de las habilidades personales en la población y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener un mayor control sobre su salud y mejorarla con el fin de lograr un estado de bienestar físico, mental y social, en el que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y poder cambiar o hacer frente a su entorno”*.

Entre sus enfoques se prioriza la equidad en salud, la equidad de género, la interculturalidad, así como el empoderamiento de la participación ciudadana. Y entre sus principales estrategias se establecen: la intersectorialidad y desarrollo de alianzas, la descentralización y desarrollo local, la comunicación y educación para la salud y el Advocacy o abogacía. Acorde a su naturaleza, la Dirección de Promoción viene asumiendo el desarrollo de políticas y estrategias para el cambio de comportamientos o la disminución del riesgo dentro del ámbito del control del VIH/SIDA y la Tuberculosis.

Por otra parte, desde el Ministerio de Educación, y luego de las inversiones efectuadas, tanto desde el Fondo Mundial como de otras fuentes financieras, se han desarrollado renovados esfuerzos para fortalecer el Programa de Educación Sexual, encontrándose en una etapa de recomposición durante el período 2004-2005.

En la actualidad, y bajo la vigencia del Convenio Marco de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud, de la Resolución Ministerial N° 277-2005/MINSA del 11 de abril de 2005, que aprueba el Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas, se espera potenciar los esfuerzos en ambas instituciones para mejorar las estrategias de intervención en la población escolarizada con el fin de disminuir el riesgo de adquirir el VIH/SIDA, otras ITS y la Tuberculosis.

#### **OFICINA DE TRANSPARENCIA Y DEFENSORÍA DE LA SALUD**

La Oficina Ejecutiva de Transparencia y Defensoría de la Salud (OETDS), dependiente de la Oficina General de Comunicaciones fue creada en el año 2002 y su principal objetivo funcional es generar oportunidades de mejora en la atención de salud y en su apoyo administrativo por los órganos y organismos del Ministerio de salud, con la diligencia de las sugerencias, quejas y denuncias de los usuarios y público en general.

Los objetivos funcionales de la Defensoría de la Salud y Transparencia son la mejora de la atención de salud y el fomento de la ética y transparencia en la gestión administrativa del Ministerio de Salud.

Dentro de tal contexto, y en el esfuerzo por proteger y promover el derecho a la salud, resulta crucial generar mecanismos y espacios de interlocución directa con las personas afectadas así como con el personal de salud comprometido en situaciones de eventual violación o amenaza de vulneración de derechos en los servicios públicos de salud.

Las limitaciones que se derivan de la centralización de la función de defensoría en la Defensoría de la Salud y Transparencia y la imposibilidad de contar con los recursos necesarios para intervenir fuera del ámbito de Lima Metropolitana y del Callao, explican en parte el hecho de que un número considerable de casos no llegue a conocimiento de las instancias correspondientes del Sector.

Por su ámbito de acción, la Defensoría del Pueblo, liderará desde el Ministerio de Salud los diferentes esfuerzos para disminuir el estigma y la discriminación muy usuales en el manejo de la infección por el VIH/SIDA y la Tuberculosis en el Perú.

#### **DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNICACIONES**

Importante órgano de apoyo en el Ministerio de Salud y su ámbito abarca desde la relación con los medios masivos de comunicación, hasta el desarrollo de políticas para la información y comunicación a gruesos sectores de la población general.

Desde la realización de las primeras campañas masivas en relación al SIDA y la Tuberculosis, la Dirección de Comunicaciones ha desarrollado una presencia activa para sensibilizar a la población en torno a tales problemáticas.

En la actualidad viene desarrollando un enorme esfuerzo para descentralizar las capacidades necesarias hacia las diferentes regiones del país.

#### **OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA**

Ha venido liderando el sistema nacional de notificación de casos, tanto en el ámbito del VIH/SIDA como de la Tuberculosis; las campañas de vigilancia centinela del VIH/SIDA y otras ITS desde 1996, además vienen asumiendo los nuevos retos de enfrentar las exigencias de las vigilancias de segunda y tercera generación en VIH, como de contribuir al sostenimiento de los sistemas operativos tanto en VIH como en Tuberculosis.

### **PROGRAMA NACIONAL DE HEMOTERAPIA (PRONAHEBAS)**

La transmisión sanguínea del VIH/SIDA, a pesar de su escasa prevalencia en el Perú, siempre ha resultado un reto para asegurar la calidad de toda sangre transfundida en el sistema sanitario. El limitado desarrollo de los programas de donantes voluntarios, mantiene en alerta la posibilidad de la transmisión sanguínea por la cantidad de donantes con mayores factores de riesgo para el VIH/SIDA y otras enfermedades de potencial transmisión sanguínea.

Desde su creación en 1997, el PRONAHEBAS ha liderado un vigoroso proceso de fortalecimiento de la Red de Bancos de Sangre, así como el mejor desarrollo de tecnologías y procedimiento para el tamizaje de todo hemoderivado a transfundir. Sin embargo, y acorde a los niveles de calidad en el ámbito internacional, nuestro sistema todavía significa un riesgo de transmisión, que se ha reflejado en casos de contaminaciones accidentales en niños y adultos que fueron transfundidos en los últimos cinco años.

### **DIRECCIONES REGIONALES DE SALUD (DIRESAS) y DIRECCIONES DE SALUD (DISAS)**

Un total de 29 DIRESAS a nivel nacional y 5 DISAS en ubicadas en Lima Metropolitana y Callao son las que dirigen y ejecutan las normas, políticas, líneas de acción y/o estrategias desarrolladas desde los niveles nacionales o centrales. En cada una de estas instancias, se replican muchas de las áreas o direcciones que existen en los organismos centrales del Ministerio de Salud

Con el actual proceso de regionalización y descentralización política que ha emprendido el Perú, la capacidad de autonomía administrativa, presupuestaria y política de las Direcciones de Salud se incrementará de manera que su fortalecimiento requerirá de todo el soporte que sea posible brindarles.

### **INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO**

Dirige el sistema de prisiones en el país y ha desarrollado a partir de las actividades financiadas por el Fondo Mundial desde hace dos años un sistema de salud en proceso de fortalecimiento al interior de los penales. Sus indicadores de cobertura e impacto han superado sus niveles iniciales especialmente en la atención de la TBy de la infección por el VIH/SIDA.

### **COORDINADORA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD – CONAMUSA**

Es el actual Mecanismo Coordinador de País, que viene desarrollando diversas acciones de advocacy en la vigilancia, no sólo de las actividades inherentes al Fondo Mundial, sino también de todas las políticas y actividades de los sistemas sanitarios, con mayor énfasis en las problemáticas de VIH/SIDA y Tuberculosis. En la actualidad la CONAMUSA cuenta con el respaldo de Resoluciones Supremas suscritas por la Presidencia de la República, garantizando su presencia como representante de los diferentes sectores de la sociedad civil en su conjunto frente a las diferentes instancias del Estado Peruano.

En el último año viene desarrollando un gran esfuerzo de descentralización con la creación de las Coordinadores Regionales Multisectoriales de Salud (COREMUSAS) que vienen logrando paulatinamente un liderazgo más vigoroso en sus respectivos ámbitos geográficos.