

INFORME TRIMESTRAL

1. INFORMACIÓN GENERAL:

Programa:	Fortalecimiento de la Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú
Código de programa ¹ :	PER-202-GO2-T-00
País:	Perú
Mecanismo de Coordinación de País:	Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud – CONAMUSA
Receptor Principal:	CARE Perú
Período del programa:	1 de Diciembre del 2003 – 30 de Noviembre del 2005
Período del informe:	1ro. Junio 2005 – 31 Agosto 2005
Fecha de entrega:	30 de Setiembre 2005

Glosario de términos clave

AERT-TB	Área de Elevado Riesgo de Transmisión de la Tuberculosis
DIGEMID:	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas - Ministerio de Salud
DISA:	Dirección de Salud - Ministerio de Salud (plural: DISAS)
ESN PCT:	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis - Ministerio de Salud
ESN PCITS/VIH/SIDA:	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de transmisión Sexual, VIH/SIDA - Ministerio de Salud
EsSalud:	Seguridad Social peruana en Salud
INPE:	Instituto Nacional Penitenciario
INS:	Instituto Nacional de Salud - Ministerio de Salud
MININTER:	Ministerio del Interior
MINJUS:	Ministerio de Justicia
MINSA:	Ministerio de Salud
ONG:	Organización No Gubernamental
OGE:	Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud
OGEI:	Oficina General de Estadística e Informática - Ministerio de Salud
PPL:	Personas privadas de su libertad
RP	Receptor Principal del programa (CARE – Peru)
RTE:	Re-tratamiento estandarizado (DOTs PLUS)
RTI:	Re-tratamiento individualizado (DOTs PLUS)
SES:	Socios en Salud
SR	Sub-Receptor (puede tratarse de un consorcio ejecutor, compuesto por varias organizaciones, o de una organización no gubernamental)
TARGA:	Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad

¹ Código PER 096 / PE 428 para efectos de control interno del Receptor Principal.

2. RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe corresponde a un período de reporte que se extiende desde el 1ro. de Junio del 2005 al 31 de Agosto 2005, y corresponde al sétimo trimestre de ejecución del componente Tuberculosis del programa “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú”.

Durante este trimestre el contexto socio-político del país estuvo relativamente calmo, no obstante en el mes de Agosto hubo una crisis ministerial que introdujo incertidumbre sobre la continuidad de los miembros del Gabinete, entre ellos la Ministra de Salud, Dra. Pilar Mazzetti, cuya acción y compromiso han sido claves para la marcha del programa. Como es conocido en países como el nuestro, muchos cambios de Ministro derivan en cambios posteriores de Directores y mandos medios de la institución, por lo que el grado de incertidumbre sobre la continuidad de los equipos y los programas en curso siempre alcanza a los equipos operativos. Afortunadamente la crisis se solucionó y la Ministra fue ratificada en el cargo.

En el sector salud sin embargo, una huelga de enfermeras tuvo lugar por espacio de 38 días. Las enfermeras del Ministerio de Salud reclamaban que se homologuen sus salarios con los de sus colegas de EsSalud así como la promulgación de una ley que de estabilidad laboral a las trabajadoras contratadas. Como parte de los eventos en el momento más crítico de esta paralización, las enfermeras abandonaron algunos de los hospitales limeños más importantes (ie. Arzobispo Loayza, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Hipólito Unanue, San Bartolomé y Cayetano Heredia) además de otros nosocomios de provincias. La huelga se inició el 10 de Agosto y al cierre de este reporte continuaba en marcha², estimándose un impacto importante de esta medida sobre las actividades del programa TB referidas al DOTs y DOTs Plus.

De otra parte, fueron hitos importantes en este trimestre:

- El 30 de Junio la CONAMUSA entregó al Agente Local del Fondo Mundial la propuesta del país para la solicitud de extensión del proyecto a la fase II del mismo, propuesta que fue elaborada bajo la conducción técnica del MINSa en estrecha coordinación con los diversos actores que desarrollan actualmente el proyecto.
- Se realizó en Lima el Curso Internacional ‘Taller de Tuberculosis en las Américas’ durante los meses de Junio, Julio y Agosto, en el que participaron representantes de trece países (México, Honduras, Nicaragua, Haití, República Dominicana, Panamá, Ecuador, Bolivia, Brasil, Paraguay, Guayana, Argentina y Perú). El evento abordó un intercambio de experiencias y unificación de criterios de comunicación social en el tema de la Tuberculosis.
- Durante el mes de Julio, la CONAMUSA decidió realizar algunos ajustes a la propuesta entregada para la fase 2 del proyecto. Para ello, conformó un equipo con miembros de la Secretaría Ejecutiva, Care Perú y el MINSa a fin de revisar algunos aspectos críticos de la propuesta en coordinación con los Sub-Receptores, tales como la tabla de indicadores y el presupuesto, entre otros, que no habían sido precisados en la propuesta entregada. Así, el 27 de Julio se entregó al Agente Local del Fondo varios archivos modificados de la propuesta para la fase II del proyecto. En el mes de

² Finalmente, las negociaciones arribaron a buen puerto el Domingo 18 de Setiembre, gracias a la intervención del Vice-Presidente de la República, Sr. David Waisman, en apoyo de la Ministra de Salud, Dra. Mazzetti, y del Ministro de Economía, Econ. Fernando Zavala.

Agosto tanto el Agente Local del Fondo como el gerente de Portafolio hicieron llegar algunas consultas sobre la propuesta entregada, las cuales fueron absueltas progresivamente por la CONAMUSA y el MINSa con apoyo de CARE Perú.

- El 10 de Agosto se realizó el taller nacional de Evaluación de la ESN PCT. Dicha reunión es muy importante debido a la participación de los Coordinadores de la Estrategia procedentes de todas las DISAS del país, con quienes se revisan los avances en términos de indicadores operacionales y se unifican criterios de trabajo. Los días 11 y 12 de Agosto, como continuación de la reunión anterior, se revisó la norma técnica de la ESN PCT (vigente desde la década de los 90) con el personal de salud de las regiones.
- Del 5 al 9 de Setiembre, luego del cierre de este reporte, se recibió en el país una visita de supervisión del Comité Luz Verde (GLC). Durante dicha visita también estuvieron representantes de OPS y OMS. Los representantes del GLC tuvieron la oportunidad de visitar varios establecimientos de salud del país, DISAS., laboratorios y servicios de salud de los penales. Asimismo, se reunieron con los representantes de ASET, el equipo del MINSa y de Socios en Salud (Sub-Receptor del Objetivo 3 del programa TB). En la agenda de visita se consideró la participación del Receptor Principal.

En el presente período de reporte, los Sub-Receptores continuaron ejecutando las actividades programadas en estrecha coordinación con las contrapartes. Los esfuerzos invertidos en el presente período de reporte han estado focalizados en dar solución, con el concurso directo de la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA, a los nudos críticos que trimestre a trimestre se han ido identificando sobre la marcha del programa, y a avanzar en el cumplimiento de las metas comprometidas con el Fondo Mundial.

Entre los principales beneficios destinados a las personas afectadas entregados en este período de reporte están los tratamientos anti-TB-MDR entregados por Socios en Salud a 667 nuevos pacientes de TB-MDR (que se suman a los 1526 pacientes que ya recibían dichos tratamientos en el marco del programa, lo que hace un total de 2193 pacientes beneficiarios de los tratamientos anti TB-MDR -1665 individualizados y 528 estandarizados- desde el inicio del programa,). Además de ello:

- En el Objetivo 1 del Programa se ha logrado generar 7 planes participativos de lucha contra la TB a nivel municipal que se suman a los 12 que ya se había obtenido en períodos anteriores; se reforzó la capacitación de 307 miembros del equipo de salud de 70 AERT-TB (112 de ellos pertenecen al grupo de 540 profesionales que fueron capacitados en el primer año); se ha capacitado a 17 pacientes de TB para organizarse en ASET o en GO-TB, lo que hace un acumulado de 859 pacientes capacitados (entre promotores – capacitadores y promotores ejecutores); se han realizado actividades IECA (información, educación, información y abogacía) en 70 AERT-TB y otros 85 establecimientos cercanos a los AERT-TB; se realizaron 5 encuentros organizativos de la Red Solidaria ASDEN, con la participación de casi 400 líderes de pacientes de TB procedentes de 18 distritos de Lima y Callao; se capacitó a 414 promotores más para actividades de Información, Educación y Capacitación en la lucha contra la TB, con los cuales se cuenta ya con un total de 848 promotores; se capacitó a 63 ex pacientes de TB adicionales (con lo que se totaliza 459 ex pacientes de TB y familiares de pacientes TB) en temas de gestión de negocios y empleo dependiente.
- En el objetivo 2, en este período continuó el Diplomado sobre TB-TB-MDR, DOTs, DOTs PLUS, VIH y co-infección para el personal de salud del INPE, el cual se encuentra ya en la fase final; en este período de reporte se realizaron 16 actividades

de IEC en los 9 penales (entre charlas informativas, difusión de videos, distribución de condones, actividades recreativas, etc.), 200 actividades educativas (charlas a los PPL) y 78 jornadas educativas para familiares de PPL; se culminaron e inauguraron las obras de mejora de los servicios de salud de los penales de Piura, Ica y Trujillo. 3975 personas privadas de su libertad (PPL) se han realizado una prueba rápida de tamizaje de VIH, con lo que totalizan 17038 PPL que han tenido acceso a dichas pruebas desde Enero del 2005; 137 personas privadas de su libertad continúan recibiendo seguimiento y atención médica, entre ellas se cuentan 4 personas que están recibiendo Targa.

- En cuanto al Objetivo 3 del programa, se capacitó a 767 miembros de los equipos de salud de diferentes DISAS de Lima y provincias en temas de DOTS PLUS (con lo que totalizan 2998 miembros de establecimientos de salud capacitados); se completó los acondicionamientos de otros 73 centros de salud (con lo que suman un total de 203 centros acondicionados para bioseguridad en lo que va del programa); 59 pacientes de TB-MDR con problemas de tipo social ingresaron a casas de reposo y a habitaciones especializadas para poder recuperarse (que se suman a los anteriores haciendo un total de 233 pacientes beneficiados con este sistema de protección sanitaria); se logró realizar 1795 pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea en los 5 laboratorios descentralizados implementados con apoyo del programa en Lima Norte, Lima Sur, Lima Ciudad, Lambayeque y Arequipa (150% de la meta esperada), y otras 1844 pruebas de sensibilidad a drogas de segunda línea en el Laboratorio Nacional (75% de la meta esperada a Agosto 2005).

La información reportada en este documento fue analizada por la CONAMUSA y demás actores del proyecto en la reunión de revisión de avances del proyecto sostenida el día 19 de Setiembre, en la cual se identificaron nudos críticos para el avance del proyecto y se estableció un plan de trabajo para solucionarlos (cf. reunión de retroalimentación, ver Anexo 5).

En lo que respecta a los avances financieros, durante este trimestre el gasto ha sido considerablemente mayor a lo reportado en los últimos trimestres debido a que se hizo un importante pago por concepto de medicamentos y al inicio de las obras en los penales. Desde el inicio del programa en el Perú en Diciembre del 2003 hasta el 31 de Agosto del 2005, el gasto asciende a US\$ 10,313,285, correspondiendo un monto de US \$ 4,263,858.43 a lo gastado este trimestre. Este gasto incluye el realizado por el Receptor Principal y las rendiciones aprobadas e ingresadas al sistema contable de CARE. Un adicional de US\$ 1,221,923 ha sido desembolsado pero aún no rendido o ingresado al sistema contable de CARE, con lo cual el gasto asciende a US\$ 11,535,208. Teniendo en cuenta que a la fecha de este reporte el Fondo Mundial había realizado tres transferencias por un total de US \$ 16,235,394.00, el gasto total (rendido y no rendido) equivale al 72.28% de lo desembolsado.

A continuación se describe el avance alcanzado hasta el 31 de Agosto del 2005 en lo que respecta al desarrollo de las actividades generales del programa y a la ejecución programática y financiera de los Sub-Receptores.

3. ACTUALIZACIÓN DE LOS AVANCES PROGRAMÁTICOS Y FINANCIEROS

3.1 Resultados concretos alcanzados vs. metas³

3.1.1 **Objetivo 1: Promover y fortalecer la participación y organización social de los enfermos con TB y de las poblaciones distritales, para disminuir la tuberculosis bacilosκόpica en los AERT-TB**

El Sub Receptor de este objetivo es el consorcio "Colectivo Solidario", conformado por 13 organizaciones: Alternativa Centro de Investigación Social y Educación Popular, Socios en Salud Sucursal del Perú; Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Centro de Estudios y Prevención de Desastres (PREDES), Asociación de enfermos de tuberculosis "Victoria Castillo de Canales" ASET-Comas, Instituto de Salud MSC Cristóforis Deneke (ISDEN), Centro de Formación y Retiros Monseñor Oscar Romero (COR), Grupo Red de Economía Solidaria del Perú (GRESPE), INPET - Instituto de Promoción del Desarrollo Solidario, Mesa de Salud Integral (MSI), Instituto de Fomento de una Educación de Calidad (EDUCA), Talleres Infantiles Proyectados a la Comunidad (TIPACOM), Instituto de Investigación y Capacitación de la familia y la Mujer – INCAFAM. El consorcio está liderado por el Servicio de Medicinas PRO-VIDA.

Acerca de los avances en términos de los indicadores de cobertura⁴ generados por el programa DOTs del Ministerio de Salud, cabe precisar que varios de los indicadores muestran información de carácter anual. No obstante ello, la información es recolectada trimestralmente por el MINSA pero procesada y analizada cada seis meses por los equipos de la ESN PCT a nivel nacional en encuentros nacionales especialmente organizados para ello, por lo que la información disponible suele ser semestral. En este contexto, los datos sobre el avance del año 2005 estarán disponibles en el mes de Marzo del año 2006.

El más reciente encuentro de evaluación nacional de la ESN PCT del MINSA se llevó a cabo el último mes de Agosto, con información de los avances referida al primer semestre del año 2005, según se detalla a continuación.

Indicador y avance a Diciembre 2004	Avance del Primer Semestre del 2005	Meta Noviembre 2005
0.4% de casos nuevos de TB pulmonar frotis positivo (TB FP+) diagnosticados entre contactos examinados	0,3%	0.8%
86% de contactos menores de 15 años han recibido quimioprofilaxis por 6 meses	86,4%	90%
1397 personas viviendo con VIH han recibido quimioprofilaxis	598 casos	1550
4.1% (565 personas) abandonaron la estrategia DOTs en el año 2004	4,1%	3%
18289 pacientes recibiendo tratamiento DOTs	8442 casos	20,000
90% (16000 pacientes) de pacientes curados de TB (de	ND	18,000

³ A continuación se presenta los resultados del programa destacando los avances en términos de los indicadores de cobertura (cf. Tabla de Indicadores Clave del segundo año) para posteriormente detallar algunos otros resultados relevantes respecto a las diferentes actividades de cada objetivo.

⁴ Ie. Operacionales de acuerdo a la denominación del MINSA

acuerdo a la última cohorte)	(información anual)	pacientes 90% de tasa de curación
------------------------------	---------------------	-----------------------------------

En lo que respecta a los casos de TB FP+ diagnosticados entre contactos, cabe precisar que se trata de un indicador que se reporta recién a pedido de la gerencia de portafolio de del Fondo Mundial para Perú, relacionado a la cantidad de pacientes con diagnóstico de TB FP que se obtuvieron del examen de contactos. Con ello se espera reforzar la estrategia de búsqueda de casos a través del examen de contactos, detectar precozmente casos y disminuir el porcentaje de casos frotis positivos.

En cuanto a la cobertura de Quimioprofilaxis en menores de 15 años, se ha protegido a 86,4% de contactos.

En el caso de la cobertura de quimioprofilaxis para las PVVIH, el indicador considera el número de casos que ingresa a tratamiento preventivo en personas viviendo con VIH que acuden a la ESN PCT a nivel nacional. Al respecto, en el primer semestre de 2005 se ha protegido a 588 PVVs, proyectándose de manera conservadora para el segundo semestre una cifra alrededor de la alcanzada en el período anterior.

La proporción de los pacientes que abandonan el DOTS describe la eficiencia del trabajo de la ESN PCT. Hasta el primer semestre de 2005 se mantenía el porcentaje de abandonos en 4,1%, pero se espera que, con los ajustes y capacitación pertinentes que el nivel central de la ESN está ejecutando con apoyo del programa, disminuyan los pacientes con TB que abandonen el DOTS.

El número de casos de TB FP (baciloscópicos) que se encuentran bajo tratamiento con drogas de primera línea (estrategia DOTS), se refiere al número de casos que se espera incluir en DOTS a fines de la primera fase. Es esperable que al buscar más, se diagnostiquen más casos y que ingresen más pacientes al tratamiento DOTS (posteriormente esta cantidad de pacientes disminuirá). La disminución del número de casos tiene que ver con la ruptura de la cadena epidemiológica al mejorar el diagnóstico precoz de los nuevos casos. El avance de 8442 casos en DOTs durante el primer semestre representa aún el 42% de la meta esperada.

Respecto al porcentaje de curación de pacientes en DOTs, este indicador se calcula anualmente a partir de la cohorte que ingresó en el primer semestre del año 2004, por lo que no hubo datos disponibles para el primer semestre de 2005. Cabe mencionar sin embargo que el porcentaje de pacientes en esquema DOTs ciertamente representa un éxito del programa que tiene que ver mucho con la efectividad global del mismo, pero se debe tomar en cuenta que frente a cepas pan sensibles esta efectividad iría de la mano con la calidad del programa, en tanto que con la presencia creciente de cepas drogo-resistentes el porcentaje de curación disminuye y no solamente en razón a la calidad intrínseca del programa sino además en función a la respuesta terapéutica del paciente. Si se descontaran los abandonos al tratamiento y los fracasos en la respuesta terapéutica (por multidrogoresistencia), sí sería válido el razonamiento de: a mayor efectividad de manejo, mayores tasas de curación de pacientes; pero, si se hablara del universo de pacientes en DOTs, se tendría que asociar los factores antes mencionados.

En lo referente al avance de los indicadores de cobertura generados por el Sub-Receptor en estrecha coordinación con la ESN PCT del MINSA, a la fecha de este reporte se ha

logrado que 16 distritos cuenten con un ASET y/o un Grupo Organizado de pacientes de TB (80% de la meta esperada para los dos años del programa). Los distritos que cuentan con ASET y también con GOETs en los AERT-TB respectivos son: Comas, Carabayllo, Independencia, Rímac, Callao, San Martín de Porres, Ate Vitarte, El Agustino, San Juan de Lurigancho, La Victoria, Ventanilla, Villa El Salvador y San Juan de Miraflores. Los distritos que solamente tienen GOET pero no ASET son Los Olivos, Lima Cercado y Santa Anita (cf. Actividad 4).

Asimismo, 19 distritos cuentan con un plan participativo para el control de la TB, desarrollado con las organizaciones sociales de base en coordinación con las autoridades municipales: Los Olivos, Rímac, Comas, El Agustino, San Martín de Porres, Santa Anita, La Victoria, Cercado de Lima, Independencia, Ate Vitarte, Ventanilla, San Juan de Lurigancho, Villa El Salvador, Villa María del Triunfo, Chorrillos, San Juan de Miraflores, Pachacamac, Callao y Surco. En seis de los distritos mencionados los planes concertados ya cuentan con la opinión favorable de sus respectivos Concejos Municipales: Los Olivos, Rímac, Comas, El Agustino, Ventanilla y Santa Anita (cf. Actividad 1).

En cuanto a las capacitaciones realizadas por el Sub-Receptor, en el mes de Febrero pasado se culminó la capacitación de 540 miembros de equipos de salud de 70 Centros de Salud denominados AERT-TB y de otros 36 establecimientos de salud que se encuentran cercanos a los anteriores (cf. Actividad 2). En este trimestre se inició la segunda etapa de la capacitación, realizando el refuerzo mediante nuevas sesiones de taller para la conformación y seguimiento de grupos de mejora continua de la calidad en cada Centro de Salud. Así, en la segunda etapa de refuerzo y seguimiento, se ha llegado a 447 miembros de los equipos de salud de los 70 AERTs y otros establecimientos cercanos a dichos AERT-TB, que fueron capacitados en la primera etapa. De ellos, 112 habían recibido también la capacitación en la primera etapa de la misma (capacitación realizada el primer año del proyecto). Los restantes 335 capacitados en el segundo año son personas nuevas en el curso, y se integraron al mismo debido a la alta rotación que existe actualmente en los equipos de salud de los establecimientos del MINSA en el marco de la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud, que promueve que los equipos de salud conozcan desde adentro los servicios de todas las estrategias del MINSA.

Continuando con el rubro de las capacitaciones, de manera acumulada desde que se inició el programa se ha logrado capacitar a 459 personas (ex pacientes de TB y familiares) en temas socio-emprendarios y de empleo dependiente-independiente (cf. Actividad 6). Sólo en este trimestre se avanzó con la capacitación de 63 ex pacientes de TB y sus familiares.

Otros avances en términos de las actividades de este objetivo se aprecian en la siguiente tabla de resultados:

Tabla resumen de resultados por actividad del Objetivo 1⁵

⁵ Según instrucciones del Fondo Mundial: 80% a más de avance = color verde; menos de 80% de avance = color rojo.

Actividad	Indicador Clave		Trimestre 3 segundo año (1ro. Jun - 30 Ago 05)	Avance Dic. 03 - Ago 05	Avance total proyecto Dic. 03 - Nov. 05 ⁶
Planes distritales para la prevención y Control de TB como parte de los planes de desarrollo local	Número de distritos que tienen un plan participativo de control de la TB como parte de su Plan de Desarrollo Local	Programado	2	10	16
		Ejecutado	7	19	19
		% de avance	350%	190%	119%
Capacitación a los equipos de salud en aspectos de atención en salud a nivel individual y poblacional, de gestión médico social y en DDHH	Número de miembros del personal de salud capacitados para mejorar la calidad del servicio en establecimientos de salud de AERT-TB (*)	Programado	420	1050	1050
		Ejecutado	307	987	987
		% de avance	73%	94%	94%
Mejoramiento continuo de la calidad de atención en los servicios	Número de consultorios en AERT-TB que mejoran su infraestructura con apoyo del proyecto	Programado	12	47	70
		Ejecutado	9	44	44
		% de avance	75%	94%	63%
Planes de IECA para el mejoramiento de la vivienda, disminución del hacinamiento, propiciar el uso de alimentos nacionales de alto valor nutritivo y defensa de los DDHH	Número de pacientes TB capacitados para la consolidación de la Red Solidaria de Asociaciones de pacientes con TB	Programado	21	579	600
		Ejecutado	17	859	859
		% de avance	81%	148%	143%
Incorporación como promotores a personas curadas de TB para actividades de quimioprofilaxis y promoción	Número de promotores (exenfermos de TB y estudiantes) que realizan un plan de fomento y prevención para la salud integral en la comunidad	Programado	300	700	700
		Ejecutado	414	848	848
		% de avance	138%	121%	121%
Capacitación para la generación de empleo y micro empresas a enfermos y/o familiares de TB en las AERT-TB	Número de personas con TB o sus familiares capacitados para la generación de empleo y/o creación de microempresas	Programado	25	460	500
		Ejecutado	63	459	459
		% de avance	252%	100%	92%
Plan para el soporte nutricional de los enfermos y sus familias en pobreza	Número de AERT-TB con planes de soporte nutricional	Programado	0	35	70
		Ejecutado	0	36	36
		% de avance	#¡DIV/0!	103%	51%

(*) Indicador no acumulativo. Usualmente se refiere a un refuerzo respecto a lo trabajado el año anterior para la misma población.

- En cuanto a la actividad 1, “Planes distritales para la prevención y Control de TB como parte de los planes de desarrollo local”, además de los 19 planes distritales

⁶ La fila “programado” incluye la información de la meta esperada del cuarto trimestre, que no es visible en este cuadro. Por esta razón el total programado aparente no suma lo indicado en las columnas parciales.

generados, se encuentra en proceso de aprobación un plan adicional correspondiente al distrito de Carabaylo. Se realizaron además:

- En el mes de Agosto se realizaron talleres de elaboración de los planes de lucha contra la TBC de los distritos de Chorrillos (11 de Agosto, 165 representantes), San Juan de Miraflores (17 y 18 de Agosto, 110 representantes), Pachacamac (17 y 24 de Agosto, 75 representantes), Callao (25 de Agosto, 100 representantes) y Surco (25 de Agosto, 85 representantes).
 - En este trimestre se realizaron 7 asambleas en los distritos de: Los Olivos (15 de Junio), Comas (23 de Junio), Lima Cercado (8 de Julio), Ate-Vitarte (13 de Julio), Ventanilla (14 de Julio), San Martín de Porres (15 de julio) y San Juan de Lurigancho (15 de Julio). En cada Asamblea se presentó el Plan distrital concertado de lucha contra la TBC, se oficializó al Comité de lucha contra la TBC, se conformó la directiva que hará que se ejecute el Plan (con participación de ASET) y se firmó el Acta de aprobación
 - Se ha continuado con el seguimiento a los Comités de Comas, Los Olivos , el Agustino y San Martín de Porres.
 - Se ha iniciado el trabajo de mapeo de organizaciones sociales, instituciones y pacientes de los 20 distritos a fin de entregarlo con el documento de evaluación y sistematización al final de la primera fase.
 - Se están distribuyendo entre las instituciones con las que se coordina esta actividad, 1,000 ejemplares del Compendio de lecturas básicas sobre Gestión Municipal en Salud Integral, 1,000 ejemplares del Manual para elaborar planes participativos de lucha contra la TBC y 2,000 ejemplares del Manual de Fortalecimiento de Organizaciones Sociales de Base.
 - Se ha iniciado la distribución de 2,000 ejemplares del quinto número del boletín informativo del Colectivo Solidario contra la TBC
- En que respecta a la actividad 2 *“Capacitación a los equipos de salud en aspectos de atención en salud a nivel individual y poblacional, de gestión médico social y en DDHH”*, se capacitó a 367 personas que junto a las 80 personas capacitadas en el trimestre anterior, dan un acumulado de 447 capacitados. Asimismo:
 - En este trimestre se realizaron 10 talleres de capacitación al personal de salud en los temas de “DOTS”, “Modelo de atención integral de salud” y “Calidad de la atención”.
 - En las DISAS Lima Ciudad y Callao se han realizado réplicas por parte del mismo personal de salud, logrando capacitar a través de dichas réplicas a 1028 profesionales de salud además de los capacitados por el programa.
 - Se realizaron tres reuniones de intercambio de avances en el Mejoramiento de la Calidad de Atención: dos reuniones con los 24 establecimientos AERT–TB de Lima Norte y una reunión con los 7 establecimientos AERT-TB de Lima Ciudad, con un total de 104 asistentes que conforman 31 Grupos de Mejoramiento de la Calidad de la Atención.
 - En Junio se culminó la primera ronda del estudio de satisfacción de usuarios que estaba previsto para el primer año del programa. Dicho estudio, aplicado a una muestra de 708 pacientes de TB de 63 AERT-TB de Lima y Callao, arrojó como principal resultado la necesidad de los pacientes de contar con información más detallada sobre la enfermedad, sobre el proceso de curación y sobre los riesgos de una mala atención o el abandono del tratamiento, que les ayude a reducir los temores y ansiedad que les producen el diagnóstico y largo tratamiento de la tuberculosis. Hay

- asimismo una demanda especial de oportunidades de esclarecer los roles y funciones de los pacientes dentro y fuera del establecimiento y de acabar con el estigma que rodea a los enfermos.
- En Agosto se inició la segunda ronda de encuestas del estudio de satisfacción de usuarios en la DISA Callao y la tercera en la DISA Sur. Con un total de 22 establecimientos visitados y 220 encuestas realizadas. Al cierre de este reporte se encontraba en proceso el análisis de la información recolectada.
- Respecto a la actividad 3 *“Mejoramiento continuo de la calidad de atención en los servicios”*, se ha culminado 9 mejoras adicionales de infraestructura, lo que hace un total de 44 establecimientos de salud con mejora realizada. Sigue sin embargo sin solución el tema de la recepción de las obras por las jefaturas de los Centros de Salud. Dichas autoridades, por el momento no han firmado las Actas de Recepción con lo cual no dan en la práctica por aceptadas las obras por diferentes razones; básicamente por insatisfacción con el producto, debido principalmente a que por ser autoridades nuevas no participaron en la etapa de definición de necesidades o consideran que las obras finales no cubren sus expectativas y necesidades actuales. Esto ha determinado que casi del 70% de las obras realizadas y terminadas no se estén utilizando hasta el momento⁷. Algunos avances en esta actividad fueron:
 - Se concluyeron y entregaron los expedientes, planos y presupuesto de los nuevos 35 establecimientos a reacondicionar e inmediatamente se imprimieron los primeros ejemplares para su entrega a las DISAs Callao, Lima Ciudad, Lima Este y Lima Sur.
 - La Constructora VIF SA y el Arquitecto César Santa Cruz fueron seleccionados mediante procesos competitivos para ejecutar las nuevas obras.
 - Se culminó el diseño del Manual de Mantenimiento de las obras realizadas y se realizaron 2 talleres de validación de dicho material. El público objetivo del manual es el personal de limpieza, logística y de salud de los 35 establecimientos intervenidos el año pasado.
 - Se realizaron 2 talleres de mantenimiento y limpieza del PCT, con la participación de 48 personas de 33 establecimientos de salud.
 - En cuanto a la actividad 4 *“Planes de IECA para el mejoramiento de la vivienda, disminución del hacinamiento, propiciar el uso de alimentos nacionales de alto valor nutritivo y defensa de los DDHH”*, se capacitó a 17 promotores IECA, que unidos a los

⁷ En el caso de la DISA Lima Norte, cuando la Oficina General de Planificación del MINSA tomó conocimiento de esta situación convocó a una reunión el 21 de Agosto en la que participaron la DISA Lima Norte (Dirección de Servicios y Dirección de Infraestructura), OGCI, DGSP, ESN PCT, Socios en Salud (Sub-Receptor del Objetivo 3), Predes (organización ejecutora de la actividad 3 en el consorcio Colectivo Solidario-) y CARE Perú. Esta reunión tuvo como finalidad esclarecer los alcances de las actividades de acondicionamiento de los servicios. Gracias a la presencia de la Arquitecta a cargo de la Oficina de Infraestructura de esta DISA, se pudo llegar a un acuerdo, el mismo que fue ratificado en una siguiente reunión llevada a cabo en las oficinas de CARE Perú. Este acuerdo básicamente consistió en el compromiso de las partes de trabajar de manera articulada dos aspectos: ajustes de expedientes y obras ya realizadas, y armonización de los expedientes en fase de elaboración con las necesidades sentidas por el equipo de la ESN PCT en los establecimientos de salud y con la disponibilidad de fondos. A partir de esta reunión el Sub-Receptor ha observado una notable mejora en la fluidez de las coordinaciones, lo cual conducirá a superar los problemas detectados. Una situación similar se está dando en la DISA Lima Sur, en la que también se habrían reportado serias dificultades.

La intervención de la Coordinación de la ESN PCT y de la Jefatura de la Oficina de Infraestructura de dicha DISA están resultando, como en el caso anterior, clave para superar estos escollos.

capacitados en períodos anteriores hacen un total de 859 promotores capacitados. Asimismo, se realizaron también las siguientes actividades:

- Se elaboró un modelo de plan IECA consensuado que se está desarrollando en 18 de los 20 distritos donde interviene el objetivo 1. Los temas trabajados son salud integral, la tuberculosis, organización de pacientes, participación ciudadana y vigilancia social.
 - Esta actividad cuenta a la fecha con un gran contingente de pacientes capacitados que están participando en la organización de pacientes en GOETs: 184 promotores A y 696 promotores B.
 - Se formaron 15 GOETS nuevos y se reestructuraron 3 GOETs, teniendo en total 155 GOETs (70 en AERT-TB seleccionados por el proyecto y otros 85 en establecimientos de salud cercanos a esos AERTs).
 - Se realizaron asimismo: 123 sesiones educativas realizadas con 2,039 asistentes, 3 Jornadas de Red de Salud con 205 participantes de 3 Distritos, jornadas de trabajo organizativo descentralizadas con 705 participantes y 5 encuentros de la Red Solidaria con más de 400 líderes de pacientes de TB.
 - En Junio se imprimió el Módulo “Yo promotor” (Módulo de enseñanza para promotores en la Lucha Solidaria contra la TB en AERT-TB previsto por el programa). El 9 de Julio, se presentó el módulo en una ceremonia pública presidida por la Ministra de Salud, Dra. Mazzetti, OPS, Colegio Médico del Perú y el Fondo Mundial representado por CARE Perú. Actualmente se ha distribuido el módulo entre los promotores formados en el marco de esta actividad.
 - Se hizo entrega de los primeros módulos educativos y la guía metodológica del facilitador a los promotores educativos y dirigentes de las ASETs y GOETs reunidos en el taller de consolidación del mes de Junio
- En cuanto a la actividad 5 “*Incorporación como promotores a personas curadas de TB para actividades de quimioprofilaxis y promoción*”, se capacitó a 414 nuevos promotores de IEC, con los cuales se totaliza 848 promotores capacitados. De aquéllos, 728 promotores se encuentran realizando actividades (es decir, están activos) y el restante ha dejado las actividades de promoción. Al respecto:
 - Se ha culminado con la elaboración del Módulo I y II del programa de formación.
 - Se dio inicio a las actividades de elaboración del Diagnóstico de las necesidades de IEC en las diferentes comunidades y en los AERT donde los participantes desarrollan su labor.
 - Se realizó un Taller internado en Julio que ha fortalecido el conocimiento sobre la TB y su carácter clínico
 - Los promotores formados realizaron dos ferias de salud en su comunidad.
 - En cuanto a la actividad 6 “*Capacitación para la generación de empleo y micro empresas a enfermos y/o familiares de TB en las AERT-TB*”, además de las personas capacitadas en este trimestre (459) se ha hecho el seguimiento a 11 Sociedades Populares de Inversión (SPI). Se realizaron además 3 sesiones de Planes de Negocios en Comas y acciones preparatorias en Villa El Salvador.
 - Se iniciaron 5 cursos taller de capacitación técnica con 104 enfermos de TB dados de alta, o en proceso de recuperación (BK negativo): Operatividad de maquinas industriales en confección textil, auxiliar de

contabilidad, inspección en la Industria de Confección de Prendas de vestir, limpieza Industrial y Fumigación y Panadería.

Especialidad y Centro Educativo	N° de Inscritos
Operatividad de máquinas textiles industriales en CEO Micaela Bastidas	24
Auxiliar de Contabilidad en CEO San Pedro	15
Inspección de Industria Textil en CEO San José El Artesano	24
Limpieza Industrial y Fumigación en Servicios Educativos El Agustino	21
Panadería en CEO Micaela Bastidas	20

- El equipo responsable de esta actividad ha diseñado un programa de pasantía y contactado para ello a empresas que apoyarían al programa acogiendo a los pasantes. Las empresas contactadas son por lo general PYMES que operan en las zonas cercanas a los AERT-TB, aunque también se ha contactado a grandes empresas como Popus SRL, Sonia García (microempresaria), Nm&c textiles SAC, Hialpesa, Sociedad Industrial Creaciones y Confecciones Lidia SRL, Belcorp (EBEL), Saga Falabella, Banco Continental, Drokasa Perú SA y Wong – Metro, entre otros.
 - El Sub-Receptor informa que no se han iniciado las pasantías laborales a la espera de que los pacientes y sus familias culminen los cursos de capacitación laboral. Se ha previsto iniciarlas en Octubre y Noviembre.
 - Continúa el programa de asesoría para la elaboración, evaluación y formulación final de los planes de negocios y el seguimiento de los negocios implementados en los grupos conformados en: Independencia, Comas, San Juan de Miraflores, Villa El Salvador, Villa María del Triunfo, San Martín de Porres – Los Olivos, Ventanilla, Callao y Canto Grande – Las Flores – El Agustino – Ate Vitarte.
 - Se han otorgado 93 créditos a ex pacientes de TB o familiares agrupados en 11 grupos llamados SPI, porque se garantizan mutuamente entre los miembros del grupo y tienen que aportar un ahorro obligatorio para formar un fondo propio que también utilizan para dar crédito al que lo necesita. El total de lo prestado ha sido de S/. 36,350.
- En que respecta a la actividad 7 *“Plan para el soporte nutricional de los enfermos y sus familias en pobreza”*, están en proceso los siguientes 34 planes de soporte nutricional, previstos para el fin de la primera fase. Asimismo:
 - Se culminó en Julio la segunda encuesta nutricional y socioeconómica. Se realizaron talleres de explicación de los resultados de esta encuesta en los distritos donde se está interviniendo en el segundo año del proyecto: Surco, El Agustino, Chorrillos, Callao, La Victoria, Pachacamac y Villa El Salvador.

- Se ha continuado con la distribución de las cocinas, balón de gas y vajilla en los AERT-TB a las asistentes sociales responsables del trabajo de las promotoras de salud en cada uno de ellos. También se ha distribuido entre las promotoras nutricionales, personal de salud y población los afiches, trípticos, recetarios, cartillas y laminarios.
- Se realizaron dos talleres con las Juntas Directivas de las promotoras nutricionales formadas en el primer año del programa, definiendo los roles y funciones necesarios para la sostenibilidad de sus actividades. Asistieron 76 dirigentes en el primer encuentro y 123 dirigentes en el segundo.
- Se ha formado en talleres a 123 promotoras adicionales. El conjunto de promotoras de educación nutricional (723) ha continuado con las visitas domiciliarias y charlas educativas a los pacientes de TB.

El consorcio reporta como nudos críticos en este período los siguientes:

1. Dificultades de coordinación en los Municipios, tanto por problemas internos entre las autoridades de cada Municipio como por roces de los Municipios con los Comités contra la TB conformados. Aunque se entiende que esta situación podría ser parte del proceso de construcción de un trabajo coordinado entre sociedad civil, organizaciones de base y municipios en la lucha contra la TB, muchas veces estos problemas han retrasado las actividades y logros de la actividad 1.
2. Continúa la actitud negativa de las autoridades de los centros de salud que han sido beneficiados con obras de mejora de infraestructura a decepcionar oficialmente dichas obras. La conformación de un equipo para darle seguimiento y solución a este problema con la participación de la ESN PCT, los Sub-Receptores de los objetivos 1 y 3 (ambos trabajan obras de infraestructura en el programa TB), representantes de las Oficinas de Infraestructura y otros representantes de las DISAS que presentan este problema, además de CARE Perú, está resultando efectiva en la búsqueda de propuestas de solución y compromisos de las partes.
3. Se han dado descoordinaciones importantes entre el trabajo del objetivo y la COREMUSA Callao que están dificultando el avance de las coordinaciones con diversas organizaciones del Callao y también con las autoridades municipales y de salud. El Objetivo 5 del programa de VIH, objetivo que trabaja sobre el fortalecimiento de la respuesta de la sociedad civil y del Estado y que ha promovido la conformación de las COREMUSAS en el país, apoyará al objetivo 1 de TB para facilitar la comunicación con la COREMUSA.

3.1.2 Objetivo 2: *Disminuir la tasa de incidencia de casos positivos de tuberculosis bacilosκόpica en los 9 más grandes penales del país*

El Sub Receptor de este objetivo es el consorcio conformado por la ONG CEPESJU, el Servicio de Medicinas PRO-VIDA, y es liderado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Las actividades 5 y 6 de este objetivo son ejecutadas directamente por el Receptor Principal, CARE Perú, en estrecha coordinación con el Instituto Nacional Penitenciario – INPE y el Ministerio de Justicia – MINJUS.

Acerca de los avances en términos de los indicadores de cobertura⁸ generados por los programas DOTs y DOTs PLUS del INPE en los 9 penales que participan directamente en el programa, los últimos datos con que se cuenta son los del mes de Diciembre del año

⁸ le. Operacionales de acuerdo a la denominación del MINSA

2004. Dicha información está disponible desde el mes de Abril del 2005 gracias a un esfuerzo adicional desplegado por el Sub-Receptor de este objetivo, cuyos especialistas en sistemas de información han logrado activar rápidamente un sistema de registro y reportes operacionales capacitando y proveyendo insumos como libros de registro a los equipos de salud de los penales. Aún se encuentra en proceso sin embargo la consolidación del sistema y del flujo de información al interior de los penales con la sede central del INPE y con la ESN PCT del MINSA.

La información disponible a la fecha es la siguiente:

Indicador y avance a Diciembre 2004	Avance del Primer Semestre del 2005	Meta Noviembre 2005
4705 pacientes sintomáticos respiratorios examinados en los 9 penales	ND	5000
320 nuevos casos de TB diagnosticados en el año 2004	ND	360
100% (21 casos) de TB-MDR bajo tratamiento DOTS PLUS registrado en el Penal de Lurigancho	ND	Disminuir hasta llegar al 100% de casos bajo tratamiento en los 9 penales

Otra información sobre el número de casos de TB-MDR diagnosticados por año así como la proporción de abandonos a las estrategias DOTs y DOTs Plus no cuentan con información de penales al 2004 ni al 2005 por el momento.

El número de sintomáticos respiratorios examinados en los 9 penales refleja el accionar de la ESN PCT dentro del sistema penitenciario, y puede llegar a dar cuenta de la eficacia de dicha intervención cuando se cruza esta información con la proporcionada por otros indicadores de este objetivo. En este caso este indicador esta referido en números absolutos debido a que no se ha establecido aún el valor del denominador (sintomáticos respiratorios esperados en base a las atenciones medicas en los EP, como se realiza en la ESN PCT). La meta está basada en el valor histórico conseguido el año previo. Respecto al número de sintomáticos respiratorios examinados en el 2004 (4705) y su relación con la meta para el 2005 (5000), podemos mencionar que parece ser altamente factible de lograr ya que representa solamente 6% más de lo obtenido en el primer año. Si consideramos que en el presente año se han puesto en juego nuevas estrategias como la presencia de promotores para la lucha contra la TB y los dispositivos legales que respaldan la amplificación de las acciones de salud para despistaje de enfermedades como la TB, las ETS y el VIH/SIDA, podemos prever el logro de la meta sin mayores dificultades.

El número de nuevos casos diagnosticados de TB establecido como meta para el segundo año de la primera fase es un valor bastante alcanzable a juzgar por logrado en el año previo. Ello, unido al hecho de haber capacitado mejor al personal de salud del INPE con el apoyo del programa TB, asegurará que la meta sea alcanzada sin dificultad. Sobre el número de nuevos casos diagnosticados de TB podemos decir que está en relación con varios factores: a una búsqueda intensiva de casos, a un incremento en la población penal y a un incremento en las tasas de incidencia en la comunidad de la que proceden

los internos. Es probable que los dos primeros factores se estén dando a nivel de los penales, pero considerando que los reportes del MINSA hablan de una caída consistente de estas tasas desde la década pasada, no ocurriría lo mismo en el caso del último factor. Por lo tanto, el incremento de 12% en la meta para el presente año podría lograrse aunque las tendencias en la población general podrían también estar replicándose en la población penitenciaria, con lo cual asistiríamos a una gradual disminución del número de casos nuevos diagnosticados por año.

La meta de lograr atender a todos los pacientes con TB MDR e incluirlos a esquemas de DOTS plus es una meta ya alcanzada el año previo consideramos que con el mejor conocimiento del problema este logro debería mantenerse de forma permanente en el futuro. El logro de diagnosticar y tratar a todos los pacientes con TB-MDR en los penales está en función de las capacidades institucionales del área de salud del INPE (futura dirección de salud, según el nuevo Reglamento de Organización y Funciones del INPE) y de la propia ESN PCT del MINSA, en particular considerando que el diagnóstico presuntivo es realizado en el INPE pero el diagnóstico confirmatorio debe ser remitido a los laboratorios del MINSA. De igual manera, la provisión de medicamentos de segunda línea para el tratamiento de TB-MDR está a cargo del MINSA. De esta manera, si las coordinaciones entre ambos entes permanecen tan fluidas como hasta ahora, se avizora una mayor cobertura completa de los pacientes portadores de TB-MDR.

En lo referente al avance de los indicadores de cobertura generados por el Sub-Receptor en estrecha coordinación con el INPE y con la ESN PCT del MINSA, 236 trabajadores de salud del INPE procedentes de los 83 penales de todo el país fueron capacitados el primer año del programa en temas de DOTs, DOTs Plus, VIH/SIDA y manejo de coinfección (cf. Actividad 2). Hasta el tercer trimestre del segundo año del programa (Trimestre VII), los mismos trabajadores de salud se encontraban culminando la segunda parte de dicha capacitación, diseñada como refuerzo de la capacitación recibida el primer año. Así, de los alumnos que participaron en la segunda parte del Diplomado, se tiene que 203 pertenecen al personal de salud del INPE y los restantes 33 pertenecen a las DISAS o Unidad Técnica de la ESN PCT del MINSA, quienes por ser las contrapartes directas del personal de salud del INPE en el trabajo con la PPL necesitan manejar los mismos criterios y estandarizar los fundamentos de sus intervenciones, por lo que han sido asimismo capacitados por el Sub-Receptor en el marco de este Diplomado. Para esta capacitación, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos estableció la posibilidad de otorgar créditos académicos a los miembros del staff del INPE que participan en el Diplomado del programa TB. Vale decir que dicho creditaje ha servido como importante incentivo para los beneficiarios del curso de capacitación.

De otra parte, en lo referente al número de penales que cuentan con regulaciones sobre la prevención y control de la TB y programas de bioseguridad para control de infecciones, en este período de reporte los 9 penales que participan directamente en el programa contaron ya con dichas regulaciones, las mismas que se están implementando en la práctica con el apoyo del Sub-Receptor y del equipo de salud del INPE a través de mesas de diálogo establecidas con las autoridades de cada penal y diversas reuniones de información y sensibilización que viene desarrollando el programa TB (cf. Actividad 3). Los avances quedan plasmados en actas de reuniones cuyos compromisos se consideran de obligatorio cumplimiento.

En lo que respecta al número de servicios de salud en los 9 penales que cuentan con un ambiente adecuado para evitar la transmisión de TB, se ha culminado y entregado al

INPE las obras de los penales de Ica, Trujillo y Piura con el respectivo mobiliario de habitaciones y de oficina (cf. Actividad 6). Con esto se ha avanzado con el 33% de la meta de esta actividad. Se encuentran en proceso las obras de los penales de Lurigancho, Huánuco, Lambayeque y Callao. En el caso del penal de Socabaya en Arequipa y el de Castro Castro en Lima, las obras se iniciarán en Octubre. Vale reiterar que la razón principal de este retraso se debe a que estas obras de infraestructura en los penales debieron pasar por un proceso de búsqueda de consenso en la definición de las necesidades de mejora en cada penal y también por el ciclo del programa del Sistema Nacional de Inversión Pública, cuyo trámite tomó varios meses de coordinaciones con las autoridades del Ministerio de Economía y Finanzas, del Ministerio de Justicia y del INPE.

Respecto a los PPL que han recibido una prueba rápida para detectar el VIH, se tiene a la fecha que 17038 personas privadas de su libertad, es decir, 88% de la meta esperada para Mayo 2005 (incluidos los 9 penales en los que opera el programa) han recibido dicha prueba (cf. Actividad 7). El tamizaje se ha realizado por dos vías: en el estudio Vigilancia Centinela en penales conducido por el INS y la OGE en estrecha coordinación con el INPE⁹, y el tamizaje de rutina, apoyado directamente por el Sub-Receptor. Hasta el cierre de este reporte, el INPE informaba la existencia de 166 pruebas rápidas reactivas (es decir, con posibilidad de condición de seropositividad en el interno tamizado), las cuales se encontraban en proceso de confirmación en el INS.

Finalmente, hasta Mayo del 2005 179 PPL VIH positivos estaban recibiendo regularmente seguimiento médico y atención integral que implica el apoyo social y consejería psicológica, además de la atención médica (cf. Actividad 8; ver detalle más adelante). En Julio se inició el TARGA en penales, entregando tratamientos antirretrovirales a 4 de 20 PPL VIH positivos del penal de Lurigancho que están listos para ingresar a TARGA. El ingreso al programa TARGA será progresivo, mientras en paralelo se validan los procesos y procedimientos diseñados para que opere el TARGA en los penales.

Otros avances en términos de las actividades de este objetivo se aprecian en la siguiente tabla de resultados:

Tabla resumen de resultados por actividad del Objetivo 2¹⁰

Actividad	Indicador	Clave		Trimestre 3 segundo año (1ro. Jun - 30 Ago 05)	Avance Dic. 03 - Ago 05	Avance total proyecto Dic. 03 - Nov. 05 ¹¹
Elaboración de una guía nacional de atención de VIH y TB en Penales	Número de penales del país que tienen un manual para tratar el VIH y la TB (*)		Programado	83	166	166
			Ejecutado	0	113	113
			% de avance	0%	68%	68%
Actualización en	Número de trabajadores de salud del INPE capacitados en DOTs		Programado	0	249	498

⁹ La fase de tamizaje por pruebas rápidas se realizó entre Abril y Julio de este año.

¹⁰ Según instrucciones del Fondo Mundial: 80% a más de avance = color verde; menos de 80% de avance = color rojo.

¹¹ La fila "programado" incluye la información de la meta esperada del cuarto trimestre, que no es visible en este cuadro. Por esta razón el total programado aparente no suma lo indicado en las columnas parciales.

estrategia DOTS, y capacitación en DOTS Plus, Coinfección VIH-TB, Control de Infecciones	INPE capacitados en DOTS, DOTS Plus, co-infección VIH-TB y control de las infecciones de TB (*)	Ejecutado	0	236	236
		% de avance		95%	47%
		Programado	0	9	18
Plan de advocacy para los administradores de establecimientos penitenciarios	Número de penales del país que cuentan con normas relacionadas a la prevención y control de la TB en el penal	Ejecutado	0	9	9
		% de avance		100%	50%
		Programado	20	102	108
Plan IEC para los internos relacionado a prevención y control de TB	Número de actividades de fomento de la salud e IEC en los 9 penales objetivo para promover la participación y organización de actividades de IEC contra la TB	Ejecutado	16	89	89
		% de avance	80%	87%	82%
		Programado	0	9	18
Plan de control de infecciones en TB	Número de penales objetivo que tienen un programa para mejorar la bioseguridad para el control de infecciones de TB (*)	Ejecutado	0	9	9
		% de avance		100%	50%
		Programado	0	0	1
Plan de control de infecciones en TB	Una unidad residencial para pacientes con TB-MDR construida en el penal de Lurigancho	Ejecutado	0	0	0
		% de avance			0%
		Programado		9	9
Acondicionamiento de los ambientes donde se ofrece servicios de Salud en los penales	Número de servicios de salud en los 9 penales objetivo que tienen ambientes adecuados para evitar la transmisión de TB (*)	Ejecutado	3	3	3
		% de avance		33%	33%
		Programado	3000	19408	21339
Despistaje de VIH en internos	Número de personas recluidas en los 9 penales objetivo que tienen acceso a una prueba rápida de VIH mediante despistaje	Ejecutado	3975	17038	17038
		% de avance	133%	88%	80%
		Programado	0	144	144
Control y Tratamiento de VIH en internos	Número de internos con VIH/SIDA que reciben seguimiento y atención médica (**)	Ejecutado	0	137	179
		% de avance		95%	124%
		Programado			

(*) Indicador no acumulativo. Usualmente se refiere a un refuerzo respecto a lo trabajado el año anterior para la misma población.

(**) En el caso de PPL atendidos (actividades 7 y 8), el carácter no acumulativo del indicador debe interpretarse con la variable adicional de pérdida de casos porque algunos internos fallecieron o se retiraron del penal por cumplir su sentencia o declararse su inocencia.

- En cuanto a la actividad 1 “*Elaboración de una guía nacional de atención de VIH y TB en Penales*”, en el trimestre de Junio, Julio y Agosto del 2005 se realizó la revisión de la guía en aspectos de derechos humanos, ética, calidad y aspectos técnicos de la guía, con la participación de expertos en las diferentes materias. Se realizaron asimismo las coordinaciones para realizar los talleres de revisión y validación, los cuales fueron postergados en múltiples oportunidades a solicitud del INPE o de la ESN PCT MINSA. En el mes de Setiembre se llevará a cabo la validación final y en Octubre la impresión del módulo y su distribución a todos los penales.
- En lo referente a la actividad 2 “*Actualización en estrategia DOTS, y capacitación en DOTS Plus, Coinfección VIH-TB, Control de Infecciones*”, además de la continuación de las actividades educativas a través del Diplomado:
 - El Diplomado Avanzado, o refuerzo del anterior, culminó en el mes de Junio. Al cierre de este reporte todavía se estaba realizando la calificación de los productos de los alumnos a través del aula virtual (fase no presencial).

- Se ha desarrollado el módulo III, correspondiente a aspectos de gestión para la organización de la atención integral de las PPLs con diagnóstico de VIH confirmado, diagnosticados tanto mediante el estudio de Vigilancia Centinela como el despistaje de rutina en los diferentes penales intervenidos en Lima y Regiones.
- Implementación del aula virtual: Tele formación por Internet. Plataforma telemática (página Web), con Aula Virtual dotada de funcionalidades para comunicación profesor-alumno: mensaje del día, actividades diarias, panel de participantes, foros de discusión, charlas en directo, material del curso, buzón de correo, tutorial. Para los profesores existe una utilidad adicional para el control de participación.
- El cuanto a la actividad 3 “*Plan de advocacy para los administradores de establecimientos penitenciarios*”, se avanzó en la implementación de las normas referidas a la prevención y control de la TB mediante lo siguiente:
 - Se realizaron 16 reuniones en Lima con autoridades del INPE, MININTER, MINJUS y MINSA, a fin de mostrarles los avances del programa en el contexto de los penales, consolidar el trabajo coordinado, generar en dichas instituciones compromisos para mejorar las condiciones de salud de los PPL en los penales y difundir las “Normas y Procedimientos para la atención de salud de las personas Privadas de Libertad en los Establecimientos Penitenciarios a Nivel Nacional”, entre las autoridades, para facilitar su implementación.
 - En Agosto se realizó 1 taller de difusión de las normas y procedimientos para la atención en salud”, con autoridades de los penales de la macroregión Sur del Perú. Participaron 7 funcionarios de la Región del altiplano Puno, 5 funcionarios del penal La Capilla Juliaca (Puno), 4 funcionarios de la región del Cuzco, 5 funcionarios del penal de Quencoro Cuzco, 4 funcionarios de la región arequipa, 9 funcionarios del penal de Socabaya (Arequipa), y 3 funcionarios de la Dirección Regional de Tacna.
 - Se hizo el seguimiento de las mesas de diálogo instaladas.
- En lo que respecta a la actividad 4 “*Plan IEC para los internos relacionado a prevención y control de TB*”, se ha logrado realizar 16 actividades de IEC en este trimestre, lo que acumulado con las actividades realizadas en trimestres anteriores hacen un total de 86 actividades de IEC realizadas (87% de la meta esperada para Mayo 2005). Más de 900 PPL fueron beneficiadas con estas actividades. Las actividades de IEC incluyen: teatro, difusión de videos, pasacalles por el interior de los penales, juegos recreativos, círculos de salud, sociodramas, etc. tanto para los internos como para sus familiares en los días de visita Asimismo:
 - Se realizaron 200 actividades educativas (charlas informativas) en los 9 penales por parte de los promotores de salud capacitados por el programa. Para ello han contado con el apoyo del equipo multidisciplinario de salud de cada penal.
 - Los promotores PPL realizaron también, con apoyo del equipo de salud de los penales y del Sub-Receptor, 78 actividades educativas (charlas informativas) con familiares en los 9 penales en los que focaliza el programa.
 - Se culminó y distribuyó en los penales el Video “historias de un penal”, el rotafolio para promotores de IEC y la guía para el manejo del rotafolio. Se produjeron 30000 folletos, los cuales fueron distribuidos a todos los penales.

- En lo que respecta a la actividad 5 “*Plan de control de infecciones en TB*”, desarrollada por CARE Perú en coordinación con el INPE y MINJUS, luego de integrar los elementos de bioseguridad en los expedientes técnicos de las construcciones, se ha logrado desarrollar de manera consensuada (ie. mediante talleres descentralizados y estrecho trabajo con el equipo de la sede central del INPE) un nuevo set de regulaciones específicas sobre bioseguridad, referidas al manejo de los pacientes sintomáticos respiratorios, con TB-MDR, protección del personal y de los PPL, que se espera sea aprobado y firmado por la autoridad del INPE en Setiembre e implementado en los siguientes meses en cada penal. La demora fue en el contrato de los especialistas, pues no se encontraba localmente equipos calificados para llevar a cabo esta tarea que es sumamente especializada; posteriormente, el proceso de consensuar la propuesta de bioseguridad con los penales de provincias y el cruce de actividades con otras del equipo del INPE dilataron el producto.
- En lo referente a la actividad 6 “*Acondicionamiento de los ambientes donde se ofrece servicios de Salud en los penales*”, también desarrollada por CARE Perú en coordinación con el INPE y MINJUS, se culminó las obras en los penales de Ica, Trujillo y Piura. Al respecto:
 - Se adquirió para cada servicio de salud mejorado en los penales mencionados, mobiliario de oficina y para las habitaciones.
 - Luego del cierre de este reporte se hizo entrega oficial al INPE de cada una de las obras realizadas por el programa TB.
 - Las obras de los penales de Lurigancho, Huánuco, Callao y Lambayeque se encuentran en proceso de construcción, y las obras en los penales de Arequipa y Lima (Castro Castro) se iniciarán en Octubre.
 - Hay un retraso en la adquisición de equipos para los servicios de salud que están siendo mejorados. Este retraso en la adquisición de los equipos se debió a la espera de la opinión técnica del INS acerca de la implementación de laboratorios en los 9 penales priorizados. Cabe destacar que la compra de equipos se realizará en bloque para obtener mejores precios. Al cierre de este informe el INS aún no había hecho llegar su opinión.
- En cuanto a la actividad 7 “*Despistaje de VIH en internos*”, se ha realizado el tamizaje a un total de 17038 internos (88% de la meta esperada hasta Mayo 2005). Para ello, se está llevando a cabo un trabajo colaborativo entre el MINSa, el INPE y el Sub-Receptor del programa, con participación asimismo de CARE Perú, para realizar el tamizaje de los internos de los penales mediante la toma de muestras para el estudio de Vigilancia Centinela del INS-OGE, y en paralelo el Sub-Receptor también ha tamizado Pals (ie. tamizaje denominado “de rutina”), especialmente para los casos de la demanda no atendida por el estudio Centinela. En el marco de esta actividad:
 - El 15 de Julio culminó la aplicación de pruebas rápidas en el marco del estudio de Vigilancia Centinela. Hubo 40% de rechazo de los PPL a ser tamizados al saber que se encontraban en una “lista” (muestra del estudio), por lo que tuvo que cambiarse la estrategia tamizando a voluntarios. Al cierre de este reporte continuaba en proceso la realización de pruebas de confirmación y control de calidad.
 - Hasta el 10 de Agosto de 2005, se tenía la información de que 68 pruebas rápidas resultaron reactivas en despistaje de rutina y 98 resultaron reactivas por el estudio Vigilancia Centinela. En total, 166 PPL han tenido diagnóstico preliminar de seropositividad al VIH/SIDA

- El Sub-Receptor contrató dos equipos: uno compuesto por 8 consejeros y 2 tecnólogos médicos para coleccionar muestras en los penales de Lima y otro compuesto por un médico infectólogo, un tecnólogo y 4 enfermeras para coleccionar muestras en los penales de Provincias.
 - Se ha realizado consejerías para consentimiento informado, tanto pre-test como post-test.
 - Continúan los tamizajes de rutina con pruebas rápidas.
 - Para el adecuado uso de los instrumentos del sistema de Registros e Información Operacional en los nueve penales más grandes del país, se realizaron reuniones de trabajo con los equipos multidisciplinarios con la finalidad de identificar dificultades y debilidades en el registro de la información en los instrumentos correspondientes y corregirla mediante una capacitación *in situ*.
 - CARE Perú adquirió 48000 pruebas rápidas adicionales para el tamizaje de rutina, las cuales ya fueron entregadas al INPE.
- En lo que respecta a la actividad 8 “Control y Tratamiento de VIH en internos”, 44 internos fueron diagnosticados VIH positivos y se añadieron a la relación de internos seropositivos, en tanto otro grupo de internos VIH positivos salieron en libertad en los últimos meses ya sea porque cumplieron su sentencia o fueron encontrados inocentes en los juicios que tenían en curso. Esto ha determinado que de los 179 internos que recibieron tratamiento y seguimiento médico reportados en el período anterior, durante el presente período de reporte totalizan solamente 137 internos con esa condición (95% de los 144 PPL con VIH en seguimiento médico esperados). De los 137 internos VIH positivos, el 100% ha recibido en este período el seguimiento y atención médica en los servicios de salud de los penales. Dichos internos han recibido seguimiento médico de su condición de seropositividad, y además se les ha brindado apoyo psicológico y social.

El consorcio reporta como principales dificultades en la implementación de las actividades:

1. El cruce con algunas actividades del mismo consorcio y de otras organizaciones así como las constantes postergaciones de algunas actividades porque las agendas del equipo de salud del INPE y del equipo técnico de la ESN PCT del MINSA, su principal contraparte, se encuentran con mucha frecuencia ocupadas. Esto obliga a postergar las actividades, con el consiguiente retraso en los procesos y en el alcance de metas clave.
2. Otra dificultad es la falta de un sistema de información plenamente performante en el INPE para el área de salud, que apoye la toma de decisiones y que ayude a conocer el avance específico de algunos indicadores del programa. Si bien el Sub-Receptor ha dado un valor agregado muy importante a su intervención ayudando a desarrollar un sistema de reportes operacionales en salud, todavía se están consolidando los procesos de registro y reporte y el flujo de información, por lo que la información disponible se encuentra retrasada.
3. Al cierre de este reporte continuaba sin definirse la manera cómo se realizará el registro de las horas invertidas por internos formados como promotores en las actividades de IEC, para operativizar la Resolución Presidencial N° 875-2004-INPE-PE de Noviembre pasado, según la cual se reconocerán las horas invertidas por los promotores de salud en los penales en el cálculo de la reducción de pena según el sistema dos por uno. Esta situación está generando malestar en algunos internos, y

podría derivar en la desmotivación en ellos para realizar el trabajo como promotores si no se toman las precauciones del caso y se culmina el diseño del sistema.

3.1.3 Objetivo 3: Extender la cobertura del DOTS Plus y mejorar la tasa de curación de pacientes TBC MDR en el país

El Sub-Receptor de este objetivo es la ONG Socios en Salud (SES), con la co-participación con la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del MINSA (ESN PCT) y el Instituto Nacional de Salud (INS).

Acerca de los avances en términos de los indicadores de cobertura¹² generados por el programa DOTs PLUS del Ministerio de Salud con el apoyo del programa TB del Fondo Mundial (en particular del Sub-Receptor Socios en Salud), un total de 2193 pacientes ingresaron a tratamiento DOTs PLUS desde el inicio del programa hasta el cierre de este reporte (85% de la meta esperada a Agosto 2005; cf. actividad 1). En el trimestre ingresaron 667 pacientes, 269 pacientes a tratamiento individualizado y 398 a tratamiento estandarizado. La principal dificultad es el retraso acumulado en el ingreso de pacientes a tratamiento estandarizado, debido a que la Norma Técnica fue publicada recién en Marzo de 2005.

En Mayo de 2005 ya se había superado la meta del programa de llegar a 9 DISAS brindando DOTs PLUS en el país. Es decir, a las 5 DISAS originales (Lima Ciudad, Lima Este, Lima Norte, Lima Sur y Callao) se han añadido las DISAS de La Libertad, Ancash, Arequipa, Ica y Lambayeque. Aún se está completando el fortalecimiento de los centros de salud de dichas DISAS para que la entrega del DOTs PLUS tenga mayor cobertura en cada ámbito de intervención, y se está preparando las condiciones para que otras dos DISAS más (Piura y Junín) inicien el DOTs PLUS cuando llegue la autorización del Comité Luz Verde.

En este trimestre se capacitó a 767 trabajadores de salud adicionales en temas relacionados con el DOTs PLUS y la nueva Norma Técnica (cf. actividad 4). Con este avance se tiene un total de 2998 trabajadores de salud capacitados por el programa TB (105% de la meta planteada a Agosto 2005).

En cuanto a las DISAS que cuentan con red de promotores en DOTs PLUS, continúa el avance de 9 DISAS con red de 1518 promotores comunitarios (89% de la meta del proyecto a Agosto de 2005), aunque ya está en proceso la formación de promotores en dos nuevas DISAS: Piura y Junín (cf. actividad 5). La red de promotores en las nuevas DISAS podrá establecerse cuando el Comité Luz Verde otorgue al Perú la autorización para extender la cobertura de atención en DOTs PLUS a dichas nuevas dos DISAS.

En cuanto a la atención especial para pacientes que se encuentran en situación social vulnerable, en el presente trimestre ingresaron 59 nuevos pacientes (2 de ellos a casas de reposo y 57 a habitaciones en Lima y provincias). En total, se tiene a la fecha 233 pacientes beneficiados por este sistema de protección (114% de la meta esperada para Agosto 2005). Cf. actividad 7.

¹² Ie. Operacionales de acuerdo a la denominación del MINSA

De otra parte, los laboratorios descentralizados de Lima Ciudad, Lima Sur, Lima Norte, Lambayeque y Arequipa han logrado realizar a la fecha 1795 pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea (150% de la meta esperada para Agosto 2005; cf. actividad 9). El Laboratorio Nacional asimismo ha realizado localmente otras 1844 pruebas de sensibilidad a drogas de segunda línea (cf. actividad 10).

Otros avances en términos de las actividades de este objetivo se aprecian en la siguiente tabla de resultados:

Tabla resumen de resultados por actividad del Objetivo 3¹³

Actividad	Indicador Clave		Trimestre 3 segundo año (1ro. Jun - 30 Ago 05)	Avance Dic. 03 - Ago 05	Avance total proyecto Dic. 03 - Nov. 05 ¹⁴
Tratamiento de pacientes bajo estrategia DOTS PLUS	Número de pacientes que reciben tratamiento anti TB-MDR según esquema individualizado	Programado	210	1601	1836
		Ejecutado	269	1665	1665
		% de avance	128%	104%	91%
Tratamiento de pacientes bajo estrategia DOTS PLUS	Número de pacientes que reciben tratamiento anti TB-MDR según esquema estandarizado	Programado	0	971	971
		Ejecutado	398	528	528
		% de avance		54%	54%
Centralización de registro, abastecimiento y distribución de medicinas de 2da línea y medicamentos para control de reacciones adversas	Un centro de distribución con un sistema de información centralizada para registrar, abastecer y distribuir medicinas del 1ra. Y 2da. Línea creado	Programado	0	2	2
		Ejecutado	0.5	1.5	1.5
		% de avance		75%	75%
Mejoramiento del registro de datos de pacientes en DOTS-Plus a nivel central	Un sistema de información para el registro centralizado de pacientes implementado	Programado	0	2	2
		Ejecutado	0.5	1.5	1.5
		% de avance		75%	75%
Capacitación del personal de salud en DOTS-Plus	Número de trabajadores de salud capacitados en DOTs-Plus	Programado	150	2861	2861
		Ejecutado	767	2998	2997
		% de avance	511%	105%	105%
Red de promotores de salud en DOTS Plus a través del país	Número de DISAS que tienen un red de promotores de salud capacitados en DOTs Plus	Programado	2	11	11
		Ejecutado	0	9	9
		% de avance		82%	82%
Acondicionamiento de centros de salud especializados en DOTS-Plus	Número de centros de salud especializados en DOTs Plus, acondicionados con ambientes de bioseguridad y abastecimiento de medicamentos adecuado	Programado	45	219	274
		Ejecutado	73	203	203
		% de avance	162%	93%	74%
Casas de reposo para pacientes en tratamiento sin hogar o con problemas sociales	Número de casas de reposo para pacientes sin hogar o con problemas sociales implementadas	Programado	0	2	2
		Ejecutado	0	2	2
		% de avance		100%	100%
Casas de reposo para	Número de pacientes en	Programado	45	205	250

¹³ Según instrucciones del Fondo Mundial: 80% a más de avance = color verde; menos de 80% de avance = color rojo.

¹⁴ La fila "programado" incluye la información de la meta esperada del cuarto trimestre, que no es visible en este cuadro. Por esta razón el total programado aparente no suma lo indicado en las columnas parciales.

CONDICION DEL PACIENTE	PACIENTES
FALLECIDO	0
EN TRTO	300
SUSPENDIDO	0
Total General	300

Pacientes TB-MDR atendido por el programa según Rango de edad (RTI)

Rango de edad	Número de pacientes
0 a 2 años	0
3 a 9 años	0
10 a 19 años	0
20 a 29 años	0
30 años o más	0
Total	0

Pacientes TB-MDR en RTE atendidos por el programa distribuidos por DISA:

DISA	Número de pacientes
ALICAPAZ	0
BOYACÁ	0
BOYACÁ	0
BOYACÁ	0
BOYACÁ	0
BOYACÁ	0
BOYACÁ	0
BOYACÁ	0
BOYACÁ	0
BOYACÁ	0
BOYACÁ	0
Total	0

Pacientes TB-MDR atendidos por el programa según condición al 31 de Agosto del 2005 (RTE)

Edad	Nº de pacientes
0-14	0
15-24	0
25-34	0
35-44	0
45-54	0
55-64	0
65-74	0
75-84	0
85-94	0
95-104	0

Pacientes TB-MDR atendido por el programa según Rango de edad (RTE)

Rango de edad	Nº de pacientes
0-14	0
15-24	0
25-34	0
35-44	0
45-54	0
55-64	0
65-74	0
75-84	0
85-94	0
95-104	0

- Otros avances en relación con la actividad 1 durante este trimestre fueron:
 - Las cirugías realizadas en el trimestre fueron de 22 (36.6 %) de las 60 programadas debido a que de los 207 pacientes evaluados, se consideraron de acuerdo a criterio, las siguientes intervenciones: 26 casos no quirúrgicos por lesiones bilaterales; 3 casos que deben ser reevaluados con Scan de perfusión ventilación; 14 casos que deben ser reevaluados, en espera que mejoren algunas lesiones que permitan resecar la lesión mayor; 77 casos aprobados para cirugía; 20 casos con buena evolución bacteriológica; 32 casos fueron evaluados sus TAC a quienes se le solicito PFV; 2 casos solicitan TAC; 6 casos que tendrán que volver a repetir examen de orina, hemoglobina y riesgo quirúrgico; 3 casos repetir PFV resultados no coinciden con el estado clínico; 2 casos quedan pendientes para la intervención quirúrgica.
 - En lo que respecta a la adquisición de medicinas, en este período de reporte se presentó desabastecimiento de Kanamicina, Capreomicina, Cicloserina y PAS. La falta de Kanamicina fue cubierta con lotes del MINSA, y para los demás medicamentos, se tuvo que disminuir el número de días de tratamiento que se enviaba en cada remesa. Vale precisar que los pedidos de estos medicamentos ya estaban colocados a IDA, pero que por problemas de abastecimiento en el mercado mundial IDA no pudo responder a la demanda del programa TB con la rapidez que se hubiera deseado..
 - La ESN PCT, Socios en Salud y CARE Perú se pusieron de acuerdo y efectuaron la solicitud de compra a IDA de nuevos lotes de medicamentos anti TB-MDR, por un monto total de US\$ 1,277,642. Este pedido incluye: ciprofloxacina, Etionamida, Kanamicina, Cicloserina, PAS sodium y Capreomicina. Al cierre de este reporte no habían llegado estos medicamentos al país, y además se estaba trabajando en un nuevo pedido de medicamentos con SES y la ESN PCT.
 - A fin de paliar esta situación de desabastecimiento, se realizó una compra local de 140,000 cápsulas de Cicloserina y 56,046 frascos de Q-PAS. Dicha compra fue hecha al laboratorio ESKE, por un monto aproximado de S/. 568,400

(aproximadamente US\$ 174,892) para el caso de la Cicloserina y por US\$ 563,969.

- En lo que respecta a las actividades 2 y 3, “*Centralización de registro, abastecimiento y distribución de medicinas de 2da línea y medicamentos para control de reacciones adversas*” y “*Mejoramiento del registro de datos de pacientes en DOTS-Plus a nivel central*” respectivamente, desde el segundo trimestre del programa ambos sistemas se encontraban ya operativos, habiéndose colocado en red durante el segundo trimestre del año 2 del programa para que DIGEMID y la ESN PCT del MINSA (en especial la Unidad Técnica), puedan acceder a la información sin dificultad. El avance registrado de un 75% se refiere a que el proceso de transferencia al MINSA tanto del almacén como del sistema de registro de pacientes aún no se ha culminado al 100%. Al respecto:
 - El almacén todavía está piloteando la experiencia con la DISA Lima Ciudad, en la que se han encontrado importantes debilidades en cuanto al manejo de los medicamentos (como cambio de lotes que entrega SES y demoras en la distribución de los medicamentos) que todavía se están afinando con la ESN PCT.
 - Para continuar con el proceso de transferencia al resto de DISAS de Lima y Callao, SES ha enviado un documento a la ESN PCT solicitando la conformación de un equipo encargado de la elaboración de los contenidos y la programación de las capacitaciones del personal que estaría encargado del manejo de los medicamentos a nivel de DISAs.
 - Por su parte, el sistema de registro de pacientes, si bien está conectado por Internet a la UT, no da acceso a la base de datos completa ya que el software pertenece a Partners in Health (Casa matriz de Socios en Salud a nivel internacional). Es un tema que se encuentra en proceso de negociación entre la ESN PCT y SES.
 - Se adquirió 4 computadoras con sus respectivas licencias de funcionamiento, las cuales fueron entregadas a la Unidad Técnica del MINSA (con esta compra totalizan 8 computadoras adquiridas para el MINSA, aunque en el plan operativo se planteó comprar solamente 6). Se adquirió asimismo un fax multifuncional para la comunicación con las diferentes DISAs y DIRESAs a nivel nacional.
 - Se imprimió 3,000 ejemplares de la nueva norma técnica, que fueron entregados al MINSA para la respectiva distribución.
 - Desde el mes de Julio se cuenta con la participación del Dr. Oswaldo Jave, reconocido especialista en Tuberculosis peruano, a cargo de la Unidad Técnica de la ESN PCT.
- En cuanto a la actividad 4 “*Capacitación del personal de salud en DOTS-Plus*”, hasta la fecha se ha capacitado como se mencionó a 2998 trabajadores de salud (entre médicos, enfermeras, laboratoristas y tecnólogos médicos), 767 de ellos capacitados solamente en este período de reporte. En la relación de capacitados se ha incluido al personal beneficiado por eventos de réplica de capacitación efectuados por miembros del personal de salud del MINSA que fue capacitado previamente por SES en el marco de este programa.
- En lo referente a la actividad 5 “*Red de promotores de salud en DOTS Plus a través del país*”, se mantienen las 9 DISAs reportadas con la red de promotores respectiva (Lima Sur, Lima Norte, Lima Ciudad, Lima este, Callao, Lambayeque, Ancash, La

- Libertad e Ica). Está en proceso la conformación de la red de las DISAS de Piura y Junín, aunque dichas redes están condicionadas a la aprobación que el Comité Luz Verde dará al país autorizando se implementen dos nuevos focos geográficos de atención.
- En Arequipa se está aplicando una estrategia especial para cubrir la administración del tratamiento en horarios de la tarde o noche. Los centros de salud con pacientes en tratamiento TB MDR atienden normalmente 12 horas, pero en Arequipa no sucede así en algunos lugares, así, donde no sucede esto se coordina con el “Centro especializado TB MDR” para centralizar el tratamiento de estos pacientes.
 - El Sub-Receptor, en coordinación con la ESN PCT, se ha adelantado a la aprobación del Comité de Luz Verde de las DISAS de Piura y Junín para integrarse a la red de DISAS que brindan atención en DOTs PLUS, en el marco del plan para la expansión del DOTs PLUS del MINSA. De esta manera, en Junín y Piura se han realizado ya las capacitaciones a los primeros promotores comunitarios de estas regiones. Además, no obstante aún no está conformada la red de promotores propiamente en dichas DISAS, SES reporta un elevado grado de compromiso de los coordinadores regionales de la ESN PCT con los promotores comunitarios.
 - Hasta la fecha hay 1,518 (108%) promotores comunitarios entrenados a través de 18 talleres y 25 réplicas. Se espera ampliar las réplicas respondiendo a los requerimientos de la DISAs Lima Sur, Ciudad, Norte y Callao.
- En cuanto a la actividad 6 “*Acondicionamiento de centros de salud especializados en DOTS-Plus*”, en este trimestre se han acondicionado otros 73 establecimientos de salud correspondientes a las siguientes DISAs: Lima Este (9 establecimientos de salud acondicionados), Lima Ciudad (19), Lima Norte (20), Lambayeque (11) y Ancash (14). Con estos nuevos centros intervenidos se tiene un total de 203 centros de salud con acondicionamiento para bioseguridad (93% de logro de la meta estimada para Agosto 2005). De otra parte, se adquirió un nuevo lote de respiradores de tamaño estándar, los cuales ya fueron distribuidos a las DISAS Lambayeque, Ancash, La Libertad, Arequipa, Lima Ciudad, Lima Este y Callao. La entrega a la DISA Lima Norte quedó pendiente para el mes de Setiembre.
 - En lo que respecta a la actividad 7 “*Casas de reposo para pacientes en tratamiento sin hogar o con problemas sociales*”, continúan las operaciones desde hace poco más de un año con las casas de reposo Hogar San Pedro (con capacidad para 10 adultos) y Hogar San Francisco (con capacidad para 5 niños), así como de las habitaciones individuales para complementar la cobertura de las casas de reposo. En este período de reporte ingresaron 59 nuevos pacientes a las casas y a las habitaciones, con lo cual se totaliza 233 pacientes de TB-MDR apoyados mediante esta modalidad (114% de la meta esperada a Agosto 2005). De los pacientes ingresantes, 2 pacientes ingresaron a casas de reposo y los restantes 57 fueron ubicados en casas-habitación (incluyendo 12 casos de estos últimos que recibieron el apoyo de casas-habitación en las ciudades de Trujillo y en Chiclayo).
 - En cuanto a la actividad 8 “*Monitoreo de los centros de salud que ofrecen cuidados a pacientes con TB MDR*”, las 15 enfermeras continúan en servicio y han realizado 51 visitas de supervisión a las DISAS en este período de reporte. A solicitud del MINSA, se ha contratado un profesional de enfermería adicional para laborar en la línea de apoyo InfoSalud del MINSA. A través de esta línea se están resolviendo las consultas

de los pacientes sobre TB-MDR y se está realizando el seguimiento de los procesos en el tratamiento de algunos de los pacientes con TB-MDR.

- En lo que respecta a la actividad 9 “*Laboratorios regionales de referencia que realizan cultivos y pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea*”, se ha fortalecido mediante la entrega de insumos, equipos y capacitación del personal técnico a cinco laboratorios del país: Lima Ciudad, Lima Sur, Lima Norte, Lambayeque y Arequipa, los cuales han logrado realizar 1795 pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea. Adicionalmente:
 - En este período se entregó equipos adquiridos con financiamiento del Fondo Mundial a los siguientes laboratorios: Laboratorio Referencial de Lima Norte, una estufa 37° modelo 800 y una autoclave horizontal x 80 lts.; Laboratorio Referencial del Callao: coagulador y estufa 37° modelo 800; Laboratorio Referencial de Lima Este: estufa 37° modelo 800 y autoclave horizontal x 80 lts. Asimismo, el Laboratorio de Lambayeque recibió materiales e insumos para realizar las pruebas.
 - Otros laboratorios de la Red del INS fortalecidos con equipos son los siguientes: Hospital Dos de Mayo de Lima, con una centrífuga; Hospital Sergio Bernales de Lima, con una cabina de bioseguridad; DISA Apurímac, con un coagulador; DISA Ancash, con un coagulador; DISA San Martín, con un coagulador; DISA Madre de Dios, con un coagulador; Hospital Hipólito Unanue de Lima, con un coagulador; DISA Ica, con una autoclave horizontal x 80 lts.; y Hospital Docente de Trujillo, con una estufa 37° modelo 800.
 - Se han entregado insumos para realizar cultivos a los siguientes laboratorios: Arequipa (Hospital de Goyoneche, Hospital Honorio Delgado); Huánuco (Laboratorio de Referencia de Huánuco); Callao (Hospital Daniel Alcides Carrión); Lima Sur (Hospital María Auxiliadora, Hospital San José de Villa Salvador); Lima Norte (Hospital Sergio Bernales – Collique, C.M.I Canto Grande, Hospital Puente Piedra, C.S Piedra Lisa, Hospital de Huacho, Hospital Cayetano Heredia); Lima Ciudad (Hospital Dos de Mayo, Hospital Loayza, Instituto del Niño); Lima Este (Hospital Hipólito Unanue); Ica (Hospital María del Socorro de Ica, Hospital Departamental de Ica); Junín (Laboratorio de Referencia Regional de Huancayo); San Martín (Laboratorio de Referencia Regional de Tarapoto- San Martín); Cusco (Laboratorio de Referencia Regional de Cusco); Puno (Laboratorio de Referencia Regional de Puno); Moquegua (Hospital de Moquegua).
- En lo referente a la actividad 10 “*Laboratorio referencial nacional que realiza pruebas de sensibilidad a drogas de segunda línea*”, el INS ha logrado realizar 1844 pruebas de sensibilidad a drogas de segunda línea (75% de lo programado hasta Agosto 2005). Cabe precisar que, solamente en el trimestre, el INS realizó 546 pruebas de sensibilidad. Continúa desarrollándose el plan de contingencia para que el INS incremente su capacidad operativa para realizar las pruebas de sensibilidad a drogas de segunda línea (cf. informe trimestral anterior).

El Sub-Receptor reporta como nudos críticos en este período los siguientes:

1. La escasez en el mercado internacional de algunos medicamentos como el PAS, capreomicina y cicloserina (cuya producción a futuro estaría siendo evaluada por los laboratorios proveedores) ha generado un problema de desabastecimiento en las DISAS que requiere una acción inmediata al más alto nivel con el Comité Luz Verde,

- IDA y otros actores internacionales involucrados en el proceso de provisión de medicamentos a países como el Perú, con elevadas tasas de TB-MDR.
2. El período entre la orden de compra de los medicamentos y la fecha de entrega de los mismos por IDA se está incrementando, en gran medida debida al desabastecimiento mundial de algunos de los medicamentos. Esto implica la necesidad de realizar la programación y solicitudes de compra con mayor anticipación que aquella con la que se ha estado trabajando hasta la fecha. Para afrontar este nudo crítico y el anterior (problema de desabastecimiento de medicamentos), la CONAMUSA conformó en el mes de Julio un Comité de Medicamentos, compuesto por la ESN PCT del MINSA, SES, CARE Perú y ASET, a fin de revisar y ajustar el sistema de compras y distribución de los medicamentos de TB-MDR y programar las próximas compras de medicamentos con los recursos del programa.
 3. Las demoras en aprobar los expedientes técnicos de los acondicionamiento en las DISAS dificultan el avance de la actividad 6.

3.1.4 Gestión interna del programa por el Receptor Principal

La gestión interna del programa por parte del Receptor Principal tiene cinco ejes de trabajo: 1) la culminación de las actividades preparatorias del programa (iniciadas con el mismo en Noviembre del 2003); 2) el apoyo a la gestión del programa en los diferentes niveles de coordinación; 3) la supervisión, capacitación y asistencia técnica; 4) el monitoreo y evaluación del programa; y 5) el seguimiento financiero de la ejecución.

El eje N° 1 ha sido ya culminado en su totalidad, razón por la cual ya no aparece en el detalle de la gestión de Receptor Principal.

El eje N° 5, seguimiento financiero de la ejecución, es reportado en el acápite 3.2 de este informe.

Considerando las cauciones previas, a continuación se describe los avances del trimestre en cuanto a la gestión interna del Receptor Principal en lo referente a la supervisión, capacitación y asistencia técnica y el monitoreo y evaluación.

Apoyo a la gestión en los diferentes niveles de coordinación

- En Enero de 2005 se suscribió una adenda al contrato entre CARE Perú y Socios en Salud, Sub-Receptor del Objetivo 3 del programa TB. Esta adenda modifica el presupuesto asignado al Sub-Receptor del Objetivo 3 de US\$ 4.627.068,90 a US\$ 5,429,126 para los 20 meses (abril 2004-noviembre 2005). El cambio se debió a la necesidad de operativizar el reconocimiento de los gastos en medicamentos realizados por Socios en Salud en meses previos a la firma del contrato con CARE Perú, reconocimiento retroactivo a Setiembre de 2003 que en su momento fuera autorizado por el Fondo Mundial. Se está subsanando en este informe la comunicación de la firma de adenda, ya que ésta no fue incluida en el informe trimestral respectivo.
- A mediados del mes de Junio se culminó la negociación de la tabla de indicadores del programa para el segundo año con el Fondo Mundial, la misma que fue conducida directamente por la Coordinación del programa y el Gerente de Portafolio del Fondo Mundial para nuestro país.

- A solicitud de la CONAMUSA, el equipo del gestión del programa realizó la evaluación de los Sub-Receptores del programa TB en el marco de la elaboración de la propuesta técnica para solicitar al Fondo Mundial la extensión del financiamiento del programa a la segunda fase. Dicha evaluación, entregada a la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA el 17 de Junio, se realizó por todos los miembros del equipo, y para tal efecto se elaboraron indicadores y un sistema de puntajes ponderados que aseguró la objetividad y equidad en la calificación para todos los Sub-Receptores. Las calificaciones de los Sub-Receptores quedaron definidas de la manera siguiente (ver el detalle de la calificación en el apéndice 7 de este informe):

Objetivo 1: A

Objetivo 2: B1

Objetivo 3: B1

- Ha habido una participación permanente y activa de la Coordinación del programa en las diferentes actividades de la CONAMUSA (ie. talleres para definir propuesta del MCP para la V Ronda del Fondo Mundial y para la segunda fase del programa TB, talleres del plan de abogacía de la CONAMUSA, taller de sistematización de la experiencia de la CONAMUSA y reuniones semanales de la Secretaría Ejecutiva a las cuales CARE Perú es invitado de manera expresa). Cabe destacar que estas invitaciones se han ido espaciando desde fines de junio del presente año, como consecuencia de una nueva actitud de los Directivos de la CONAMUSA (Presidencia y Secretaría Ejecutiva), quienes permanentemente destacan que en la actualidad dicha instancia lleva las riendas en la conducción del proyecto. En su condición de Receptor Principal, CARE Perú se encuentra en actitud expectante para acudir al llamado de la CONAMUSA en tanto este se produzca.
- Se ha asistido a diversos eventos en los cuales se ha presentado el programa y/o se ha representado los intereses del mismo: con Comité Luz Verde durante su visita al Perú en el mes de Agosto, con autoridades de los diversos Ministerios involucrados directa o indirectamente con el avance del programa, con autoridades sanitarias de DISAS y Hospitales y con agrupaciones de pacientes de TB, entre otros.
- Se ha sostenido reuniones con la Alta Dirección del MINSA, Direcciones Generales (ie. DGSP, OGE, DIGEMID, etc.) y organismos autónomos del MINSA (como el INS) para la solución de algunos de los nudos críticos que afectan el proyecto (ie. adquisición de medicinas, ingreso de pacientes al esquema estandarizado anti TB-MDR, pruebas de sensibilidad para los pacientes de TB-MDR, retrasos en la ejecución de obras en los establecimientos de salud y en los penales, etc.), para impulsar y acelerar la licitación de las obras de infraestructura en penales con la Alta Dirección del MINJUS y del INPE, entre otras.
- Se brindó soporte técnico y económico a la CONAMUSA para contar con un equipo de especialistas que apoyen el diseño de la segunda fase del programa y la presentación de un nuevo programa para la convocatoria a la V ronda que hizo el Fondo Mundial.
- En este trimestre continuó el apoyo al INPE y MINJUS con un consultor contratado para la supervisión y seguimiento de las obras que se están desarrollando en los penales.
- Se brindó apoyo con impresión de material educativo al Curso Internacional 'Taller de Tuberculosis en las Américas' realizado en el Perú por la ESN PCT del MINSA y Socios en Salud.

Supervisión, capacitación y asistencia técnica

- **Supervisión:** Los miembros del equipo de gestión ha realizado visitas a las diferentes actividades del programa, establecimientos de salud y DISAS durante el presente trimestre.
- **Asistencia técnica:** la Coordinación y especialistas del programa del programa han realizado también visitas a las sedes de trabajo de los ejecutores y coordinaciones con las estrategias sanitarias del Ministerio de Salud, a fin de brindar soporte técnico en el diseño e implementación de las actividades. Algunos temas en los que se ha proporcionado asistencia técnica específica son:
 - En la especialidad de Tuberculosis, se ha brindado asistencia técnica a los Sub-Receptores y contrapartes en lo referente a las actividades del objetivo 2 que implican la mejora de la infraestructura de salud y bioseguridad en los penales que participan en el programa (mediante asistencia técnica directa con visitas a los penales, coordinaciones con los equipos del MINJUS que están elaborando los expedientes técnicos, contrato y supervisión del equipo que está trabajando el tema de la bioseguridad en penales); programación y compras de medicamentos para TB-MDR en estrecha coordinación con Socios en Salud y con la ESN PCT del MINSa; opinión técnica sobre la propuesta de Ley de Tuberculosis que ha preparado la CONAMUSA; en la elaboración y completamiento de información para las tablas de indicadores del segundo año negociadas por la Coordinación del programa con el Fondo Mundial; recomendaciones técnicas para la propuesta de Tuberculosis para la V ronda del Fondo Mundial; recomendaciones técnicas para mejorar la calidad de las actividades / intervenciones del programa así como de las propuestas que se trabajaron en este período para la fase II del programa.
 - En el área de monitoreo y evaluación: en la calificación de las propuestas que llegaron a la segunda convocatoria de la licitación 001-2005 para el sistema de información del MINSa; asistencia técnica a los sub-receptores para operar el Sistema Gerencial de Proyectos (software de monitoreo que está utilizando el programa) así como coordinaciones permanentes con la firma consultora que está realizando los ajustes al software de CARE Perú; recomendaciones técnicas para las propuestas de la fase II del programa, formando parte del grupo de tarea designado por la CONAMUSA para realizar ajustes a la propuesta que se remitió al Fondo Mundial el 30 de Junio de 2005; y en la elaboración y completamiento de información para las tablas de indicadores del segundo año negociadas por la Coordinación del programa con el Fondo Mundial.
 - En cuanto al componente de gestión administrativa, durante este período de reporte el Administrador del programa continuó orientando de manera personalizada a los Sub-Receptores sobre las rendiciones que han estado realizando. Asimismo, se proporcionó soporte técnico como parte del Comité de Adquisiciones a las diversas licitaciones realizadas en este período de reporte.
- **Capacitación:** se ha aprovechado las visitas y reuniones de asistencia técnica para proporcionar orientaciones sobre contenidos y estrategias relativas a la ejecución del programa, tanto a nivel de gestión y abogacía, como por áreas temáticas - especialidades de VIH/SIDA y TB- y en lo referente a nivel de los componentes de Administración y SME del programa.

Monitoreo y Evaluación del Programa:

- **Tablas de Indicadores Clave:** Durante los meses de Marzo a Junio se llevó a cabo la negociación de la tabla de indicadores del segundo año del programa con el Fondo Mundial. La negociación culminó el 22 de Junio con la integración de la tabla de indicadores al contrato entre el Fondo Mundial y el Receptor Principal del programa, CARE Perú. Varios de los indicadores de nivel de resultado fueron incluidos en el seguimiento trimestral del programa junto con otros indicadores de producto, a través de la denominada Tabla de Indicadores Clave (attachment two to the annex A). Desde el trimestre VI del programa los reportes al Fondo Mundial de basan en esta tabla de indicadores clave.
- **Recuperación de medios de verificación:** en Julio se culminó el proceso de revisión y recuperación de los medios de verificación del programa. Este proceso no arrojó mayores diferencias entre lo reportado por el programa y las evidencias físicas de los avances, habiéndose conformado un archivo especial en CARE Perú de los principales medios de verificación generados por los sub-receptores.
- **Fortalecimiento del Sistema de información del Ministerio de Salud y software:**
 - En lo que respecta al software del sistema de información del MINSA, un equipo conformado por representantes de diversas instancias del MINSA (OGEI, INS, DGSP VIH y TB, OGE y DIGEMID), CARE Perú y un consultor especialista en sistemas de información concluyeron la revisión de las bases de la licitación 001-2005 que quedó suspendida en el mes de Mayo a solicitud del MINSA. Una vez que se contó con los TdR a satisfacción de las partes, se dio curso al nuevo proceso competitivo para seleccionar a la firma que desarrollará el sistema de información integrado de VIH y TB para el MINSA. La firma que resultó ganadora en esta segunda convocatoria de dicha licitación fue DEPESA, la cual firmó contrato con CARE Perú en fecha posterior al cierre de este reporte (mes de Setiembre). El seguimiento de esta consultoría será realizado por un comité ad hoc de usuarios y especialistas en sistemas tanto del MINSA como de CARE Perú, el cual reportará a un Comité de Alto Nivel instituido por Resolución Viceministerial de Salud.
 - En lo que respecta a la adquisición de hardware para implementar el nuevo sistema de información, luego de la declaratoria de desierto del primer proceso competitivo realizado para encontrar al proveedor de equipos de cómputo y servidores para el MINSA, se realizó en Agosto la segunda convocatoria de la licitación 002-2005, resultando ganadora la empresa J. Evans. El ítem 3 de dicha Licitación, referido a un servidor para el INS, quedó desierto nuevamente, por lo que se volverá a convocar a concurso.
- **Software del programa:** se ha culminado los aspectos generales de la implementación del SGP (Sistema Gerencial de Proyectos), con los Sub-Receptores y el MINSA. Se entregó asimismo al Gerente de Portafolio del Fondo Mundial para nuestro país un código de usuario para que consulte en línea los avances del proyecto. Adicionalmente, se elaboró un instructivo ad-hoc para facilitar el uso de este aplicativo. En el mes de Octubre se capacitará a la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA en el uso del sistema a nivel de usuario. En el ínterin, se continúa revisando algunos aspectos menores de la información del proyecto ingresada al sistema, especialmente en los aspectos de programación de metas, para eliminar inconsistencias que se van identificando progresivamente como parte de la implementación y validación natural del uso del sistema.
- **Retroalimentación de los avances del programa para la CONAMUSA:** la retroalimentación sobre los avances del programa entre Junio y Agosto 2005 se realizó el 19 de Setiembre de 2005. Este evento ha sido el sexto desde que se inició el proyecto.

3.2 Gastos totales incurridos vs. presupuesto

3.2.1 Aspectos generales

Durante este trimestre, el gasto ascendió a US \$ 4,263,858.43. Estos gastos son los realizados por el Receptor Principal y las rendiciones aprobadas e ingresadas al sistema contable de CARE.

Como se puede apreciar en el gráfico No 2, durante este trimestre el gasto ha sido considerablemente mayor a los tres últimos trimestres, ya que se hizo un pago importante en el rubro de medicamentos y se han iniciado las obras en los penales. Por otro lado, los desembolsos realizados pero aún no rendidos o ingresados la sistema contable de CARE suman US \$ 1,221,923, con lo cual el desembolso total en el trimestre llega a US \$ 5,485,781.43. El gasto acumulado del segundo año incluyendo el dinero por rendir llega a US \$ 8,099,748.45, lo cual equivale al 48.45% del presupuesto del segundo año.

Teniendo en cuenta que a la fecha del reporte el Fondo Mundial había realizado tres transferencias por un total de US \$ 16,235,394.00, el desembolso desde el inicio del proyecto equivale al 72.28% de lo transferido (ver gráfico No3).

El número de desembolsos programados a los organismo ejecutores a Agosto 05 fue de 17.33 en promedio , pero en realidad se realizaron en promedio 16.33, así mismo el número de rendiciones fueron en promedio 15.33 cuando se programaron 16.00 (ver gráfico No 4 y 5).

El total de desembolsos efectuados a los organismos ejecutores a la fecha asciende a US \$ 6,581,629 quienes presentaron rendiciones por un total de US \$ 5,359,705 que equivale al 81.43% (ver gráfico No 6).

3.2.2 Recuperación de fondos (IGV e intereses bancarios)

Con relación a la recuperación del IGV , CARE ya ha recuperado a la fecha US \$ 11,961.98, que corresponde hasta el mes de Junio 2004. Los organismos ejecutores, ya han presentado sus expedientes hasta el mes de Agosto por un total de S/. 519,757.00; de lo cual ha sido desembolsado S/. 19,462.

Los desembolsos que realiza el Fondo Mundial a CARE se realizan en una cuenta en Nueva York que genera intereses, los cuales al mes de Agosto del 2005 llegan a US \$ 76,343.03

3.2.3 Contrapartida

Con respecto a la contrapartida del gobierno peruano, hasta el cierre del presente informe no se ha recibido información oficial por parte del Ministerio de Salud

3.2.4 Subvención según áreas del programa

Al finalizar el mes de Agosto, la subvención según áreas del programa es del 53% en el área de tratamiento, el 37% en atención y apoyo y el 10% en prevención.

3.2.5 Subvención ejecutada según entidades

Del gasto reportado, el 95% ha sido ejecutado por ONGs, el 3% por el sector académico/educativo y el 2% por las personas afectadas.

4 EXPLICACIÓN DE DESVIACIONES PROGRAMÁTICAS O FINANCIERAS, DE LO PLANEADO

4.1 Desviaciones programáticas durante el trimestre

Las desviaciones programáticas de este trimestre se limitan a re-programaciones para los siguientes meses de actividades que no pudieron realizarse, cuya justificación se detalla en la descripción de los avances de cada objetivo (acápites 3.1).

4.2 Desviaciones financieras durante el trimestre

Un Sub-receptor reportó haberse excedido en sus compromisos financieros en aras de lograr cumplir con las metas programáticas. Este es el Consorcio liderado por la Universidad Nacional mayor de San Marcos, que opera el objetivo 2. Se ha consultado al Agente Local del Fondo la posibilidad de utilizar los recursos de recuperación del IGV (Impuesto General a la Ventas) para cubrir esta brecha.

De otra parte, el gasto en el trimestre ha estado acorde a lo esperado, con el inicio de las obras en los penales y con la compra de medicamentos.

5 OTROS RESULTADOS, PROBLEMAS Y LECCIONES APRENDIDAS DEL PROGRAMA

5.1 Grado de coordinación alcanzado al interior de las organizaciones / consorcios ejecutores

Los Sub-Receptores continúan reportando en general la existencia de una buena comunicación al interior de sus equipos de trabajo, en los cuales la cohesión grupal se apoya esencialmente en el logro de las metas comunes del programa y en la capacidad de facilitar procesos que están demostrando los líderes de cada consorcio.

5.2 Participación, grado de coordinación y respuesta de los sectores (Salud, Educación y Justicia)

Continúa el proceso de consolidación de la relación de los Sub-Receptores con las contrapartes técnicas del programa, tanto a nivel de las sedes centrales como en los niveles más operativos, especialmente en lo que respecta al Ministerio de Salud (DISAS y Hospitales).

5.3 Participación, grado de coordinación y respuesta de las personas afectadas y otros actores

Ha destacado en este período de reporte el fortalecimiento de ASET tanto a nivel de la masiva participación de los pacientes de TB procedentes de diversos establecimientos de salud en la Red Solidaria ASDEN (cf. actividad 4 del objetivo 1), como en lo tocante a la vigilancia social en el marco del programa TB. En lo que respecta a la vigilancia social, ASET ha jugado en este período un rol preponderante al emitir alertas al MINSA sobre el manejo de los medicamentos y la necesidad de orientar permanentemente la atención del MINSA en el abastecimiento oportuno de los tratamientos en los centros de salud.

Como consecuencia de lo anterior, la Secretaría Ejecutiva de CONAMUSA solicitó el 21 de Agosto al Receptor Principal, CARE Perú, un informe pormenorizado acerca de la situación del abastecimiento del programa DOTs PLUS y la fecha de vencimiento de los fármacos adquiridos con cargo a los recursos del Fondo Mundial. En respuesta a este requerimiento, CARE Perú diseñó un plan de trabajo que contó con la aprobación de la Secretaría Ejecutiva y permitirá presentar en breve los hallazgos del estudio realizado.

La participación de ASET en la vigilancia del programa también se ha hecho sentir con los aportes de sus integrantes en el monitoreo y seguimiento de las actividades del objetivo 1 de TB (cf. actividad 8 del Objetivo 1).

5.4 Cambios en las actitudes y comportamientos en las personas o comunidades

En este período como a lo largo de la implementación del programa TB se ha encontrado una respuesta positiva tanto de las personas afectadas como de miembros de la comunidad en general para participar en las diferentes actividades del programa.

Respecto al trabajo con los Municipios, se han presentado varias dificultades en las coordinaciones entre las autoridades ediles y los representantes de la sociedad civil y organizaciones de base que han desarrollado los planes participativos para la prevención de la TB, pero ello puede entenderse en el marco de la construcción de una relación de trabajo colaborativo entre el estado (Municipios) y la Sociedad Civil, la misma que se encuentra en marcha con el importante impulso de este programa y del MINSA.

En el caso de los penales, destacan el elevado nivel de compromiso y actitud colaborativa de las autoridades del INPE, así como el elevado grado de participación de las personas privadas de su libertad en las actividades de promoción y prevención de la TB que desarrolla el programa (cf. actividad 4 del objetivo 2). Muestras importantes del compromiso antes citado son la presencia del Ministro de Justicia y de las autoridades del INPE en cada uno de los eventos organizados por el Sub-receptor y el receptor Principal del programa, especialmente durante los momentos iniciales de la construcción de las clínicas en penales y consecuentemente en las tres ceremonias inaugurales de las obras culminadas en Ica, Piura y Trujillo.

5.5 Sobre el Mecanismo de Coordinación de País y su vinculación con el Receptor Principal

A raíz de la oficialización del Reglamento de la CONAMUSA en Marzo de 2005, la composición de la Asamblea fue ligeramente modificada y el Receptor Principal del programa, CARE Perú, hasta entonces representante ante la CONAMUSA por la temática

de malaria, fue separado de la misma¹⁵. Por tal motivo, CARE Perú no ha podido participar en las últimas Asambleas de la CONAMUSA.

Lo anterior, unido a la ahora poco frecuente convocatoria de la Secretaría Ejecutiva a las reuniones semanales en las que se revisa la marcha del programa entre otros temas internos, constituyen actualmente un importante limitante para mantener la necesaria fluidez de la comunicación respecto a la marcha del programa y tomar ciertas acciones que ameritarían intervenciones rápidas y bien coordinadas. A pesar de ello, la Coordinación y el equipo del programa logran acceder no sin mucho esfuerzo a información de primera mano usando canales personales y directos, a fin de no perder de vista el entorno del programa.

De otra parte, los procesos de elaboración de las propuestas de la CONAMUSA para la V Ronda del Fondo Mundial y para la solicitud de extensión de este programa a la segunda fase, conllevaron importantes dificultades para todos los actores que estuvieron involucrados en dichos procesos. En Mayo, la asamblea de la CONAMUSA decidió entregar las decisiones sobre las dos propuestas a la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA, y la Secretaría Ejecutiva a su vez delegó el liderazgo y conducción de la elaboración de ambas propuestas (Fase II y V Ronda) al MINSA, específicamente a los Coordinadores Nacionales de las Estrategias de TB y VIH. Entre tanto, los Sub-receptores tendrían el rol de proporcionar los insumos necesarios a nivel presupuestal y programático y CARE Perú dar aportes de carácter técnico a las propuestas y proporcionar algunos recursos para desarrollarlas (ie. consultores entre otros). Además del natural desgaste de los equipos ejecutores para asegurar el alcance de las metas a la vez que aportaban al diseño de las propuestas, se dieron situaciones de falta de comunicación sobre acuerdos tomados por la SE de CONAMUSA, de roles que no resultaban claros en la práctica y de no lograr arribar a propuestas concretas con una perspectiva de interés nacional antes que de grupos específicos. Por todo lo mencionado, la eficacia de algunos de los grupos de trabajo se vio de pronto afectada tanto como las relaciones entre sus miembros.

Por todo lo anterior, posteriormente a la entrega de la propuesta de la fase II del programa, ocurrida el 30 de Junio de 2005, debió conformarse un comité de trabajo que realizase durante todo el mes de Julio un conjunto de ajustes y mejoras necesarias a la propuesta de Fase II entregada al Fondo Mundial el 30 de Junio. Este comité de trabajo estuvo conformado por los 2 Coordinadores de ESN VIH y TB del MINSA (responsables del grupo de trabajo), representantes de la SE de la CONAMUSA, Unidad de Proyectos de DGSP del MINSA, personas afectadas y los especialistas de VIH, TB y SM&E del equipo de gestión de CARE Perú.

Al cierre de este reporte, si bien la parte más crítica de la situación descrita ha pasado y las propuestas fueron finalmente entregadas al Fondo Mundial, está pendiente aún la tarea de reconstruir el capital social mermado entre los actores del proyecto y los miembros de la CONAMUSA, para retomar el trabajo armonioso y la fluidez en la comunicación que caracterizó en los meses previos la marcha del programa.

5.6 Lecciones aprendidas

¹⁵ Cabe precisar que no ha mediado comunicación oficial acerca de esta decisión del MCP peruano.

- La CONAMUSA está fortaleciendo progresivamente su rol y su liderazgo empieza a ser reconocido en la comunidad, particularmente en las ciudades donde se ha descentralizado.
- Las actividades de supervisión y monitoreo con participación de las personas afectadas están demostrando ser eficaces, constituyendo una experiencia que merece ser replicada en la siguiente fase del programa y en otros programas.
- Es necesario fortalecer la participación de las agrupaciones de personas afectadas en la gestión de cada objetivo, en la toma de decisiones y en la ejecución de las actividades, y que a su vez estas agrupaciones aprendan a convivir con las que se podría llamar “sociedades de especialistas”, tendiendo los puentes para un trabajo de beneficio recíproco en busca de un objetivo superior que es, finalmente, el éxito de la intervención. De esta manera se podrá encontrar los mejores aportes de ambas perspectivas sin privilegiar ni subestimar una u otra posición, en bien de la comunidad en general.
- La necesidad de encontrar consensos entre todos los grupos de interés de una tarea en particular ha ocasionado en no pocas ocasiones retrasos en el cumplimiento de los cronogramas previstos. A manera de “ensayo y error”, y muy probablemente como parte natural del proceso social implícito en un programa de naturaleza multisectorial e interinstitucional como el presente, los diferentes sub-grupos de trabajo están cada vez más conscientes de que sólo mientras más se enfoquen en las tareas específicas y metas del proceso, se distribuyan tareas y se compartan responsabilidades, será posible llevar a término el programa y beneficiar a las personas afectadas que han colocado sus expectativas en cada uno de nosotros. Continuamos en ese proceso.
- Los cursos de capacitación de larga duración, como los diseñados en base a dos etapas (una básica en el primer año y otra de refuerzo en el segundo año) sobre una misma población, pueden enfrentar en su segunda etapa el problema de la pérdida de una parte importante de los participantes, ya sea por deserción voluntaria o por rotación del servicio en que trabajan. En el caso concreto de este programa, solamente un promedio de 30% de los participantes de cursos de capacitación de larga duración se han mantenido entre la primera etapa y la segunda, siendo nueva la mayoría de participantes en la segunda etapa. Esto obliga a diseñar módulos especiales para que los nuevos participantes se pongan al día respecto a la capacitación de la primera etapa, con la consiguiente inversión de recursos no programados. Lo recomendable al respecto sería implementar alguna de las siguientes alternativas:
 1. Diseñar los cursos de capacitación de corta y mediana duración (no más de tres a seis meses), e integrar en la medida de lo posible diversos cursos de capacitación de diferentes actividades pero con similares grupos objetivo en uno solo, haciendo sinergia entre varias actividades para no recargar con horas de capacitación a los participantes.
 2. Diseñar incentivos concretos para que los participantes se mantengan a lo largo de todo el curso, como por ejemplo el valor agregado de un reconocimiento de créditos académicos a través de un Diplomado como se está trabajando en la actividad 2 del objetivo 2 del programa TB.

6 CAMBIOS PLANIFICADOS PARA EL PROGRAMA Y/O EL PRESUPUESTO

6.1 Cambios planificados para el programa

En lo que respecta a la actividad 9 del objetivo 3, referida al de fortalecimiento de los laboratorios referenciales, en la reciente visita del Comité Luz Verde, se pudo conocer **de manera extraoficial** que la opinión de dicha instancia internacional es que en el Perú no se implementen más laboratorios referenciales para realizar pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea, ya que con los 5 que hay sería suficiente. Manifestaron asimismo que los laboratorios de Arequipa y Lambayeque están realizando muy poca cantidad de muestras para la capacidad instalada con que cuentan, lo que pondría en cuestión la utilidad de haber implementado dos laboratorios más en el interior del país y asimismo la necesidad de contar con uno más, como se ha previsto con el apoyo de este programa. El INS sin embargo explica que todavía se están implementando los procesos de descentralización y muchas DISAS que debieran estar remitiendo sus muestras a los laboratorios referenciales de Arequipa (referencia para las Regiones del Sur del país) y a Lambayeque (referencia para las regiones del Norte del país) aún continúan enviando sus muestras a Lima, razón por la cual la carga de muestras a procesar en Arequipa y Lambayeque todavía parece pequeña. El INS estima que en los próximos meses, a medida que se vaya consolidando en las diferentes DISAS del Norte y del Sur la práctica de remitir a los laboratorios descentralizados sus muestras para pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea y ya no a Lima, se podrá apreciar recién la dimensión operativa de dichos dos laboratorios y su importancia.

De no llegar a un acuerdo, la situación descrita podría determinar que el Comité Luz Verde no autorice la implementación de un laboratorio referencial más para realizar las pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea, con lo que no se podría cumplir la meta de contar con 6 laboratorios referenciales descentralizados para estos fines en el país (hasta la fecha se tienen 6 de los 6 planificados).

En la misma línea de lo mencionado, el Comité Luz Verde informó al INS y a la ESN PCT del MINSA la necesidad de que los 5 laboratorios referenciales que están operando en el país (Lima Sur, Lima Norte, Lima Ciudad, Arequipa y Lambayeque) cuenten con la acreditación internacional para realizar las pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea. Cabe mencionar que en nuestro país, el laboratorio que cuenta con dicha acreditación internacional es el Laboratorio Nacional del INS (sede central), y que la interpretación que se dio aquí a las normas y procedimientos del GLC es que los laboratorios descentralizados podrían operar contando solamente con la acreditación otorgada por la instancia nacional, es decir, por el Laboratorio Nacional del INS (que sí cuenta a su vez con la acreditación internacional del GLC).

El tema anterior ha quedado pendiente en la agenda del MINSA y del GLC a la espera de clarificar la interpretación de las normas internacionales de acreditación y operación de este tipo de laboratorios. De confirmarse la indicación del Comité Luz Verde durante su visita, podría darse el caso de que los 5 laboratorios que están ya realizando las pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea tengan que suspender sus actividades con este tipo de pruebas hasta obtener la acreditación internacional, lo que perjudicaría el proceso de descentralización en el país y obligaría a re-concentrar la realización de las pruebas de sensibilidad de primera línea en la sede central del INS (ie. Laboratorio Nacional). Entre tanto el receptor Principal mantendrá informado al Fondo Mundial de cualquier confirmación respecto a esta información.

6.2 Cambios planificados para el presupuesto

El plan operativo de los sub receptores se ha cumplido de acuerdo a lo planificado durante este trimestre, por lo cual no se prevé cambios significativos por el momento.

APÉNDICES

- APÉNDICE 1: Reporte Financiero
- APÉNDICE 2: Ejecución de la Tabla de Indicadores Clave reprogramada según planes operativos
- APÉNDICE 3: Ejecución del plan de compras del primer año
- APÉNDICE 4: Informes parciales de cada Sub-Receptor (en archivo electrónico)
- APÉNDICE 5: Memoria de la reunión de retroalimentación sobre los avances del proyecto al Trimestre VI (Marzo – Abril – Mayo 2005)
- APÉNDICE 6: Memoria de la reunión de retroalimentación sobre los avances del proyecto al Trimestre VII (Junio – Julio – Agosto 2005)
- APÉNDICE 7: Evaluación de los Sub-Receptores del programa TB realizada por el Receptor Principal a Solicitud de la CONAMUSA
- APÉNDICE 8: Cronología de solicitudes de información financiera del ALF al RP

APÉNDICE 1: Reporte Financiero

APÉNDICE 2: Ejecución de la Tabla de Indicadores Clave
reprogramada según planes operativos

APÉNDICE 3: Ejecución del plan de compras

APÉNDICE 4: Informes parciales de cada Sub-Receptor (en archivo electrónico)

APÉNDICE 5: Memoria de la reunión de retroalimentación sobre los avances del proyecto
al Trimestre VI (Marzo – Abril – Mayo 2005)

APÉNDICE 6: Memoria de la reunión de retroalimentación sobre los avances del proyecto
al Trimestre VII (Junio – Julio – Agosto 2005)

APÉNDICE 7: Evaluación de los Sub-Receptores del programa TB realizada por el Receptor Principal a Solicitud de la CONAMUSA

APÉNDICE 8: Cronología de solicitudes de información financiera del ALF al RP