

## INFORME TRIMESTRAL

### 1. INFORMACIÓN GENERAL:

Programa:	Fortalecimiento de la Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú
Código de programa <sup>1</sup> :	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. Setiembre 2005 – 30 Noviembre 2005
Fecha de entrega:	5 de Enero 2006

#### 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:	Seguro Social de Salud del Perú
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

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

## 2. RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe abarca un período de reporte que se extiende desde el 1ro. de Setiembre de 2005 al 30 de Noviembre de 2005, y corresponde al octavo trimestre de ejecución del componente Tuberculosis del programa “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú”. Este informe coincide con el final de la primera fase del proyecto (1ro. De Diciembre de 2003 – 30 de Noviembre de 2005), cuyo detalle de logros y de cierre financiero será presentado al Fondo Mundial en el informe anual del Receptor Principal a ser entregado en Julio, para el período 1 de Julio 2005 – 30 de Junio 2006. Por ello, a lo largo de este documento el lector encontrará algunas menciones a logro de metas de manera acumulada para toda la fase I y también referencias a metas de la fase I pendientes de ser alcanzadas en los próximos tres ó cuatro meses.

Durante este trimestre el contexto socio-político del país estuvo relativamente calmo en lo que respecta a eventos del contexto en general que pudieran afectar la marcha del programa, con la población centrada básicamente en el inicio de la campaña electoral que definirá al nuevo Presidente y miembros del Congreso de la República para el período 2006 – 2011. No obstante este marco general, este período de reporte se inició cuando estaba ya finalizando una larga huelga de enfermeras que duró 38 días en total. 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 para las trabajadoras contratadas. El reclamo fue finalmente solucionado el 18 de Setiembre, gracias a la intervención del Vice-Presidente de la República, Sr. David Waisman, la Ministra de Salud, Dra. Mazzetti, y el Ministro de Economía, Econ. Fernando Zavala.

De otra parte, fueron hitos importantes en este trimestre los siguientes:

- Del 5 al 9 de Setiembre, 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 la semana del 7 al 11 de Noviembre se realizaron en la Ciudad de El Salvador las reuniones III Foro Latinoamericano y del Caribe, IV Congreso Centroamericano de ITS / VIH / SIDA (CONCASIDA) y el IV Encuentro Centroamericano de Personas Viviendo con VIH / SIDA. El día 8 de Noviembre, en el marco de dicha reunión, los MCPs, RPs y SR de países que cuentan con proyectos financiados por el Fondo Mundial tuvieron la oportunidad de reunirse con parte del equipo del Fondo para coordinar importantes aspectos referidos a la implementación de los proyectos (de importancia tanto para VIH / SIDA como para TBC y Malaria), como el Sistema de Alerta Temprana (SART), aspectos de administración, gestión y monitoreo y evaluación, suministro de asistencia técnica, adquisición de medicamentos y otros suministros, entre otros. A ambas reuniones asistieron miembros de la CONAMUSA, la Coordinadora Nacional del Programa por parte del Receptor Principal, Representantes del MINSA y representantes de las personas afectadas.
- Entre el 2 y el 5 de Noviembre el Perú recibió la visita del Gerente de Portafolio para América Latina del Fondo Mundial, Sr. Matías Gómez, quien tuvo la oportunidad de

reunirse con la CONAMUSA y con su Presidenta, la Dra. Pilar Mazzetti, Ministra de Salud, para tratar temas referidos a la marcha del proyecto y en particular a la fase II del mismo. La visita incluyó, entre otras cosas, la revisión de las proyecciones del Programa DOTs y DOTs PLUs con el equipo de la ESN PCT del MINSA (ingreso de pacientes y logística de medicamentos) para la fase II y la propuesta de la Quinta Ronda, la revisión de la tabla de indicadores para la fase II y recomendaciones varias para la propuesta de la fase II del proyecto. Como producto de esta visita, el Receptor Principal quedó encargado de remitir al Fondo Mundial:

- una versión revisada del presupuesto de la fase II del proyecto (en base a los montos adicionales aprobados por el Directorio del Fondo Mundial –que implicaban un recorte de aproximadamente \$ 900.000 en el componente TB -, de los planes operativos y de las tablas de indicadores;
- el sustento técnico del incremento de pacientes con TB-MDR en la fase II y de la estrategia que implementará el MINSA para sostener el programa DOTs PLUs en la fase II;
- El 6 de Diciembre, luego de un proceso en el cual participaron el MINSA, INPE, Sub-Receptores, personas afectadas y demás miembros de la CONAMUSA, y después de obtener la aprobación de la CONAMUSA, el Receptor Principal hizo entrega al Agente Local del Fondo de la propuesta revisada para la fase II del proyecto, incluyendo el sustento técnico de TB-MDR solicitado. Esta propuesta fue paralelamente remitida al Fondo Mundial.

En el presente período de reporte, los Sub-Receptores continuaron ejecutando las actividades programadas en estrecha coordinación con las contrapartes y con el Receptor Principal. Los esfuerzos invertidos en el presente período de reporte han estado focalizados en culminar las actividades de la primera fase del programa con un nivel satisfactorio en el logro de las metas, en realizar la segunda medición de los indicadores de resultado e impacto del programa (segundo estudio de línea de base), al cierre de la fase I e inicio de la fase II así como en colaborar con la revisión y mejora de la propuesta de la fase II.

Entre los principales beneficios destinados a las personas afectadas entregados por el proyecto en su primera fase, figuran los 2875 pacientes que han recibido tratamientos anti TB-MDR en el marco del programa (2011 individualizados y 864 estandarizados- desde el inicio del programa). Sólo en el último trimestre, el avance fue de 682 nuevos pacientes de TB-MDR que ingresaron al DOTs Plus en el marco del programa. Además de ello:

- En el Objetivo 1 del Programa se ha logrado generar en total 19 planes participativos de lucha contra la TB a nivel municipal (la meta para la primera fase era 16 planes municipales), de los cuales 10 recibieron el aval de sus respectivos Concejos de Regidores; se logró culminar la segunda parte de la capacitación en temas de calidad de la atención y derechos humanos, llegando a 548 miembros de los equipos de salud de 70 AERT-TB (101 participantes en los últimos talleres realizados en Setiembre) de los cuales 148 pertenecen al grupo de 540 profesionales que fueron capacitados en el primer año; se ha logrado mejorar la infraestructura de un total de 61 establecimientos de salud que son AERT-TB (la meta era 70 para la primera fase; los restantes 9 serán culminados en el mes de Diciembre y reportados en el siguiente informe trimestral); de manera acumulada en la primera fase, en el mes de Agosto se había superado ya la meta de capacitar a 600 pacientes de TB para organizarse en ASET o en GO-TB, logrando llegar a 859 pacientes de TB (entre promotores – capacitadores y promotores ejecutores); la Red Solidaria fortaleció el trabajo organizativo de los

pacientes de TB mediante actividades IECA<sup>2</sup> en los 70 AERT-TB y otros 85 establecimientos de salud cercanos a los AERT-TB; múltiples encuentros organizativos de los casi 400 líderes de pacientes de TB procedentes de 18 distritos de Lima y Callao; también en el trimestre anterior se culminó la capacitación de 848 promotores más para actividades de Información, Educación y Capacitación en la lucha contra la TB; se capacitó a un total de 554 ex pacientes de TB en temas de gestión de negocios y empleo dependiente (95 solamente en el último trimestre) y se culminaron los planes de soporte educativo – nutricionales en los 70 AERTs de intervención y en otros 11 AERTs (81 AERTs en total), con la colaboración de 723 promotoras de salud.

- En el objetivo 2, en este período se culminó la segunda parte del Diplomado sobre TB-TB-MDR, DOTs, DOTs PLUS, VIH y co-infección para el personal de salud del INPE, logrando culminarlo 236 miembros del personal de salud del INPE (lo que incluye a 33 miembros de establecimientos de salud del MINSA que sirven como referentes en la atención de salud en algunos penales que no cuentan con dicho servicio en su interior); en toda la primera fase se realizaron 112 actividades de IEC en los 9 penales (entre charlas informativas, difusión de videos, distribución de condones, actividades recreativas, etc.; se realizaron 23 solamente en el último trimestre), 251 actividades educativas (charlas a los PPL; 51 solamente en el último trimestre) y 116 jornadas educativas para familiares de PPL (38 solamente en el último trimestre); en el trimestre anterior se culminaron e inauguraron las obras de mejora de los servicios de salud de los penales de Piura, Ica y Trujillo, estando *ad portas* la culminación de 3 más en Enero de 2006 y los restantes para Febrero 2006. Un total de 19,635 personas privadas de su libertad (PPL) recibieron una prueba rápida de tamizaje de VIH en la primera fase del proyecto (2,597 en el último trimestre), encontrándose que 166 de ellos fueron identificados VIH+; y 137 personas privadas de su libertad continuaron recibiendo seguimiento y atención médica, contándose entre ellos 11 personas que están recibiendo Targa, 18 a la espera de iniciar y 71 en proceso de evaluación para definir si ingresan o no a TARGA.
- En cuanto al Objetivo 3 del programa, se logró dar el acceso a distancia (mediante Internet) a los sistemas de almacenamiento y de registro de pacientes al personal del MINSA; capacitó a un total de 3412 miembros de los equipos de salud de diferentes DISAS de Lima y provincias en temas de DOTs PLUS (un total de 414 solamente en el último trimestre); se completó el acondicionamiento de 279 centros de salud (76 solamente en el último trimestre); un total de 292 pacientes de TB-MDR con problemas de tipo social ingresaron a casas de reposo y a habitaciones especialmente acondicionadas para acogerlos a fin de facilitar su acceso a los tratamientos y poder recuperarse (59 solamente en el último trimestre); las 16 enfermeras supervisoras contratadas para apoyar a la ESN PCT del MINSA en su labor de supervisión a las DISAS realizaron un trabajo continuado en la primera fase, apoyando al MINSA con la realización de 282 visitas de supervisión; se logró realizar 2980 pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea en 5 laboratorios descentralizados implementados con apoyo del programa en Lima Norte, Lima Sur, Lima Ciudad, Lambayeque y Arequipa (1185 solamente en el último trimestre; representando en total 199% de la meta esperada), y otras 3106 pruebas de sensibilidad a drogas de segunda línea en el Laboratorio Nacional (1262 pruebas realizadas solamente en el último trimestre; representando en total 104% de la meta esperada para la primera fase del proyecto).

---

<sup>2</sup> Información, educación, comunicación y abogacía.

El reporte de las actividades cuyas metas no han sido completadas aún por aspectos imprevistos y por razones varias que han sido comunicadas oportunamente en los informes previos, continuará en los siguientes reportes hasta que las metas respectivas sean completadas. Tal es el caso del acondicionamiento de 9 establecimientos de salud pendiente del objetivo 1; de la entrega de las guías actualizadas para el tratamiento de TB, TB-MDR y co-infección a los penales, del seguimiento a la implementación de las normas de prevención y control de la TB en los penales, de la culminación de las obras de infraestructura en 6 penales, la aprobación del programa de bioseguridad para los penales por parte de la Presidencia del INPE y la culminación de la meta de tamizaje de VIH para personas privadas de su libertad, todo ello en el marco del objetivo 2; y la descentralización de dos nuevos laboratorios referenciales para realizar las pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea (Lima Este y El Callao), en el objetivo 3.

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 22 de Diciembre (cf. Memoria de la reunión de retroalimentación, ver Anexo 5).

En lo que respecta a los avances financieros, desde el inicio del programa en el Perú en Diciembre del 2003 hasta el 30 de Noviembre del 2005, el gasto asciende a US\$ 14,904,467.95, correspondiendo un monto de US \$ 4,378,167.96 a lo gastado en el último 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\$ 1,714,420 ha sido desembolsado pero aún no rendido o ingresado al sistema contable de CARE, con lo cual el gasto asciende a US\$ 16,618,888.09. Teniendo en cuenta que a la fecha de este reporte el Fondo Mundial había realizado 3 transferencias por un total de US \$ 16,235,394, el gasto total (rendido y no rendido) equivale al 102% de lo desembolsado.

A continuación se describe el avance alcanzado hasta el 30 de Noviembre 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. metas<sup>3</sup>**

##### **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 bacilos cópica 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

---

<sup>3</sup> 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.

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 cobertura<sup>4</sup> 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 en total 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 en el mes de Agosto de 2005, con información de los avances referida al primer semestre del año 2005. esta información ya fue reportada en el anterior informe trimestral (Trimestre VIII), pero volvemos a detallarla a continuación por ser la última información disponible en el MINSA:

<b>Indicador y avance a Diciembre 2004</b>	<b>Avance del Primer Semestre del 2005</b>	<b>Meta Noviembre 2005</b>
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 quimioprolifaxis por 6 meses	86,4%	90%
1397 personas viviendo con VIH han recibido quimioprolifaxis	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 acuerdo a la última cohorte)	ND (información anual)	18,000 pacientes 90% de tasa de curación

Fuente: ESN PCT - MINSA, Agosto 2005

En lo que respecta a los casos de TB FP+ diagnosticados entre contactos, cabe precisar que se trata de un indicador que se reporta desde Agosto de 2005 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.

<sup>4</sup> le. Operacionales de acuerdo a la denominación del MINSA

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 similar a 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 PCT está ejecutando con apoyo del programa, disminuyan los pacientes con TB que abandonen el DOTS.

El número de casos de TB FP+ (bacilos cópicos) 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, y el valor obtenido fue 89.6% para ese periodo. Cabe mencionar que el porcentaje de curación de pacientes en esquema DOTs da luces sobre la eficacia del programa. En el caso de cepas pan sensibles, dicha efectividad va de la mano con la calidad del programa<sup>5</sup>.

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 18 distritos cuenten con un ASET (Asociación de Enfermos de Tuberculosis) y/o un Grupo Organizado de pacientes de TB (GO-TB). Esto representa el 90% de los distritos de intervención del Objetivo 1, superando significativamente la meta esperada para los dos primeros años del programa que era llegar al 20% de los mismos, lo que significa que la respuesta social a la propuesta organizativa del Objetivo 1 para el abordaje de la TBC a través del accionar de los mismos afectados en las zonas de más alto riesgo ha sido excelente, superando las expectativas del programa. Los distritos que cuentan con ASET y también con GOETs en los AERT-TB respectivos son: Comas, Carabaylo, Independencia, Rímac, Callao, San Martín de Porres, Ate Vitarte, El Agustino, San Juan de Lurigancho, La Victoria, Ventanilla, Villa El Salvador, San Juan de Miraflores, Pachacamac, Los Olivos y Santa Anita. Los distritos que solamente tienen GO-TB pero no ASET son Villa María del Triunfo y Lima Cercado (cf. Actividad 4).

---

<sup>5</sup> Sin embargo, se observa también una presencia creciente de cepas drogo-resistentes y la disminución del porcentaje de curación en esos casos (cf. Objetivo 3), lo que se puede atribuir no solamente a la calidad intrínseca del programa sino a una variable adicional referida a la respuesta terapéutica del paciente. Sin contar los abandonos al tratamiento y los fracasos en la respuesta terapéutica por multidrogoresistencia, 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 y DOTs PLUs, se tendría que incluir en el análisis el factor antes mencionado.

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 (cumplido en el trimestre anterior). En diez 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, Santa Anita, Carabaylo, San Martín de Porres, La Victoria y San Juan de Lurigancho (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 el segundo año del programa 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 548 miembros de los equipos de salud de los 70 AERTs y otros establecimientos cercanos a dichos AERT-TB. De ellos, 148 habían recibido la capacitación en la primera etapa de la misma (capacitación realizada el primer año del proyecto), recibiendo en esta segunda ocasión un refuerzo de la primera. Los restantes 400 capacitados en el segundo año fueron 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 la rotación de los equipos de salud para que conozcan desde adentro los servicios de todas las estrategias del MINSA.

Continuando con el rubro de las capacitaciones, en la primera fase se logró capacitar a 554 personas (ex pacientes de TB y familiares) en temas socio-empresariales y de empleo dependiente-independiente (sólo en este trimestre se avanzó con la capacitación de 95 ex pacientes de TB y sus familiares). A las personas capacitadas se las organizó en Sociedades Populares de Inversión (SPIs) en las cuales se ha promovido la elaboración de planes de negocios y se han entregado fondos rotatorios para fortalecer los pequeños negocios de sus integrantes. Asimismo, 93 de los capacitados fueron colocados en empresas en el marco de pasantías para que impulsen su inserción a la vida laboral y mejora de sus ingresos (cf. Actividad 6).

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 1<sup>6</sup>**

---

<sup>6</sup> Según instrucciones del Fondo Mundial: 80% a más de avance = color verde; menos de 80% de avance = color rojo.

Actividad	Indicador Clave		Trimestre 4 segundo año (1ro. Set - 30 Nov 05)	Avance total proyecto Dic. 03 - Nov. 05
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	6	16
		Ejecutado	0	19
		% de avance	0%	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	0	1050
		Ejecutado	101	1088
		% de avance		104%
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	23	70
		Ejecutado	17	61
		% de avance	74%	87%
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	600
		Ejecutado	0	859
		% de avance	0%	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	0	700
		Ejecutado	0	848
		% de avance		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	40	500
		Ejecutado	95	554
		% de avance	238%	111%
Plan para el soporte nutricional de los enfermos y sus familias en pobreza	Número de AERT-TB con planes de soporte nutricional	Programado	35	70
		Ejecutado	34	70
		% de avance	97%	100%

(\*) 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 generados<sup>7</sup>, en este trimestre de reporte se realizó:
  - En Setiembre se obtuvo la aprobación del Plan Concertado de Lucha contra la TBC por parte del Concejo de Regidores de Carabayllo. En Octubre se logró lo propio en el distrito de San Juan de Lurigancho, y en Noviembre en los distritos de San Martín de Porres y La Victoria.
  - Se actualizó el Directorio de instituciones y organizaciones de base de los 20 distritos de intervención (Lima y Callao), culminando en este trimestre con el procesamiento de la información recabada, así como con el procesamiento de la línea de base y la elaboración del mapeo.

<sup>7</sup> Por error se consignó en el informe anterior que el plan distrital de Carabayllo se encontraba en proceso de elaboración. Lo cierto es que el proceso en el cual se encontraba dicho plan era el de aprobación por Sesión de Concejo, pues en el trimestre anterior ya se había logrado la culminación del documento del plan como propuesta para que el Municipio la oficialice a través de su Concejo de Regidores.

- Se publicó y distribuyó el último número del Boletín del Colectivo Solidario contra la TBC.
- Se concluyó la sistematización de la experiencia de la actividad 1.
- Se continuó con la distribución del material a todos los comités de lucha contra la TBC conformados en los distritos de intervención (ie. una banderola y material logístico en calidad de donación para el funcionamiento de cada comité)
- Durante este mes Alternativa, miembro del Colectivo Solidario encargado de la conducción de la actividad 1, apoyó algunas de las actividades de los Comités Distritales en el marco de sus planes elaborados. Así por ejemplo:
  - ✓ En COMAS se llevó a cabo la evaluación de la campaña Estilos Saludables que se realizó en el mes de Octubre en el Centro de Salud Carlos Phillips; se llevó a cabo una reunión de la Subcomisión de Lucha Contra la TBC con los médicos jefes de todos los establecimientos de salud, en donde la coordinadora de la Estrategia sanitaria de TBC de la Red de Salud Tupac Amará presentó las cifras actualizadas sobre TBC en el distrito de Comas y se entregó un Kit de materiales al presidente de la Subcomisión.
  - ✓ En LOS OLIVOS, el Comité realizó las elecciones para elegir a su Junta Directiva; se realizó una Feria Informativa sobre prevención de la TBC y del VIH-SIDA en la Red Rimac-San Martín-Los Olivos y se les entregó el respectivo Kit de materiales para iniciar su gestión.
  - ✓ En SAN JUAN DE LURIGANCHO, la Comisión Transitoria realizó dos actividades: una denominada "Capacitación a promotoras en llenado de ficha de Captación de Sintomático Respiratorio" y otra denominada "Campaña de Captación de Sintomático Respiratorio en los 33 centros de salud"; ambas actividades fueron apoyadas por el Sub-Receptor con el refrigerio y el fotocopiado del material informativo de TB (tríptico) y un Kit de Materiales.
  - ✓ En ATE-VITARTE, se realizó dos Foros sobre Situación y Prevención de TBC, los cuales fueron apoyados con la convocatoria, refrigerios y un Kit de Materiales.
  - ✓ En SAN MARTIN DE PORRES, el Comité conformado realizó la capacitación en Prevención de la TB a Líderes Comunitarios del distrito, la cual fue apoyada con refrigerios, convocatoria, un Kit de materiales y la facilitación de los grupos.
  - ✓ En VILLA EL SALVADOR, se apoyó la elaboración de los planes de los demás problemas encontrados en el diagnóstico de salud realizado.
  - ✓ En PACHACAMAC, se desarrolló una capacitación a Agentes Comunitarios en salud en prevención de la TBC en la localidad de Manchay Alto, habiendo apoyado el Sub-Receptor con la convocatoria, refrigerios, material para premiar los concursos y el Kit de Materiales respectivo.
  - ✓ En LIMA CERCADO, se llevó a cabo un Seminario Taller sobre "Agentes de Salud en Acción" dirigido a promotoras de salud de la DISA Ciudad, el cual fue apoyado por el SR con el refrigerio, convocatoria, certificados y el kit de materiales.
  - ✓ En RIMAC, se realizó un Pasacalle de difusión de la enfermedad y una Feria Educativa, habiendo apoyado el SR con materiales y participación en la realización misma de la Actividad.

- En lo 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 en el último trimestre de la fase I a un adicional de 101 personas, que junto a las que se había capacitado en los trimestres anteriores totalizan 548 personas capacitadas en el segundo año del programa, en el marco del refuerzo de la primera capacitación. Asimismo:
  - En Setiembre se realizaron los últimos 3 Talleres de capacitación, con la asistencia de 101 miembros de los equipos de salud de las DISAS Lima Norte, Lima Este y Lima Ciudad.
  - Respecto a las encuestas de satisfacción de usuarios, en Setiembre se levantaron 240 encuestas de la segunda ronda en 24 establecimientos de DISA Lima Norte y 150 encuestas de la segunda ronda en 15 establecimientos de la DISA Lima Este. En Octubre se ejecutó la tercera ronda de encuestas de satisfacción de usuarios en las DISAS Sur, Este y Norte habiéndose aplicado un total de 550 encuestas, en 55 establecimientos AERTS de estas tres DISAS.
  - En Setiembre se realizó una reunión de seguimiento de la mejora continua de la calidad con los grupos multidisciplinarios en de la DISA Lima Este, con 80 personas de 24 establecimientos de salud, y en Octubre se realizaron tres reuniones en la DISA Callao.
  - En estrecha coordinación con la ESN PCT, en el mes de Noviembre se culminó la actualización de los contenidos de los módulos I y II sobre atención de calidad y Derechos Humanos. Al cierre de este reporte, el Módulo I actualizado ya se encontraba impreso y había sido distribuido a todos los establecimientos de salud que participaron en la capacitación, en tanto que el Módulo II actualizado se encontraba en prensa y la distribución a los establecimientos de salud que recibieron la capacitación se llevará a cabo en Enero de 2006.
  
- Respecto a la actividad 3 *“Mejoramiento continuo de la calidad de atención en los servicios”*, en el último trimestre se culminaron 17 mejoras adicionales de infraestructura, lo que hace un total de 61 establecimientos de salud con mejora realizada (87% de la meta de la primera fase). En el trimestre se solucionó el tema de la recepción de las obras por las jefaturas de los Centros de Salud de Lima Norte, Lima Este y Lima Ciudad, cuyas autoridades empezaron a firmar las Actas de Recepción de las obras terminadas. No obstante ello, en Lima Sur el problema de la no aprobación de expedientes técnicos retrasó por dos meses el inicio de las obras, hecho que se solucionó en el mes de Noviembre pero que determinó que 9 obras de la DISA Lima Sur queden pendientes de ser culminadas para fines del mes de Diciembre de 2005. Algunos avances en esta actividad fueron:
  - Al cierre de este reporte, se habían terminado los trabajos en todos los Centros de Salud de El Callao (8), Lima-Ciudad (3), y Lima-Este (7) y Lima Sur (5).
  - En la DISA I Callao se firmaron las 8 actas de entrega.
  - Se coordinó directamente con la Red de Salud Túpac Amaru de la DISA Lima Norte, lo que permitió preparar las condiciones para la recepción de 8 trabajos en la zona de Comas-Independencia y Carabayllo.
  - Al cierre de este reporte, los trabajos en la DISA Lima Este se encontraban ya culminados pero la DISA continuaba sin dar visto bueno a los respectivos expedientes (7).

- En cuanto a la DISA Sur, en Noviembre se obtuvo la aprobación a la totalidad de los expedientes técnicos (17), con lo que se pudo reiniciar las obras. El estado de las 9 obras no culminadas era, al 30 de Noviembre, el siguiente (el Sub-Receptor aseguró que dichas obras estarían culminadas y entregadas a fines del mes de Diciembre de 2005):
 

EESS San Martín de Porres	95%
EESS Daniel Carrión	95%
EESS Leonor Saavedra	90%
EESS Villa San Luis	90%
EESS Delicias de Villa	90%
EESS San Roque	80%
EESS Portada de Manchay	70%
EESS Juan Pablo II	70%
EESS San Genaro	50%
  - La DISA Lima Ciudad ha efectuado la visita a los 3 establecimientos pendientes de entrega (El Porvenir, Rescate y Santa Rosa), los que se encuentran terminados. En los primeros días de Diciembre se realizó la firma de las actas de recepción.
  - En Octubre se realizó el último Taller de Infraestructura y Bioseguridad para la zona de El Callao y Cercado. Se contó con la participación de 51 personas (40 mujeres y 11 varones) entre médicos, enfermeras y técnicos de salud. La mayor parte de los asistentes corresponden a C. S. del Callao y los Centros Mirones Bajo y El Porvenir, de Lima Cercado. Con este taller se completó un total de 250 personas capacitadas (superando la meta de 210 en los 20 meses del Proyecto). Estas capacitaciones se efectuaron conjuntamente con Socios en Salud, institución responsable de la Actividad 2.
  - Se imprimió y distribuyó el Manual de Mantenimiento y Limpieza y la Cartilla de Infraestructura y Bioseguridad, junto con certificados de participación al personal del sector que recibieron la capacitación en estos aspectos.
  - Se culminó la elaboración de 35 memorias descriptivas.
- 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”*, en el trimestre anterior se culminó la capacitación de 859 promotores, la conformación de 16 ASETs y de 54 GO-TB. En este último trimestre, se realizaron las siguientes actividades:
    - Al cierre de la primera fase del programa, un total de 15 distritos con AERT TB cuentan con planes IECA en Lima Callao. La meta programada fue 14 (107% de cumplimiento). Se ha iniciado la intervención en 5 distritos adicionales, pero está aún en proceso.
    - Respecto a los AERT-TB con actividades IECA en Lima Callao, la meta programada fue de 42 AERT-TB en los dos años y se alcanzó un total de 50 AERT-TB seleccionados para la intervención y 29 AERT-TB no seleccionados. Adicionalmente, se ha iniciado el desarrollo de las actividades en 11 AERT-TB seleccionados y otros 12 AERT-TB no seleccionados. Se intervino en AERT adicionales con el propósito de fortalecer la Red.
    - La Red Solidaria fue constituida formalmente el 26 de octubre del 2005, su primera Junta Directiva está constituida por 7 miembros elegidos

democráticamente en la primera Convención de la Red Solidaria (25 y 26 octubre 2005). El nombre ASDEN no fue acogido por los participantes de la Red Solidaria de Enfermos con Tuberculosis, se optó por mayoría por el nombre de Red.

- En el trimestre se realizaron tres encuentros de la RED: uno en Setiembre, con la participación de 118 dirigentes de ASET y GOETs (51 varones y 67 mujeres) que corresponden a 16 distritos Comas, Carabayllo, Independencia, San Martín de Porres, Rimac, San Juan de Lurigancho, Cercado de Lima, La Victoria, Sta. Anita, Ate Vitarte, El Agustino, Callao, Ventanilla, Villa El Salvador, Villa María del Triunfo y San Juan de Miraflores. Otro en Octubre, con la participación de 57 enfermos de TB 35 varones y 22 mujeres de los 16 distritos y la Provincia constitucional del Callao. (Comas, Independencia, San Martín de Porres, Rimac, Los Olivos, San Juan de Lurigancho, La Victoria, Cercado de Lima, Ate Vitarte, El Agustino, Santa Anita, Villa El Salvador, Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores, Ventanilla y el Callao). El tercero en Noviembre, con la participación de 87 enfermos de TB 53 varones y 34 mujeres de los 18 distritos y la Provincia constitucional del Callao (Comas, Carabayllo, Independencia, San Martín de Porres, Rimac, Los Olivos, San Juan de Lurigancho, La Victoria, Cercado de Lima, Ate Vitarte, El Agustino, Santa Anita, Villa El Salvador, Pachacamac, Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores, Ventanilla y el Callao).
- En el trimestre se continuó reforzando el trabajo en el área organizativa y promoviendo jornadas organizativas descentralizadas, siendo efectivas 05 jornadas organizativas con la participación de 121 enfermos de TB y 03 jornadas suspendidas por falta de apoyo del personal de salud en la convocatoria. En Octubre se efectuaron 05 jornadas organizativas con la participación de 98 enfermos de TB y 03 jornadas suspendidas por falta de apoyo del personal de salud en la convocatoria. Y, en Noviembre se realizaron 9 jornadas organizativas con 196 participantes.
- En Setiembre se conformó el ASET-Pachacamac, en Octubre se constituyó el ASET-Los Olivos y en Noviembre el ASET-Santa Anita, continuando con el trabajo organizativo de incorporación de los ASETs constituidos en los meses anteriores en el desarrollo del trabajo de la Red. Cabe mencionar que en algunos ASETs hay dificultades porque sus directivos salen de alta o dejan el activismo para re-incorporarse a la vida laboral.
- En Setiembre se realizaron 17 sesiones educativas en AERT-TB y AERT-TB no seleccionados, con 247 asistentes, correspondientes a 09 distritos. En Octubre, las actividades se realizaron en 09 distritos, contando con 417 asistentes en 28 sesiones educativas. En Noviembre las actividades fueron realizadas en 05 distritos, contando con 201 asistentes, con 15 sesiones educativas.
- Respecto a la adquisición de local para la Red Solidaria, en coordinación con los técnicos de CARE Perú y Pro Vida se acordó regresar a la propuesta de adquirir una casa ya construida y no un terreno, pues el trámite estaba durando demasiado. En Noviembre se firmó la minuta y, al cierre de este reporte, estaba en proceso la firma de la documentación para la adquisición final del inmueble. Cabe destacar que fue necesario visitar 22 inmuebles y revisar gran cantidad de documentos legales.
- Se concluyó la discusión, diseño y validación de 21 láminas motivadoras en coordinación con la actividad 5. Los temas desarrollados a través de las

- láminas son: conociendo sobre TB, la marginación y estigmatización y participación social.
- Se realizó la evaluación de la Actividad 4 por niveles: Primero una encuesta a diferentes actores; pacientes líderes de las ASETs y GOETs, y personal de salud. Posteriormente se ha realizado una jornada evaluativa descentralizada sea por DISA, RED de Salud y/o Distrito. Finalmente se terminó con un taller general de evaluación donde se trabajó al mismo tiempo un FODA, que es insumo para el plan de trabajo 2006. La evaluación de las encuestas fue presentada a todos los líderes en el taller de evaluación con la finalidad de recoger sus impresiones y aportes. Como conclusión general se puede decir el proyecto fue evaluado positivamente tanto por pacientes y por líderes como por el personal de salud.
  - Se ha elaborado un informe tanto de los planes IECA, como de la experiencia organizativa de la RED que se encuentra en proceso de impresión para su publicación respectiva.
- En cuanto a la actividad 5 *“Incorporación como promotores a personas curadas de TB para actividades de quimioprofilaxis y promoción”*, en toda la primera fase se capacitó a 848 promotores (meta culminada en el período de reporte anterior). De aquéllos, 728 promotores se encuentran realizando actividades (es decir, están activos) y el restante ha dejado las actividades de promoción. De los promotores capacitados, 37% son ex pacientes de TB o sus familiares y 63% son miembros de las comunidades en AERT-TB (entre escolares y promotores de salud). Al respecto:
    - En el último trimestre se han realizado las actividades de cierre, tales como: 28 ferias de salud en las comunidades; se ha culminado la elaboración de los materiales faltantes: Módulos de apoyo al promotor (2000), video Actividad 5 (100), afiches (5000), Rotafolios (1000).
    - En la actividad 5, el SR estima haber llegado a 51, 933 personas de la comunidad en AERT-TB con los mensajes de prevención de la TB a través de las ferias, acción de las promotoras capacitadas (848) y materiales de IEC. Este dato será confirmado con el estudio de la segunda medición de la línea de base, a ser entregado en Enero.
    - Se ha ejecutado una sistematización de la experiencia del trabajo realizado en la actividad.
    - Se han entregado materiales a las promotoras con los cuales ellas podrán continuar con la labor de informar a la comunidad sobre TB en los establecimientos de salud (AERT TB).
  - 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”*, se culminó la capacitación de 554 ex pacientes de TB y/o sus familiares en temas de empleo dependiente e independiente (95 de ellos culminaron en el último trimestre). Además de ello, se conformaron y asesoraron 16 SPIs (Sociedades Populares de Inversión), 11 de ellas en el último trimestre. Algunos avances durante el último trimestre de la primera fase fueron los siguientes:
    - Entre Octubre de 2005 culminaron los últimos cursos de Capacitación Técnico laboral, en los temas de Operatividad de maquinas, Panadería Básica, Auxiliar de Contabilidad, Limpieza Industrial y Fumigación e Inspección en la Industria de confección de prendas de vestir. El detalle de los graduados se brinda a continuación:

- ✓ Operatividad de máquinas (22 jóvenes aptos para iniciar pasantías laborales)
  - ✓ Panadería Básica (18 jóvenes aptos para iniciar pasantías laborales)
  - ✓ Limpieza Industrial y fumigación (19 jóvenes aptos para iniciar pasantías laborales)
  - ✓ Auxiliar de Contabilidad (11 jóvenes aptos para iniciar pasantías laborales)
  - ✓ Inspección en la Industria de Confección de prendas de vestir (24 jóvenes aptos para iniciar pasantías laborales)
  - Se colocó a 93 pasantes en un total de 34 empresas<sup>8</sup> de variados rubros, para que realicen sus prácticas laborales. En Setiembre fueron colocados 8 pasantes del curso de Limpieza Industrial y Fumigación y en Noviembre otros 85 pasantes:
    - ✓ 18 jóvenes del curso de Limpieza Industrial y fumigación
    - ✓ 20 jóvenes del curso de Operatividad de máquinas de Confección
    - ✓ 14 jóvenes del curso de Panadería Básica
    - ✓ 10 jóvenes del curso de Auxiliar de Contabilidad
    - ✓ 23 jóvenes del curso de Inspección en la Industria de confección
  - Se asesoró técnicamente el emprendimiento de 45 iniciativas de negocios, y se re-impulsaron otras 29 iniciativas de negocios que ya existían previamente, en 10 distritos de Lima y Callao. Asimismo, se apoyó la elaboración de 77 planes de negocios.
  - En este período se conformaron 11 nuevas SPIs o “grupos de autoayuda para el ahorro y el crédito”, en igual número de distritos. En el marco de las nuevas SPIs conformadas se entregaron 65 financiamientos para pequeños negocios.
  - En Octubre se realizó una reunión preparatoria con la participación de 57 directivos de 14 SPIs de Lima Metropolitana y Callao. Asistieron además 24 jóvenes de los cursos técnicos laborales y la directiva de ASET. Se realizaron exposiciones de MINSA y el Grupo de la Red de Economía Solidaria-GRESP con conclusiones de talleres de trabajo de grupos.
  - En Noviembre se realizó el I Encuentro de las SPIs, con la participación de los 72 directivos y socios de las 16 SPIs de Lima Metropolitana y Callao. Participaron también la Red Solidaria, ASET, DISA IV, Socios en salud y Consultores. Se realizó la presentación de las experiencias de las SPIs y presentaron conclusiones de los trabajos de grupo.
- En que respecta a la actividad 7 *“Plan para el soporte nutricional de los enfermos y sus familias en pobreza”*, se concluyeron 45 planes de soporte educativo nutricional para AERT-TB, que junto con los 36 planes del primer año dan un total de 81 planes. Los planes de soporte educativo nutricional se han completado para 70 AERT-TB de intervención de este objetivo y para otros 11 AERT-TB no seleccionados para la

---

<sup>8</sup> Las empresas que han acogido a los pasantes son las siguientes: Star Print EIRL, “TOPY TOPP”, Confecciones ALEJOV SAC, Estudio Jurídico Contable, Estudio Cont. San Miguel SRL, CEO. Parroquial “San Pedro”, Parroquia Sta. Magdalena S.B., Estudio contable, Manufacturas Wimbledon S.A., FEGASA IMPORTACIONES SAC, SSAYS, CLEAN POWER SERVICE, HOTEL LA MOLINA, GRUPO GERENCIAL, DIMENSION LABORAL, PISERSA, SEA, Confecciones Jers, Confecciones Alicia, Manufacturas Wimbledon S.A., Confecciones Diaz, Confecciones Sta Rosa, Confecciones Peru expor, Modar inversiones SAC, Cotton Nik, Confecciones Silvet Traidint, Taller de confecciones, Confecciones Validan, Panadería San Antonios, Panadería Henry, Panadería Asunción de Chacas, Micaela Bastidas, Panadería Cleidy, Panadería Delicia Tesses

- intervención. Un total de 1274 promotoras de salud (“promotoras educativo – alimentarias”) participaron en el desarrollo de esta actividad. Asimismo:
- Luego de haber concluido la segunda encuesta nutricional y socioeconómica, se realizaron dos talleres de explicación de los resultados de esta encuesta en los distritos de San Juan de Miraflores y Villa María del Triunfo.
  - Se realizaron 10 Foros distritales en: El Agustino, Pachacamac, Villa El Salvador, San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo, Chorrillos, Surco, La Victoria, Ventanilla y Callao.
  - Se ha continuado con la distribución de las cocinas, balón de gas y vajilla a las áreas de Trabajo Social de los establecimientos de Salud intervenidos en los AERT-TB. También se ha distribuido afiches, trípticos, recetarios, cartillas y laminarios entre las promotoras nutricionales, personal de salud y población.
  - Las promotoras de educación nutricional continuaron con las visitas domiciliarias y charlas educativas a los pacientes de TB.
  - En Setiembre se realizó un taller de formación de promotoras a solicitud del Club de Leones de Chaclacayo en coordinación con la Micro Red para asegurar el seguimiento de la labor efectuadas por las 57 promotoras de 9 Centros de Salud que fueron capacitadas con el uso de materiales de alimentación BBB. Esta actividad se realizó en coordinación con la ESN PCT de la DISA Lima Este.
  - Se realizó el Primer Encuentro de Promotoras Educativas Alimentarias 2004 y 2005 realizada en el marco de CONADES 2005. Asistieron 1003 promotoras. Después del evento las promotoras se unieron a la marcha en favor del cumplimiento de los Objetivos del Milenio.
  - Se reimprimieron trípticos adicionales y se confeccionaron juegos educativos “El Camino de la Alimentación Saludable”, como un material pedagógico dirigido a la población escolar.
  - Se apoyó en campañas a solicitud de la Red de Salud de Villa María del Triunfo. También se apoyó una mini-campaña en el Centro Educativo Julio C. Tello, y con participación de los alumnos y padres de familia del Centro Educativo Indira Gandhi promovida por la Micro Red Chancas de Andahuaylas de Santa Anita.
  - Se apoyó la campaña realizada por los dirigentes de la comunidad perteneciente al Centro de Salud Clorinda Málaga en Comas para difundir la alimentación BBB en la población.
  - A solicitud del municipio de Lima se capacitó a 40 de sus promotoras.
- En lo que respecta a la actividad 8, *Elaboración del estudio de línea de base e implementación del sistema de monitoreo y evaluación del objetivo 1-Tb*,
    - Se ha realizado el Monitoreo de las subactividades del Objetivo 1, especialmente las relacionadas a las capacitaciones para el empleo y los créditos para los pequeños negocios de los ex enfermos de Tb o sus familiares y se ha colaborado con sugerencias para resolver los problemas que se observaban.
    - Se está introduciendo la información de los indicadores desde el comienzo del proyecto en el Sistema Gerencial de Proyectos (SGP).
    - En lo que respecta a la segunda medición de la línea de base, se contó con el apoyo de la Actividad 1 en la recolección de información para los indicadores relacionados con los Municipios y las organizaciones sociales.

Luego de coordinar con las diferentes instancias del MINSA (Estrategia Nacional de TB, DISAS, redes de salud y establecimientos de salud), se realizaron las encuestas a los pacientes de TB y sus familiares en una muestra de 41 AERT-TB. Al cierre de este reporte, las encuestas se encontraban en la fase de digitación, procesamiento y consistencia de la base de datos. Se estima que se habrá concluido con el informe final en la primera quincena de Enero de 2006.

- o Se apoyó a la Comisión encargada de realizar los cambios en el plan operativo y el presupuesto para la Segunda Fase del proyecto, ante las observaciones realizadas por el Fondo Mundial y el recorte del presupuesto original.

El nudo crítico que afectó especialmente al objetivo 1 durante la primera fase del programa fue el referido a las obras de infraestructura: la confusión sobre el SNIP y las demoras de las DISAS en aprobar los expedientes técnicos de las obras demoraron su inicio. Luego, algunas DISAS no autorizaban la recepción de las obras terminadas, demorando con ello el cumplimiento de las metas. Esto al final se solucionó en los casos de los objetivos 1 y 3, no sin la inversión de muchas horas-hombre y grandes esfuerzos para negociar y persuadir a las contrapartes respecto a la necesidad de culminar esta actividad.

### **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 cobertura<sup>9</sup> 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 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. Con los resultados del estudio de línea de base que está en curso, se conocerá el avance de los indicadores operacionales en el año 2005 hacia el mes de Enero de 2006.

La información disponible a la fecha es la siguiente:

Indicador y avance a Diciembre 2004	Avance del Primer	Meta Noviembre
-------------------------------------	----------------------	-------------------

<sup>9</sup> le. Operacionales de acuerdo a la denominación del MINSA

	Semestre del 2005	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. Se espera reconstruirla en el marco de la segunda medición de la línea de base que está en curso.

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. 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. Por ello, 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 su capacidad de gestionar una adecuada articulación con la ESN PCT del

MINSAs, en particular considerando que el diagnóstico presuntivo es realizado en el INPE pero el diagnóstico confirmatorio debe ser remitido a los laboratorios del MINSAs. De igual manera, la provisión de medicamentos de segunda línea para el tratamiento de TB-MDR está a cargo del MINSAs. De esta manera, si las coordinaciones entre ambos entes permanecen fluidas como lo han sido hasta el momento, 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 MINSAs, 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 co-infección (cf. Actividad 2). En el mes de Octubre se culminó 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, 203 pertenecen al personal de salud del INPE y los restantes 33 pertenecen a las DISAs o Unidad Técnica de la ESN PCT del MINSAs, 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, rescatando ello como una buena práctica que merece ser replicada en futuros proyectos.

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). Ha quedado pendiente sin embargo en la primera fase, la aprobación por parte de la Presidencia del INPE de una directiva específica sobre bioseguridad denominada "Medidas para la prevención de la transmisión de la tuberculosis en los establecimientos penitenciarios a nivel nacional", la misma que ha sido consensuada con las autoridades de los diversos penales del país y se espera brinde las regulaciones y pautas necesarias para la implementación del "Plan de Control de Infecciones en Tuberculosis en los Establecimientos Penitenciarios", cuyo diseño está listo para ser implementado una vez que salga la Directiva (cf. Actividad 5).

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, en el trimestre anterior se reportó la culminación y entrega al INPE de las obras en 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 Huánuco, Lambayeque y Callao, que se estima estén culminadas en Enero, y las del Penal de Lurigancho (Clínica y Albergue para aislamiento de pacientes), que se culminarán en Febrero. En el caso del penal de Socabaya en Arequipa y el de Castro Castro en Lima, las obras se iniciaron entre Noviembre y Diciembre y se culminarán en Febrero. La razón principal de este retraso, como ya se ha indicado en

reportes previos, 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 19,635 personas privadas de su libertad, es decir, 94% de la meta esperada para la primera fase del 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 INPE<sup>10</sup>, 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 muy alta probabilidad de presentar condición de seropositividad en el interno tamizado).

Finalmente, hasta Noviembre de 2005 137 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; con los resultados de la segunda medición de la línea de base esta información será precisada). En Julio se inició el TARGA en penales, entregando hasta el cierre de este reporte tratamientos antirretrovirales a 11 PPL VIH positivos del penal de Lurigancho. Entre tanto, otros 18 PPL VIH+ que están listos para ingresar a TARGA y 71 PPL VIH+ se encuentran en proceso de evaluación para definir si ingresan a TARGA.

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 2<sup>11</sup>**

Actividad	Indicador Clave		Trimestre 4 segundo año (1ro. Set - 30 Nov 05)	Avance total proyecto Dic. 03 - Nov. 05
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	0	166
		Ejecutado	0	113
		% de avance	#¡DIV/0!	68%
Actualización en estrategia DOTS, y capacitación en DOTS Plus, Coinfección VIH-TB, Control de Infecciones	Número de trabajadores de salud del INPE capacitados en DOTS, DOTS Plus, co-infección VIH-TB y control de las infecciones de TB (*)	Programado	249	498
		Ejecutado	236	472
		% de avance	95%	95%
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	Programado	9	18
		Ejecutado	0	9

<sup>10</sup> La fase de tamizaje por pruebas rápidas se realizó entre Abril y Julio de este año.

<sup>11</sup> Según instrucciones del Fondo Mundial: 80% a más de avance = color verde; menos de 80% de avance = color rojo.

penitenciarios		% de avance	0%	50%
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	Programado	6	108
		Ejecutado	23	112
		% de avance	383%	104%
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 (*)	Programado	9	18
		Ejecutado	0	9
		% de avance	0%	50%
Plan de control de infecciones en TB	Una unidad residencial para pacientes con TB-MDR construida en el penal de Lurigancho	Programado	1	1
		Ejecutado	0	0
		% de avance	0%	0%
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 (*)	Programado		9
		Ejecutado	0	3
		% de avance		33%
Despistaje de VIH en internos	Número de personas reclusas en los 9 penales objetivo que tienen acceso a una prueba rápida de VIH mediante despistaje	Programado	1931	20839
		Ejecutado	2597	19635
		% de avance	134%	94%
Control y Tratamiento de VIH en internos	Número de internos con VIH/SIDA que reciben seguimiento y atención médica (**)	Programado	0	144
		Ejecutado	0	137
		% de avance	#¡DIV/0!	95%

(\*) 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*”, se realizaron todas las sub-actividades relacionadas a la elaboración y aprobación del documento final de la Guía. En Octubre se remitió al MINSA el documento final. El 02 de Diciembre del 2005 dicho documento final fue aprobado por el Coordinador Nacional de la ESN PCT y el 09 de diciembre de 2005 la Dirección General de Salud de las Personas del MINSA se pronuncia de manera favorable en relación al documento entregado. A partir de esa fecha se inició el proceso impresión, estimándose que a finales del mes de Diciembre se hará la distribución a los 83 penales del sistema penitenciario.
- En lo referente a la actividad 2 “*Actualización en estrategia DOTS, y capacitación en DOTS Plus, Coinfección VIH-TB, Control de Infecciones*”, en el mes de Octubre se culminó la evaluación total del personal de Salud que participó en el proceso de capacitación. El número total de capacitados que han cumplido con todas las evaluaciones es de 236, entre los que se incluyen 33 personas del MINSA, con lo que se logró el 95% de la meta. Algunos detalles importantes de esta actividad fueron los siguientes:

- No fue posible contar con las 249 personas del INPE en el transcurso de todo el Diplomado pues la Coordinación Nacional de Salud del INPE consideró que los servicios de salud de los penales no podían quedar desatendidos en los períodos de talleres macroregionales que se daban en el marco del Diplomado, razón por la cual una parte de dicho personal no podía asistir al Diplomado en la fase Presencial. Ante esta situación, se implementaron dos estrategias para asegurar que los miembros del personal de salud de INPE accedan a la capacitación: un aula virtual para reforzar los contenidos del Diplomado, y la implementación de un sistema de refuerzo con talleres realizados en diferido (fuera del cronograma del Diplomado)<sup>12</sup>.
  - 134 de los 236 profesionales que culminaron la capacitación se encontraban, al cierre de este reporte, realizando las gestiones con la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para obtener la acreditación respectiva por haber realizado el Diplomado
- El cuanto a la actividad 3 “*Plan de advocacy para los administradores de establecimientos penitenciarios*”, los logros se han concentrado básicamente en la sensibilización de las autoridades de los Ministerios de Justicia y del Interior, del MINSA y del mismo INPE. Sin embargo, el SR no ha realizado hasta la fecha el monitoreo de la implementación de las normas emitidas sobre prevención y control de la TB en los penales, que era la meta del segundo año, pues al parecer para lograr su efectiva implementación se requería aún más sensibilización y compromiso de parte de las autoridades y la actividad se abocó a ello. Adicionalmente, en este trimestre se avanzó en la implementación de las normas referidas a la prevención y control de la TB mediante lo siguiente:
    - Se realizaron 14 reuniones en Lima con autoridades de los Ministerios del Interior y de Justicia, a fin de 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”.
    - Se realizó el Taller de “Difusión de Normas y Procedimientos para la Atención de Salud de las Personas Privadas de Libertad en los Establecimientos Penitenciarios a nivel Nacional”, en la Ciudad de Chiclayo, el 14 de Septiembre del 2005. Participaron representantes de los Establecimientos Penitenciarios de Sentenciados de Picsi – Chiclayo, Sentenciados Castilla – Piura, Procesados de Tumbes, E.P. Sentenciados de Cajamarca, y Sentenciados – Trujillo.
    - Se realizó el Taller de “Difusión de Normas y Procedimientos para la Atención de Salud de las Personas Privadas de Libertad en los Establecimientos Penitenciarios a nivel Nacional”, en la Ciudad de Lima, el 13 de Octubre del 2005. Participaron representantes de los Establecimientos Penitenciarios de Lurigancho, Miguel Castro Castro, Callao, San Jorge, Mujeres de Chorrillos.
    - Se llevó a cabo una reunión de la Mesa de Diálogo de Chiclayo en las instalaciones de Establecimiento Penal de Picsi. Participaron autoridades del

---

<sup>12</sup> Si bien la estrategia original era realizar capacitaciones en servicio a cargo del personal de la Coordinación Nacional de Salud del INPE, durante la implementación de la actividad el INPE solicitó este apoyo adicional al Sub-receptor debido a que la sobrecarga de trabajo que enfrentaba el equipo de salud no iba a hacer posible que se realizasen las capacitaciones en servicio.

INPE en Chiclayo (ie. el Director, Subdirector, Jefe de la Oficina Técnica de Tratamiento, y jefes de área de los diferentes servicios).

- En lo que respecta a la actividad 4 “*Plan IEC para los internos relacionado a prevención y control de TB*”, se ha logrado realizar 112 actividades de IEC en toda la primera fase (104% de la meta esperada), habiendo avanzado con 23 actividades de este tipo sólo en el último trimestre. Para la implementación de las actividades de IEC, el SR capacitó en la primera fase a un total de 358 PPL como promotores de salud en TBC. 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. En este trimestre, los avances fueron los siguientes:
  - Se realizaron 23 actividades de fomento de la salud en los penales de El Milagro en Trujillo (2), Lurigancho en Lima (19), Río Seco en Piura (1) y Callao (1). Estas actividades incluyeron: charlas a los PPL, gymkhanas, presentación de videos, payasos, mimos, etc. Con mensajes preventivos contra la TBC. Del total reportado por el SR, se estima la participación efectiva de 1953 personas privadas de su libertad en estas actividades.
  - Se realizaron 9 campañas de salud, mediante actividades lúdicas, presentación de videos y difusión de mensajes preventivos y educativos contra la TBC. En el penal de Huanuco participaron 103 PPL en la campaña; en el penal de Trujillo, 160 familiares de los PPL; en el penal de Arequipa, 193 familiares; en el penal de Chiclayo, 222 familiares; en el penal de Piura, 173 familiares; en el penal de Callao, 93 familiares; en el penal de Lurigancho, 180 familiares; en el penal de Ica, 95 familiares y en el penal de Castro Castro en Lima, 96 familiares de PPL.
  - Se realizaron 51 jornadas educativas para PPL en los penales de Arequipa, Huánuco, Castro Castro en Lima, Chiclayo, Río Seco, Ica, Trujillo y Lurigancho. Participaron en estas jornadas un total de 1657 PPL.
  - Se realizaron 94 jornadas educativas para familiares de PPL en 5 penales. Participaron en estas jornadas 1205 familiares de PPL.
  - Se realizaron 38 jornadas educativas específicas para familiares de PPL con TBC en el penal de Lurigancho. Participaron 347 familiares de pacientes de TB de dicho penal.
- 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 en los 9 penales de intervención (logrado en trimestres anteriores), 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 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. A la fecha, el equipo consultor ha entregado ya al INPE la propuesta de Directiva sobre bioseguridad consensuada con las

autoridades de los penales, así como el plan de bioseguridad que se implementará en los penales una vez que la Directiva sea oficializada por la Presidencia del INPE.

- 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 y entregó al INPE las obras en los penales de Ica, Trujillo y Piura. Al respecto:
  - Continuaron en proceso de construcción las obras de los penales de Lurigancho, Huánuco, Callao y Lambayeque, cuyo término se estima para los meses de Enero y Febrero.
  - En Octubre se licitó la obra del Penal de Socabaya (Arequipa), la misma que fue finalmente adjudicada a la Empresa EIVISAC. En Noviembre, se licitó la obra del Penal de Castro Castro (Lima), que fue adjudicada a la empresa JAVI SA.
  - En lo que respecta al equipamiento de los penales:
    - ✓ Como parte del procedimiento establecido por el RP, al concluir las construcciones de los EP que se iniciaron primero, éstas fueron evaluadas por el equipo de Arquitectos del Proyecto Reforma Penitenciaria del MINJUS, quienes establecieron las necesidades mínimas de amoblamiento y equipamiento. La COORDINACIÓN DE SALUD DEL INPE supervisó el proceso. De esta manera, entre Julio y Agosto, luego de planteadas las necesidades para realizar el amoblamiento y equipamiento piloto en los EP Trujillo, Piura e Ica, se realizó la primera adquisición para dichos penales.
    - ✓ Para la implementación del programa del equipamiento, CARE Perú contrató a un consultor médico. El producto de esta consultoría fue el diseño de la relación de equipos e insumos médicos acorde a las necesidades en los establecimientos penales intervenidos, en base a la ejecución del plan de amoblamiento y equipamiento mínimo de los establecimientos de Ica, Trujillo y Piura, se establecieron los nuevos requerimientos de muebles y equipos para el resto de penales de acuerdo a las necesidades actuales y futuras de los mencionados centro de salud , teniendo en cuenta no solo la nueva infraestructura con la que cuentan sino además los datos epidemiológicos relacionados a estos EP.
    - ✓ El 3 de Noviembre de 2005, el INPE remite a CARE Perú el oficio N° 585 – 2005 INPE/CNSP (COORDINACIÓN NACIONAL DE SALUD del INPE), que consigna las necesidades de equipamiento y amoblamiento, para los penales restantes.
    - ✓ En Octubre quedan definidas las necesidades finales de amoblamiento para los penales (entre mobiliario para las habitaciones de los servicios de salud en construcción y mobiliario médico complementario para las habitaciones –mesas para materiales, parantes para suero, biombos, sillas para toma de muestras de sangre, etc.-). Asimismo, se definen con el INPE las necesidades en términos de equipos médicos y materiales para los laboratorios, como son por ejemplo: espectrofotómetros, rotadores, microscopios, centrífugas, congeladoras, sistemas de ventilación, cabinas de bioseguridad, etc.
    - ✓ Entre Setiembre, Octubre y Noviembre, CARE Perú organiza los concursos de precios N° 136-2005, N° 137-2005, N° 139-2005 y N° 140-2005, para seleccionar a las empresas proveedoras de dichos muebles, materiales y equipos. Al cierre de este reporte ya se encontraba con ordenes de compra el 70% de lo licitado y solo faltando un proceso de compras y con el

proceso de concurso en marcha, estimándose contar con los resultados en la primera quincena del mes de Enero.

- En cuanto a la actividad 7 “Despistaje de VIH *en internos*”, se ha realizado el tamizaje a un total de 19,635 internos de 22 penales del país (94% de la meta esperada, con un avance de 2597 sólo en el último trimestre). Para ello, se llevó 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 entre los meses de Abril y Julio de 2005. En paralelo, el Sub-Receptor apoyó con personal de salud, insumos y materiales para tamizar internos en el marco del denominado “tamizaje de rutina”, realizado por los servicios de salud de cada penal. En el marco de esta actividad:
  - Se distribuyeron 12,312 pruebas rápidas a 22s penales, totalizando 20,238 pruebas rápidas distribuidas a los penales para el tamizaje de rutina desde que se inició este tipo de tamizaje mediante pruebas rápidas (no se incluye aquí las pruebas que fueron utilizadas en el estudio de Vigilancia Centinela).
  - Se han realizado consejería pre-test seguida de post-test a PPLs que aceptaron realizarse las pruebas de despistaje.
  - Transporte de muestra para confirmación, se está realizando a medida que se realizan las pruebas.
  
- En lo que respecta a la actividad 8 “Control y Tratamiento de VIH *en internos*”, 166 internos VIH positivos se añadieron en el trimestre pasado a la relación de internos seropositivos gracias a las campañas de tamizaje por el estudio de Vigilancia Centinela y el tamizaje de rutina. 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 durante presente período de reporte totalizan solamente 137 internos con esa condición (95% de los 144 PPL con VIH en seguimiento médico esperados). Los datos de internos seropositivos que han recibido atención y seguimiento médico serán afinados como producto de la segunda medición de la línea de base que se encuentra en marcha, cuyo informe será entregado en la primera quincena de Enero. Asimismo, en este período de reporte:
  - 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.
  - Atención integral de PPL con VIH/SIDA. Según reporte del Sub-Receptor, entre el mes de Julio de 2005 al 30 de noviembre habían ingresado 12 PPL a TARGA13.
  - En toda la primera fase, el reporte de atenciones médicas alcanzó 1758 atenciones, aunque dado el proceso de implementación de los reportes operacionales, se estima un importante nivel de sub-registro en esta información.

---

<sup>13</sup> No obstante ello, el reporte de la ESN VIH del MINSA sólo reporta 11 PPL en TARGA. Al parecer la inconsistencia se debe a que la fecha de cierre del reporte de la ESN VIH es el 28 de Noviembre. Para efectos de los indicadores de cobertura de este informe, se está tomando como oficial la cifra reportada por la ESN VIH.

- Por su parte, en este período de reporte el RP, CARE Perú, adquirió siguientes medicamentos para los internos en tratamiento:

**Del 01/09/2005 al 30/11/2005**

PROVEEDOR	PRODUCTO	CANTIDAD
QUIMICA SUIZA S.A.	FLUCONAZOL 150MG TB	9,000.00
	TRIMETROPIN + SULFAMETOXAZOL(800/600)	80,000.00
PROVIDA	ISONIACIDA X 100	330,000.00
	ACICLOVIR X 200	20,000.00
ESKE S.R.L.	CIPROFLOXACINO 500 MG	7,000.00
	METRODINAZOL 500 MG TB	9,000.00
	AZITROMICINA X 500 MG	14,000.00
	PENICILINA BENZATINICA 1 «200,000	28,000.00
	DOXICILINA X 100 MG	36,000.00

- Los medicamentos mencionados llegaron al almacén de CARE en Noviembre, y al cierre de este reporte se encontraban ad portas de ser entregados al INPE para su distribución a los penales.
- En lo que respecta a la actividad 9, *Elaboración del estudio de línea de base e implementación del sistema de monitoreo y evaluación del objetivo 2-Tb*, en los trimestres previos se dio cuenta de los avances de esta actividad en términos del diseño de un software para el seguimiento de los avances del objetivo, el soporte técnico y capacitación en servicio en la implementación de un sistema de informes operacionales manual para el INPE y el diseño e implementación de un aula virtual para dar soporte al Diplomado que se llevó a cabo en la actividad 2. En este trimestre:
  - Se ha realizado el Monitoreo de las sub-actividades del Objetivo 2, llegando a un aproximado de 100 trabajadores de salud del INPE mediante la retroalimentación.
  - Se actualizó la información de los indicadores desde el comienzo del proyecto en el Sistema Gerencial de Proyectos (SGP).
  - En lo que respecta a la segunda medición de la línea de base, se diseñó los TdR para el equipo consultor que al cierre de este reporte se encontraba recolectando la información y realizando el control de calidad de los registros del INPE para poder estimar los indicadores respectivos. Se estima que se habrá concluido con el informe final en la primera quincena de Enero de 2006.
  - Se apoyó a la Comisión encargada de realizar los cambios en el plan operativo y el presupuesto para la Segunda Fase del proyecto, ante las observaciones realizadas por el Fondo Mundial y el recorte del presupuesto original.

Los nudos críticos que afectaron especialmente al objetivo 2 durante la primera fase del programa fueron:

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 obligó con relativa

- frecuencia 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 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 y la calidad de la información requiere ser reforzada.
  3. La aprobación de materiales de capacitación por parte de las contrapartes técnicas, retrasó impresión y distribución a beneficiarios. Por esta razón la actividad 2.1 no ha iniciado distribución a penales.
  4. Los plazos propios del Ciclo del Proyecto en el marco del Sistema Nacional de Inversión Pública y el proceso de negociación con MINJUS e INPE retrasaron la ejecución de las obras de infraestructura en penales hasta febrero del 2006.
  5. Al cierre de este reporte continuaba sin definirse en la práctica 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. El área de salud del INPE ha preparado una propuesta técnica que está en proceso de revisión institucional, pero mientras la aprobación y oficialización de dicha propuesta técnica se hace realidad, esta situación tiene el riesgo de generar malestar en algunos internos y desmotivar a los promotores activos para realizar el trabajo como promotores.

### **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 cobertura<sup>14</sup> generados por el programa DOTs PLUS del Ministerio de Salud con el apoyo del programa TB del Fondo Mundial, durante la reciente visita del Gerente de Portafolio para nuestro país, Sr. Matías Gómez, el Fondo Mundial solicitó que se actualice el indicador de pacientes ingresados a DOTs PLUs en los 2 esquemas, modificando el reporte del indicador de “Número y porcentaje de pacientes con diagnóstico de TB-MDR que reciben tratamiento DOTs PLUs” que se había estado haciendo hasta el trimestre anterior. En base a dicha solicitud, este indicador ha sido definido por el MINSa como “número de pacientes que ingresan a tratamientos DOTs PLUs nuevo estandarizado e individualizado / número de pacientes aprobados”. Así, la Unidad Técnica (UT) de la ESN PCT del MINSa reporta la siguiente información para el último trimestre del año 2003 (inicio del Programa del Fondo Mundial), año 2004 y año 2005 hasta el 19 de Diciembre de 2005 para el indicador “Número y porcentaje de pacientes con diagnóstico de TB-MDR que reciben tratamiento DOTs PLUs”:

---

<sup>14</sup> Ie. Operacionales de acuerdo a la denominación del MINSa

### Cobertura de inicio de tratamiento. PERU, 2003- 2005<sup>1</sup>

		2003	2004	2005	
<b>Esquema</b>		<b>(Set-Dic)</b>	<b>Anual</b>	<b>Anual</b>	<b>Total</b>
<b>Estandarizado</b>	Ingresados	268	838	828	1934
	Aprobados	317	1170	1131	2618
	Cobertura	84,5	71,6	73,2	73,8
<b>Individualizado</b>	Ingresados	176	862	850	1888
	Aprobados	259	740	574	1573
	Cobertura (%)	-67,9	-116,4	-148	-120
<b>Ingresados</b>		<b>444</b>	<b>1700</b>	<b>1678</b>	<b>3822</b>
<b>Total</b>					
<b>Aprobados</b>		<b>576</b>	<b>1910</b>	<b>1705</b>	<b>4191</b>
<b>Total</b>					
<b>Indicador</b>					
<b>“Porcentaje de pacientes con diagnóstico de TB-MDR que reciben tratamiento DOTs PLUs”</b>					
		77.08%	89.01%	98.42%	91.20%

Fuente: UTTBMDR/ESNP/CTB/DGSP/MINSA/PERU

/1 Actualizado al 19/12/2005

/2: Fuente: pàg web. UTMDR

Nota: Reporte sujeto a actualización de información.

Al estimar con la UT de la ESN PCT este indicador de manera retroactiva, se aprecia una cobertura de pacientes en DOTs PLUs de 89% el 2004 y de 98% el año 2005. No obstante ello, la meta esperada para el año 3 del Programa es de 60% y para el año 5 es 80%. La ESN PCT ha explicado que este aparente desfase se debe a problemas de sub-registro tanto en el numerador como en el denominador, problemas que determinan que este dato esté sobre-representado en el año 2005. Además de ello, el hecho de no contar con la información de medicamentos entregados a los pacientes en lo que respecta a los tratamientos individualizados que maneja Socios en Salud, reduce la posibilidad que tiene la UT de la ESN PCT del MINSA de poder cruzar los datos y hacer más preciso el conocimiento de los pacientes que inician tratamiento.

En lo esencial, es determinante el problema de la sub-cobertura de la información, que no llega al 100% en los períodos de reporte, es decir, que existen DISAS que se retrasan en el envío de su información, a veces hasta varios meses. Este problema de cobertura de información es puesto de manifiesto en el más reciente reporte de la ESN PCT, según el cual, al 10 de Diciembre de 2005, solamente el 49,8% de las DISAS habían remitido sus reportes del 2005 al nivel central del MINSA, siendo la DISA Lima Norte la que denota el mayor retraso pese a ser la DISA con mayor cantidad de casos en el país (cf. Anexo 6, “Reporte de la Unidad Técnica de TB Multiresistente”).

Cabe mencionar que, a la luz de los avances del último año en la ampliación de la cobertura de la información sobre TB-MDR, la ESN PCT asegura que en dos o tres meses se regularizará este problema de sub-registro, y, una vez subsanado esto, se evidenciará más bien la brecha que hay entre los pacientes aprobados para ingresar a tratamiento

DOTs PLUs y los que realmente ingresan al mismo, brecha que hoy en día se sabe se debe a los lentos procesos y la falta de medicinas en el mercado internacional.

En lo que respecta al ingreso de pacientes en el marco del programa financiado por el Fondo Mundial, un total de 2875 pacientes ingresaron a tratamiento DOTs PLUS desde el inicio del programa hasta el cierre de este reporte (cf. actividad 1). En el trimestre ingresaron 682 pacientes, 346 pacientes a tratamiento individualizado y 336 a tratamiento estandarizado. Con este resultado se ha cumplido el 102% de la meta esperada para la respectiva actividad.

En Mayo de 2005 se reportó cumplida 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 logró añadir, con el apoyo del Fondo Mundial, a 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.

No obstante en el trimestre anterior ya se había reportado como cumplida la meta de personal de salud capacitado en temas relacionados con el DOTs PLUs y la Nueva Norma Técnica, el SR continuó capacitando en este trimestre, a solicitud de la ESN PCT, a 414 trabajadores de salud del MINSA adicionales (cf. actividad 4). Con este avance se tiene un total de 3412 trabajadores de salud capacitados por el programa TB (119% de la meta esperada para la primera fase del programa).

En cuanto a las DISAS que cuentan con red de promotores en DOTs PLUS, en el presente trimestre se completó la conformación de redes de promotores para las DISAS de Piura y Junín, totalizando 11 DISAS (100% de la meta) con redes que ascienden a 1582 promotores comunitarios en total (cf. actividad 5). La red de promotores en las dos nuevas DISAS estarán operativas 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 (3 de ellos a casas de reposo y 56 a habitaciones en Lima y provincias). En total, se tiene a la fecha 292 pacientes beneficiados por este sistema de protección (117% de la meta esperada para la primera fase del programa). Cf. actividad 7.

De otra parte, los laboratorios descentralizados de Lima Ciudad, Lima Sur, Lima Norte, Lambayeque y Arequipa han logrado realizar a la fecha 2980 pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea, 1185 sólo en el último trimestre (199% de la meta esperada; cf. actividad 9). El Laboratorio Nacional asimismo ha realizado localmente otras 3106 pruebas de sensibilidad a drogas de segunda línea (1262 en el último trimestre; 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 3<sup>15</sup>**

Actividad	Indicador Clave		Trimestre 4 segundo año (1ro. Set - 30 Nov 05)	Avance total proyecto Dic. 03 - Nov. 05
Tratamiento de pacientes bajo estrategia DOTS PLUS	Número de pacientes que reciben tratamiento anti TB-MDR según esquema individualizado	Programado	235	1836
		Ejecutado	346	2011
		% de avance	147%	110%
Tratamiento de pacientes bajo estrategia DOTS PLUS	Número de pacientes que reciben tratamiento anti TB-MDR según esquema estandarizado	Programado	0	971
		Ejecutado	336	864
		% de avance		89%
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
		Ejecutado	0	2
		% de avance		100%
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
		Ejecutado	0	2
		% de avance		100%
Capacitación del personal de salud en DOTS-Plus	Número de trabajadores de salud capacitados en DOTs -Plus	Programado	0	2861
		Ejecutado	414	3412
		% de avance		119%
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	0	11
		Ejecutado	2	11
		% de avance		100%
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	55	274
		Ejecutado	76	279
		% de avance	138%	102%
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	2	2
		Ejecutado	0	2
		% de avance	0%	100%
Casas de reposo para pacientes en tratamiento sin hogar o con problemas sociales	Número de pacientes en tratamiento referidos a las casas de reposo	Programado	45	250
		Ejecutado	59	292
		% de avance	131%	117%
Monitoreo de los centros de salud que ofrecen cuidados a pacientes con TB MDR	Número de enfermeras supervisoras que monitorean los centros de salud especializados en DOTs Plus	Programado	0	15
		Ejecutado	0	15
		% de avance		100%
Monitoreo de los centros de salud que ofrecen cuidados a pacientes con TB MDR	Número de visitas de apoyo realizadas por las enfermeras supervisoras a los centros de salud especializados en DOTs Plus	Programado	30	251
		Ejecutado	56	282
		% de avance	187%	112%
Laboratorios regionales de referencia que realizan cultivos y pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea	Número de laboratorios referenciales regionales implementados para realizar pruebas de sensibilidad a drogas de	Programado	0	6
		Ejecutado	0	5

<sup>15</sup> Según instrucciones del Fondo Mundial: 80% a más de avance = color verde; menos de 80% de avance = color rojo.

sensibilidad a drogas de primera línea	primera línea	% de avance		83%
Laboratorios regionales de referencia que realizan cultivos y pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea	Número de pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea realizadas por los Laboratorio Referencial Regionales	Programado	300	1500
		Ejecutado	1185	2980
		% de avance	395%	199%
Laboratorio referencial nacional que realiza prueba de sensibilidad a drogas de segunda línea	Un laboratorio Referencial Nacional fortalecido para realizar pruebas de sensibilidad a drogas de segunda línea	Programado	0	1
		Ejecutado	0	1
		% de avance		100%
Laboratorio referencial nacional que realiza prueba de sensibilidad a drogas de segunda línea	Número de pruebas de sensibilidad a drogas de segunda línea realizadas por el Laboratorio Referencial Nacional	Programado	650	3000
		Ejecutado	1262	3106
		% de avance	194%	104%

- En cuanto al avance de la actividad 1 “*Tratamiento de pacientes bajo estrategia DOTS PLUS*”, como se mencionó 682 pacientes iniciaron tratamiento anti TB-MDR en el período comprendido entre Setiembre y Noviembre del 2005, con lo que se totaliza 2875 pacientes en DOTs PLUS.

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

DISA	PACIENTES
ANCASH	17
AREQUIPA	0
ICA	17
LA LIBERTAD	12
LAMBAYEQUE	0
CALLAO	33
LIMA CIUDAD	43
LIMA ESTE	43
LIMA NOROCCIDENTE	54
LIMA SUR	74
TOTAL GENERAL	343

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

PROMEDIO DE EDADES	PACIENTES
0-9 ANOS	12
10-19 ANOS	60
20-64 ANOS	265
65 ANOS O MAS	9
TOTAL	346

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

DISA	PACIENTES
ANCASH	4
AREQUIPA	7
ATA	6
LA OBERTEG	19
LAMBAYECHE	2
CAJALIS	45
LIMA SUR	39
LIMA ESTE	58
LIMA NORTE	68
LIMA SUR	74
TOTAL GENERAL	358

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

PROMEDIO DE EDADES	PACIENTES
0-9 ANOS	1
10-19 ANOS	52
20-64 ANOS	273
65 ANOS O MAS	10
TOTAL	336

- Otros avances en relación con la actividad 1 durante este trimestre fueron:
  - 121 pacientes recibieron terapia de grupo.
  - 35 pacientes fueron aprobados para cirugía y 24 casos se encontraban al cierre de este reporte en análisis pre-quirúrgicos.
  - Se entregaron 861 apoyos en víveres para pacientes en DOTs PLUs.
  - En lo que respecta a la adquisición de medicinas: del pedido que hicieron la ESN PCT, Socios en Salud y CARE Perú de ciprofloxacino, Etionamida, Kanamicina, Cicloserina, PAS sodium y Capreomicina, al cierre de este reporte habían llegado al país: 17946 PAS Sodium, 47,600 cápsulas de Cicloserina, 21,200 tabletas de Ethionamida, 52,500 bolsitas de PAS Sachet y 54,756 ampollas de Capreomicina. Se estimaba para el mes de Diciembre la llegada de más unidades de PAS Sachet, Capreomicina, Cicloserina y PAS Sodium, de acuerdo al último pedido contratado a IDA, y al cierre de este informe estaba pendiente que IDA confirme la llegada de más unidades de Cicloserina, PAS Sodium y Capreomicina de dicho pedido.
  - A fin de paliar la situación de desabastecimiento que se detectó desde el trimestre pasado, CARE en coordinación con SES y el MINSA realizó una compra local de los medicamentos que se detallan a continuación:

**Del 01/09/2005 al 30/11/2005**

PROVEEDOR	PRODUCTO	CANTIDAD
PROVIDA	AMOXILINA + ACIDO CLAVULANICO 500 MG	150,000.00
ESKE SRL	AMPOLLA DE AGUA DESTILADA	285,104.00
	CICLOSERINA	200,000.00
	QPAS	40,000.00

- La situación de abastecimiento a partir de la compra hecha a IDA y a otros proveedores locales en el trimestre pasado era, al 7 de Diciembre de 2005, como se detalla a continuación:

PRODUCTO	ENTREGADO	POR LLEGAR	TOTAL
Capreomicin 1 gram powder for inj	83,906	79,496	163,402
Pas Acid Sachet Eq To x 4mg bolsitas	160,000	51,500	211,500
Ciprofloxacina 500 mg	675,000		675,000
Ethionamide 250 mg	632,500		632,500
Kanamycin 1 gram powder for inj	112,500	100,000	212,500

Cicloserine 250 mg	402,500	2,062,500	2,465,000
Pas Sodium granules 60%(paminosalicylate sodium)	37,589	54	37,643
Ampolla de Agua Destilada	60,000	285,104	345,104
Amoxicilina + Acido Clavulanico 500 mg	150,000		150,000
Moxifloxacin 400 mg	56,305	178,270	234,575
Amikacina 500mg ampolla		2,000	2,000

- 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. Habiendo sido el compromiso del SR brindar el acceso a distancia al MINSA a los sistemas de medicamentos y de pacientes, se considera que se encuentra cumplido al 100%, no obstante persiste la demanda por parte del MINSA de mejorar el sistema de información oficial. Se espera que en los primeros meses de la segunda fase del programa ambos sistemas sean transferidos totalmente al MINSA, de acuerdo a lo planificado. Al respecto:

  - La elaboración de un manual operativo básico para el almacenamiento de medicinas fue concluida y se hizo una segunda versión.
  - Se realizó el Curso de capacitación en almacenaje de medicamentos. Este curso se dio al personal de dispensación cuyo tema principal fue “Prácticas de buen almacenamiento y cuidado de los medicamentos”.
  - Continúa el trabajo del Comité de coordinación integrado por la ESN PCT, DIGEMID y PAAG para la transferencia en la distribución de los medicamentos.
  - El servidor se encuentra operativo con información del stock. La Unidad Técnica de la ESN PCT puede acceder a la información vía internet.
  - No ha habido reporte del SR sobre la experiencia piloto con la DISA Lima Ciudad respecto al manejo de medicamentos por el MINSA.
  
- En cuanto a la actividad 4 *“Capacitación del personal de salud en DOTS-Plus”*, hasta la fecha se ha capacitado como se mencionó a 3412 trabajadores de salud (entre médicos, enfermeras, laboratoristas y tecnólogos médicos). 414 de ellos son nuevos capacitados durante este período de reporte. Además de ello:

  - Los participantes que han acudido a varios eventos de capacitación sobre TB-MDR y DOTS-Plus, Norma Técnica TB-MDR y a eventos internacionales suman 647: 30 en la Nueva Norma Técnica, 506 en DOTS-Plus en Lima, 101 en DOTS-Plus de provincias y 10 en la Conferencia Anual de la Unión Internacional de Salud Pulmonar, París.
  
- 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, Ica, Piura y Junín). Las redes de Piura y Junín, Regiones aadidas en este trimestre a las DISAS con redes de promotores, están condicionadas a la aprobación que el Comité Luz Verde dará al país autorizando se implementen dos nuevos focos

geográficos de atención. En el presente trimestre de reporte los avances fueron los siguientes:

- El número de promotores comunitarios capacitados en total es de 1,582. Estos fueron capacitados en 18 talleres realizados hasta Diciembre del 2004, los cuales beneficiaron a 590 capacitados, y 29 talleres réplicas ejecutados hasta el mes de Noviembre del 2005, con un resultado de 992 capacitados adicionales. Los promotores fueron evaluados con pruebas de entrada y salida.
  - Cada promotor que administra tratamiento cuenta con el rotafolio de TB MDR para apoyar la educación y orientación del paciente, su familia y la comunidad.
  - Se realizaron reuniones de coordinación con Equipo técnico del Nivel central y las DISAs con las responsables de redes y los promotores comunitarios. En estas reuniones se revisaron casos de pacientes en seguimiento, dificultades, logros, propuestas de solución, registros, organización y comunicación.
- En cuanto a la actividad 6 “*Acondicionamiento de centros de salud especializados en DOTS-Plus*”, en este trimestre se han acondicionado otros 76 establecimientos de salud correspondientes a las siguientes DISAs: Callao (01), Este (10), Norte (64) y Arequipa (01). Con estos nuevos centros intervenidos se tiene un total de 279 centros de salud con acondicionamiento para bioseguridad (102% de logro de la meta estimada para la primera fase del período). Los acondicionamientos han consistido, por lo general, en abastecer a las áreas de TB-MDR de los Establecimientos de Salud de un ambiente para toma de muestras, brindarles ambientes para la sala de espera de los pacientes, proporcionar ambientes de atención con suficiente ventilación y privacidad para evitar la discriminación o estigma a los pacientes, mobiliario para los medicamentos en buen estado, etc. Asimismo, en este período de reporte:
- Se entregaron 13,640 respiradores que habían sido adquiridos en el trimestre anterior: a la DISA Lima Norte 13,440 unidades y la DISA Arequipa 200 unidades.
  - Se adquirieron 1,000 unidades adicionales de respiradores.
  - Se tuvo algunos inconvenientes en la suscripción de las actas de recepción por parte de las DISAs (área de infraestructura, planificación y/o la que de la opinión técnica), a pesar que las mismas ya han sido firmadas por los médicos usuarios de cada establecimiento. Esto fue visible en el caso de la DISA Lima Sur en el último mes de la intervención, pues a pesar de la solicitud oficial que hizo el SR, no comunicaron oportunamente de la aprobación de cinco expedientes técnicos a los respectivos establecimientos de salud, lo que ocasionó que se retrase la obra.
- En lo que respecta a la actividad 7 “*Casas de reposo para pacientes en tratamiento sin hogar o con problemas sociales*”, continuaron las operaciones 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 292 pacientes de TB-MDR apoyados mediante esta modalidad (117% de la meta esperada). De los pacientes ingresantes, 3 pacientes ingresaron a casas de reposo y los restantes 56 fueron ubicados en casas-habitación.
- En cuanto a la actividad 8 “*Monitoreo de los centros de salud que ofrecen cuidados a pacientes con TB MDR*”, las 15 enfermeras continuaron en servicio y han realizado 56 visitas de supervisión a las DISAs en este período de reporte. A solicitud del MINSA,

se contrató un profesional de enfermería adicional para laborar en la línea de apoyo InfoSalud del MINSA. A través de esta actividad 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 5 laboratorios del país: Lima Ciudad, Lima Sur, Lima Norte, Lambayeque y Arequipa. Dichos laboratorios han logrado realizar en este período de reporte 1185 pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea.
- 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 3106 pruebas de sensibilidad a drogas de segunda línea (104% de lo programado para la primera fase del programa). Cabe precisar que, solamente en el trimestre, el INS realizó 1262 pruebas de sensibilidad. Al respecto, en este trimestre:
  - Continuó 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 del trimestre VI).
  - Se proporcionó insumos y equipos al Laboratorio Referencial de El Callao, y al cierre de este reporte estaba en proceso el acondicionamiento del área del laboratorio. Se estima que para el mes de Febrero estará operativo y descentralizado el análisis de pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea del laboratorio también en El Callao (será el sexto Laboratorio descentralizado).

Los nudos críticos que afectaron especialmente al objetivo 3 durante la primera fase del programa fueron:

1. En cuanto a las obras de infraestructura, la confusión sobre el SNIP y las demoras de las DISAS en aprobar los expedientes técnicos de las obras demoraron su inicio. Luego, algunas DISAS no autorizaron oportunamente la recepción de las obras terminadas, demorando el cumplimiento de las metas. Esto al final se solucionó en los casos de los objetivos 1 y 3, no sin la inversión de muchas horas-hombre y grandes esfuerzos para negociar y persuadir a las contrapartes respecto a la necesidad de culminar esta actividad.
2. El retraso en la modificación de la norma técnica que hacía más eficiente el tratamiento estandarizado significó que el ingreso de pacientes a este esquema y la adquisición de medicamentos con recursos del FM se retrase significativamente en el primer año.
3. 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), las demoras del proveedor internacional en realizar las entregas de los medicamentos adquiridos por el programa (que obligó a realizar compras locales no previstas) y la falta de definición del manejo logístico de los medicamentos en el MINSA dada la cantidad de actores que entraron a tallar en el proceso de adquisición y distribución con el ingreso del Programa del Fondo Global, produjeron un problema de desabastecimiento en varias DISAS que hasta la fecha del cierre de este informe no había sido superado.

### **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 se culminó en su totalidad en el primer año, 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 el marco del levantamiento de observaciones del Fondo Mundial a la propuesta de la fase II del Programa, la Coordinación del programa hizo efectivo lo siguiente:
  - Canalización de las comunicaciones e instrucciones del Fondo Mundial para el proceso de levantamiento de observaciones (por ejemplo, los lineamientos para el presupuesto regular y el de IGV).
  - Impulso político como elemento de enlace entre la opinión y aprobación de la CONAMUSA y los sucesivos productos del grupo operativo que trabajó el proceso de revisión de la propuesta de la fase II del programa en función a las observaciones emitidas por el Fondo Mundial, así como presentación de informes parciales de los avances en la revisión del presupuesto a la Asamblea de la CONAMUSA.
  - Asistencia técnica a la ESN PCT, conjuntamente con el especialista de TB del programa, en la preparación del sustento de la variación epidemiológica de la TB-MDR en el Perú y de una estrategia del MINSA para apuntalar el Programa DOTs PLUS como supuesto básico para la marcha del programa en la fase II.
- A solicitud de la CONAMUSA, la Coordinación del Programa por parte de CARE Perú diseñó y presentó la propuesta de selección de los Sub-Receptores para la fase II del programa. Se presentaron 3 propuestas: la ratificación automática, la ratificación condicionada y la licitación pública. Finalmente, analizando las ventajas y desventajas de cada alternativa, la CONAMUSA optó por el sistema de ratificación condicionada, y en caso algún Sub-Receptor se abstenga o decida no aplicar, se haría Licitación Pública, como determina el Plan de Compras aprobado por el Fondo Mundial.
- En el mes de Diciembre, el equipo de gestión de CARE Perú revisó los instrumentos, convocó a los Sub-Receptores y revisó, con apoyo de un evaluador externo, Dr. Efraín Félix, los expedientes técnicos de aplicación del Sub-receptor del Objetivo 2. Cabe precisar que el Sub-Receptor del objetivo 1 comunicó en Diciembre a CARE Perú y a la CONAMUSA su decisión de no continuar como Consorcio Colectivo Solidario y la disolución del mismo, lo que obligará a realizar una licitación pública en las próximas semanas para seleccionar mediante proceso competitivo y transparente al Sub-Receptor del Objetivo 1. Los resultados de ambos procesos (evaluación de los Sub-

Receptores y Licitación Pública para elegir al SR del Objetivo 1) así como los detalles de las firmas de los respectivos contratos y demás aspectos preparatorios de la ejecución de la fase II, serán informados al Fondo Mundial en el siguiente reporte trimestral.

- Ha habido una participación permanente y activa de la Coordinación del Programa en las diferentes actividades de la CONAMUSA (ie. Reuniones de revisión de la propuesta para la fase II del programa, Foro de COREMUSAS organizado en el marco del objetivo 5 del Programa VIH, actividades de abogacía de la CONAMUSA para el incremento de la inversión multisectorial en VIH y TB, sistematización de la experiencia de la CONAMUSA, reuniones semanales de la Secretaría Ejecutiva y reuniones de la Asamblea de la CONAMUSA a las cuales CARE Perú es invitado de manera expresa). Cabe destacar que, desde la visita del Representante del Fondo Mundial en el mes de Noviembre de 2005, las invitaciones a las reuniones de la Secretaría Ejecutiva y de Asamblea de la CONAMUSA se han hecho nuevamente frecuentes. En su condición de Receptor Principal, CARE Perú tiene permanente disponibilidad 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. Tal es el caso de CONCASIDA, en El Salvador, que incluyó reuniones con el equipo del Fondo Global sobre la logística de los medicamentos y compras en general, sistema de monitoreo y evaluación, criterios para la evaluación del desempeño de los programas, etc. de suma importancia no solamente para el componente de VIH/SIDA sino también para los programas de TBC y Malaria de los países que participaron.
- 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, 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 apoyo directo (técnico y legal) a la Asociación de Enfermos de Tuberculosis - ASET, para la adquisición del local en el cual operará la Red Solidaria (cf. Actividad 1 del objetivo 1). El local fue finalmente comprado en el mes de Diciembre de 2005.

#### Supervisión, capacitación y asistencia técnica

- **Supervisión:** Los miembros del equipo de gestión han 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 ingresó la CONAMUSA al Congreso; en la definición de necesidades de equipamiento de las obras en los penales; en la elaboración y completamiento de información para las tablas de indicadores de la fase II del programa; apoyo técnico y estrecha coordinación con la ESN PCT del MINSA en el levantamiento de observaciones de la propuesta de Tuberculosis para la V ronda del Fondo Mundial; en la revisión de expedientes de los Sub-Receptores que aplicaron a la ratificación condicionada para implementar el Programa en la fase II.

- En el área de monitoreo y evaluación: en la conducción del proceso participativo de revisión del presupuesto y planes operativos de la segunda fase del Programa, atendiendo las observaciones enviadas por el Comité Evaluador del Fondo Mundial; en la elaboración y completamiento de información para las tablas de indicadores de la fase II del programa; asistencia técnica a los sub-receptores para operar el Sistema Gerencial de Proyectos (software de monitoreo que está utilizando el programa), implementar la segunda medición de la línea de base y elaborar el informe de cierre de la fase I de cada objetivo; en la elaboración, con apoyo de un consultor, de una sistematización de los resultados del programa por región, a ser presentada a los Gerentes de Desarrollo Regional de los Gobiernos Regionales; en la elaboración de una sistematización de lo que fue el sistema de monitoreo en la fase I del programa y el diseño del sistema de M&E para la fase II del mismo, en base a las lecciones aprendidas de la fase I y a la opinión de los Sub-receptores y contrapartes técnicas; en la elaboración de los criterios de calificación del componente de M&E para evaluar a los Sub-receptores para el proceso de ratificación condicionada con miras a la fase II.
- 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 y los procedimientos de cierre de la fase I del Programa. Asimismo, proporcionó soporte técnico como parte del Comité de Adquisiciones a las diversas licitaciones realizadas en este período de reporte (medicamentos, penales, amoblamiento y equipamiento de los penales), y condujo la preparación de una propuesta de presupuesto y plan operativo para la re-inversión de los fondos a ser recuperados por devolución del IGV en la fase II del programa.
- No se reportan actividades de capacitación en este período.

#### Monitoreo y Evaluación del Programa:

- **Segunda Medición de la línea de base y evaluación de medio término del programa:**
  - En el mes de Octubre, en cumplimiento del plan de monitoreo del proyecto y en coordinación con los coordinadores de Monitoreo y con los representantes de las contrapartes técnicas en el tema de SM&E, se prepararon los términos de referencia para dos evaluaciones. La primera de ellas, sobre la segunda medición de la línea de base, a nivel cuantitativo como cualitativo. La segunda, referida a una evaluación de medio término sobre los procesos llevados a cabo en el marco del programa en términos de la eficiencia, eficacia, satisfacción de usuarios y sostenibilidad.

- Los Términos de Referencia así como asistencia técnica para la segunda medición de la línea de base fueron alcanzados a los Sub-receptores de los Objetivos 1, 2 y 3 del componente TB, a fin de que puedan implementarlos en mediciones directas a cargo de los respectivos Coordinadores de Monitoreo y Evaluación<sup>16</sup>.
- La SE de la CONAMUSA aprobó los términos de referencia y entre el 18 de Octubre y el 15 de Noviembre se realizó el Concurso por Invitación Número 008-2005 que incluía dos ítems: un ítem para el componente de VIH, sobre la segunda medición de los indicadores de impacto y resultado (fase I y II) de los objetivos 1 al 4, y un segundo ítem referido a la evaluación de medio término, a ser implementada para los dos componentes (Programa TB y Programa VIH).
- Por indicación de la Coordinación del Proyecto, el concurso de la evaluación de medio término será retomado en el mes de Enero, luego de la selección de los Sub-Receptores, de la culminación del proceso de revisión de la propuesta de la fase II y de la entrega del informe del último trimestre de la fase I.
- En el ínterin, los Sub-receptores de los objetivos 1 al 3 del Programa TB se encontraban realizando sus respectivos estudios de segunda medición de línea de base al cierre de este reporte, estimándose que los informes finales serán entregados en el mes de Enero.
- **Proceso de revisión del presupuesto regular y de los planes operativos de la fase II, para levantar las observaciones del Fondo Mundial:**
  - A raíz de la visita del representante del Fondo Mundial, Sr. Matías Gómez, el componente de SM&E del programa recibió el encargo de diseñar y conducir un proceso participativo de revisión del presupuesto de la fase II del programa, a fin de ajustar la propuesta al monto adicional aprobado por el Fondo Mundial para la fase II (que sufrió un importante recorte respecto al monto solicitado), fortalecer los rubros de Recursos Humanos y de Monitoreo y Evaluación. Esto implicó revisar y hacer más eficientes los costos unitarios y cantidades de algunos insumos y productos del presupuesto y planes operativos, teniendo cuidado de no impactar en las metas establecidas en las tablas de indicadores Clave que también tuvieron modificaciones según indicaciones y observaciones del Fondo Mundial.
  - El proceso se llevó a cabo durante el mes de Noviembre, contó con la participación activa de los Sub-receptores, contrapartes técnicas y la CONAMUSA, se efectuó bajo la supervisión de una Comisión de Presupuesto designada por la secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA y de las personas afectadas. Se entregaron reportes parciales del avance del proceso tanto a la Comisión de Presupuesto como a la CONAMUSA.
  - El 26 de Noviembre la CONAMUSA aprobó el ajuste presupuestal, y el 6 de Diciembre se entregó la propuesta reformulada al Agente Local del Fondo Mundial.
- **Tablas de Indicadores Clave:**
  - Durante la visita del Representante del Fondo Mundial, Sr. Matías Gómez, se revisó la Tabla de Indicadores Clave propuesta para el Componente TB la

---

<sup>16</sup> Como se recordará, los recursos de monitoreo y evaluación en el Programa TB son manejados directamente por los Sub-Receptores de los 3 objetivos y por el Sub-Receptor del objetivo 5 del programa VIH, mientras que los recursos de monitoreo de los objetivos 1 al 4 del Programa VIH son manejados por CARE Perú mediante la Tercerización de los servicios.

Fase II del proyecto. Como producto de esta revisión, se reformuló dicha Tabla siguiendo las indicaciones del Fondo Mundial, integrando todos los indicadores de Resultado e Impacto en las mismas y mejorando los aspectos de medición de otros indicadores de nivel de producto, según los planes operativos.

- A raíz de las observaciones que hizo el Fondo Mundial, se nos comunicó la necesidad de reformular la forma como se había estado reportando el indicador "Número y porcentaje de pacientes con diagnóstico de TB MDR que reciben tratamiento DOTs PLUS" en los años 2004 y 2005. La definición recomendada por el Fondo Mundial para este indicador era la siguiente: "Number and percentage of MDR-TB patients that started to receive treatment in the cohort approved by the GLC among the total number of cases registered at the start of the project that received a drug susceptibility test and were diagnosed with MDR-TB. Numerator: Number of MDR-TB patients enrolled on treatment. Denominator: Total number of patients diagnosed with MDR-TB". No obstante ello, luego de varias coordinaciones con la ESN PCT el MINSa sustentó la pertinencia de considerar como definición la siguiente: "Número de Pacientes con TB-MDR que iniciaron tratamiento DOTs PLUs / número de pacientes con TB MDR aprobados para recibir tratamiento DOTs PLUS ( por el CERN y los CERl)". Bajo esta última definición la Unidad Técnica de la ESN PCT preparó la información de los años 2004 y 2005, que es la que se presenta en el acápite 3.1.3, Objetivo 3 de este reporte.
- **Fortalecimiento del Sistema de información del Ministerio de Salud y software:**
  - En la última semana de Octubre se inició el seguimiento de la consultoría para el desarrollo del sistema de información integral de indicadores de TBC y VIH/SIDA para el MINSa. Un comité ad hoc conformado por usuarios y especialistas en sistemas tanto del MINSa como de CARE Perú (DGSP – ES VIH, DGSP - ESN PCT, INS, DIGEMID, OGE, OGEI por el MINSa y dos representantes de CARE Perú) ha sido conformado para este fin. Dicho Comité se reúne semanalmente y reporta a otro Comité de Alto Nivel, instituido por Resolución Viceministerial de Salud, conformado por la Alta Dirección del MINSa, OGEI, la Coordinación Nacional del proyecto y la Secretaria Ejecutiva de la CONAMUSA.
  - En el mes de Noviembre, la empresa consultora elaboró el plan de trabajo y, en el marco del mismo, sostuvo múltiples reuniones con los usuarios y realizó visitas a los establecimientos de salud de diferente nivel jerárquico, como parte de la etapa de diagnóstico y análisis de los procesos. La empresa estableció asimismo la matriz de indicadores a desarrollar en coordinación con los usuarios del sistema. El 2 de Diciembre la empresa entregó su primer producto, la propuesta conceptual, el análisis de los procesos e indicadores del sistema, el cual al cierre de este reporte se encontraba en revisión.
- **Retroalimentación de los avances del programa para la CONAMUSA:** la retroalimentación sobre los avances del programa entre Setiembre y Noviembre 2005 se realizó el 22 de Diciembre de 2005. Este evento ha sido el sétimo 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 \$ 4,378,167.96. Estos gastos son los realizados por el Receptor Principal y las rendiciones aprobadas e ingresadas al sistema contable de CARE hasta el mes de Noviembre.

Como se puede apreciar en el gráfico No 2 del apéndice 1, durante este trimestre, el gasto ha sido ligeramente mayor al del séptimo trimestre (ver gráfico 2).

El gasto acumulado del segundo año incluyendo el dinero por rendir alcanza US \$ 11,767,870.27, lo cual equivale al 70% del presupuesto del segundo año.

Teniendo en cuenta que a la fecha del reporte el Fondo Mundial había realizado desembolsos por un total de US \$ 16,235,394.00, el gasto desde el inicio del proyecto equivale al 102% de lo desembolsado (ver gráfico 3 del apéndice 1)

Al mes de Noviembre del 2005 se realizaron la totalidad de desembolsos a los Sub Receptores por un monto de US \$ 8,830,846.63. Los Sub-Receptores han rendido sus gastos al RP por un total US \$ 7,116,426.49 que equivale al 80% (ver gráfico 4 del apéndice 1).

### **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 \$ 22,879.38, que corresponde hasta el mes de Octubre 2004. Los Sub-Receptores han recuperado al mes de Noviembre aproximadamente US \$ 19,841.79.

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 Noviembre del 2005 llegan a US \$ 104,273.02

### **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 51% en el área de tratamiento, el 40% en atención y apoyo y el 9% en prevención.

### **3.2.5 Subvención ejecutada según entidades**

Del gasto reportado, el 97% ha sido ejecutado por ONGs, el 2% por el sector académico/educativo y el 1% por las personas afectadas.

## **4 EXPLICACIÓN DE DESVIACIONES PROGRAMÁTICAS O FINANCIERAS, DE LO PLANEADO**

#### **4.1 Desviaciones programáticas durante el trimestre**

Las actividades cuyas metas no fueron cumplidas al 100% en la fase I continuarán siendo reportadas en el siguiente informe trimestral hasta que se completen dichas metas pendientes. Las respectivas justificaciones se detallan en la descripción de los avances de cada objetivo (acápito 3.1).

#### **4.2 Desviaciones financieras durante el trimestre**

El gasto en el trimestre ha estado acorde con lo esperado, con la continuidad de la ejecución 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***

En la primera fase del Programa TB, dos de los Sub-Receptores trabajaron con el sistema de consorcio (Objetivos 1 y 2) y uno de ellos fue una organización ejecutora no consorciada (Objetivo 3).

En este marco, los Sub-Receptores que trabajaron en consorcio reportaron oficialmente la existencia de una buena comunicación al interior de sus equipos de trabajo, en los cuales la cohesión grupal se apoyó esencialmente en dos elementos: en la visión compartida de logro de las metas comunes del programa y en la capacidad de facilitar procesos que están demostrando los líderes de cada consorcio.

No obstante lo anterior, a partir de la información brindada por los miembros de los mismos consorcios y las personas afectadas en este último trimestre se pudo identificar la existencia de algunas dificultades de integración al interior de los dos consorcios y un cierto nivel de insatisfacción respecto al manejo administrativo / gestión de los Objetivos 1 y 2, con resultados opuestos en términos de la evolución de la asociatividad y su permanencia como agrupación para la fase II del Programa TB. El consorcio del Objetivo 1 decidió disolverse como Colectivo Solidario y re-agruparse en diferentes sub-grupos que han manifestado por separado su interés en aplicar a la Licitación Pública que se llevará a cabo para seleccionar al Sub-Receptor del Objetivo 1 en la segunda fase del Programa. Por su parte, el Consorcio del Objetivo 2 decidió mantenerse como tal en la fase II del Programa, rotando más bien en otro de sus miembros la responsabilidad legal / administrativa de asumir el rol de líder de consorcio.

El Sub-Receptor del Objetivo 3 mantuvo en la primera fase del Programa un nivel de trabajo coordinado con la ESN PCT y el INS, funcionando “de facto” con ambas instancias del MINSA como si fuesen un consorcio, tal como se reportó en reiteradas oportunidades. No obstante los continuos cambios en la Coordinación Nacional de la ESN PCT ocurridos en el primer año del Programa, la experiencia del trabajo colaborativo llevado a cabo a lo largo de varios años por Socios en Salud con el MINSA, trabajo respecto del cual el Programa TB significó prácticamente una continuidad.

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

Durante la primera fase del Programa, se asistió a un proceso de construcción y 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, tanto en lo que respecta al Ministerio de Salud (DISAS y Hospitales), como al Instituto Nacional Penitenciario (Sede Central del INPE, Direcciones Regionales del INPE y penales).

Marcaron importantes diferencias en la evolución de la relación entre los Sub-Receptores y sus contrapartes técnicas sectoriales (Salud y Justicia), en el consiguiente logro de las metas en los plazos previstos y en la eficacia del rol de soporte del Programa TB a la gestión de las contrapartes, los siguientes elementos:

- La inestabilidad en la Coordinación Nacional de la ESN PCT durante el primer año del Programa (ie. el cambio en tres oportunidades de Coordinador Nacional), dificultó en un inicio la implementación de las actividades y obligó a retomar en dos ocasiones la inducción y sensibilización de las autoridades de la ESN PCT. En el segundo año, con la consolidación del liderazgo del actual Coordinador de la ESN PCT tanto en el nivel central como en los niveles operativos del MINSA, los niveles de coordinación alcanzados con los SR fueron muy buenos y los resultados fueron notorios. Similar análisis merece la relación con las autoridades del INPE, en particular dada la actitud colaborativa permanente, nivel de compromiso y conocimiento pleno de la propuesta del Programa por parte del equipo de la Coordinación Nacional de Salud del INPE, el cual se mantuvo estable durante toda la primera fase del Programa.
- Complementario a lo anterior, destaca la importancia del liderazgo y ascendencia alcanzados por las autoridades de los niveles centrales al interior de cada Sector en el logro del alineamiento de los niveles descentralizados y operativos con los objetivos de la propuesta del Programa TB, cuyo diseño original, como se recordará, partió justamente de los objetivos estratégicos y perspectiva de crecimiento de los mismos sectores que estaban vigentes en el año 2001, cuando la propuesta fue diseñada para ser presentada al Fondo Mundial. Cuando hubo poco liderazgo o escasa ascendencia del nivel central frente a los niveles descentralizados de toma de decisión y otros operativos, el apoyo al Programa fue asimismo escaso y los SR debieron realizar importantes esfuerzos para compensar esa ausencia. Por el contrario, cuando el liderazgo fue fuerte y la ascendencia del nivel central denotaba respeto a la gestión en los niveles operativos, el compromiso del personal de salud y del INPE y el logro de las metas fue relativamente fácil.
- La ausencia de una estrategia sistemática de sensibilización e información sobre la propuesta, actividades, metas y logros del Programa, dirigida especialmente a los equipos de los niveles operativos y descentralizados de las contrapartes técnicas (DISAS y hospitales y Direcciones Regionales del INPE y penales), dificultó el avance coordinado de los diferentes objetivos. Ello representó, en no pocas ocasiones, una recarga de trabajo para los equipos operativos de las contrapartes técnicas sectoriales, que recibían no solamente a diferentes instituciones representando cada una ya sea a un Objetivo o a actividades específicas de un mismo Objetivo por separado, con demandas de realizar ciertas actividades con ellos o pidiéndoles implementar directamente actividades diversas adicionales a su carga regular de trabajo. Esta situación ocasionó, en ciertos casos extremos, el debilitamiento del nivel de participación y/o compromiso con las actividades del Programa en algunos equipos operativos de las contrapartes técnicas.

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

En general, a decir de ASET el programa TB ha impulsado y fortalecido la organización de los pacientes en todo Lima y Callao, fortaleciendo las capacidades de abogacía de sus integrantes y su presencia pública. Los pacientes de TB han solicitado al RP y a los SR el desarrollo de un sistema de monitoreo con indicadores cualitativos que complementen el cuantitativo para la fase II.

En cuanto al Objetivo 1 del Programa TB, ASET considera que ha sido integrante e integrado a las actividades del objetivo 1. Indican que hubo un cierto nivel de desarticulación o fragmentación entre las actividades del objetivo 1 que afectó a todos los integrantes del consorcio, no solamente a ASET. Quedaron sin embargo algunas expectativas insatisfechas respecto a participar más activamente en la gestión de algunas (no todas) las actividades del objetivo, incluyendo en el monitoreo y evaluación.

No se ha recibido el informe de pacientes de TB o personas afectadas para los objetivos 2 y 3 porque estos Sub-Receptores no han trabajado en la primera fase con grupos de afectados

### **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 y comunidades en los AERT-TB, destaca el nivel de movilización social logrado por los Comités de prevención de la TBC, promotores de salud capacitados y la organización de pacientes de TB en Lima y Callao, organización que desde ya está sentando las bases para su extensión a otras provincias del país.

En el caso de los penales, destacan el elevado nivel de compromiso y actitud colaborativa de las autoridades del INPE y del personal de salud de los penales, 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.

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

Durante el último trimestre, se recuperó significativamente la fluidez en la comunicación y niveles de coordinación cotidianos entre los miembros del MCP y el Receptor Principal del Programa. Ayudó mucho a este proceso el hecho que el Fondo Mundial delegará en el Receptor Principal la responsabilidad de la coordinación, desarrollo y entrega oportuna del levantamiento de observaciones a la propuesta de la fase II, indicando además que ésta debía contar con la aprobación del MCP peruano y ser ejecutada en el marco de un proceso participativo que involucre a todos los actores del programa.

De otra parte, la Asamblea de la CONAMUSA decidió en el mes de Noviembre la rotación del Secretario Ejecutivo, lo que ha dejado en los actores del programa grandes

expectativas de continuar con el fortalecimiento de la CONAMUSA y reforzar sus principios de participación y consenso en los procesos que conduce.

### **5.6 Lecciones aprendidas**

- La CONAMUSA fortaleció progresivamente su rol y su liderazgo, particularmente en las ciudades donde se ha descentralizado. Sin embargo, este es un proceso que aún se encuentra en marcha.
- La construcción de alianzas con organizaciones e instituciones locales, incluyendo los niveles operativos de las contrapartes técnicas sectoriales (MINSA, INPE) es la clave para el éxito del programa.
- Los resultados deben ser mostrados y analizados en función de aspectos cualitativos tanto como en función de los avances cuantitativos. El sistema de monitoreo requiere incluir indicadores cualitativos.
- El involucramiento de las contrapartes técnicas sectoriales en el proceso de planificación operacional es un aspecto que asegura su compromiso a lo largo de la implementación. Replicar esta experiencia pero con los niveles locales es ahora necesario para fortalecer el proceso de descentralización que vive el país.
- La vigilancia social que ha hecho la sociedad civil a través de este programa ha demostrado que las contrapartes sectoriales necesitan fortalecer sus sistemas de información, así como sus sistemas de programación, compra y distribución de medicamentos, para asegurar la llegada oportuna de los mismos a los pacientes.
- El trabajo en consorcio debe ser re-evaluado considerando los aspectos siguientes:
  - No se puede ni se debe imponer desde el exterior, sino más bien tratarse de decisiones voluntarias de trabajo conjunto producto del desarrollo y madurez de las organizaciones y también de las experiencias y lecciones extraídas de formas de trabajo conjunto más simples e introductorias, como pueden ser por ejemplo las experiencias de trabajo en redes, mesas de concertación, ferias, etc.
  - Los consorcios debieran evaluar formas de operación transversales más que verticales, es decir, aportando las fortalezas organizacionales de sus miembros al logro de las metas en formas de organización de tipo matricial más que segmentando las actividades de un objetivo, pues esto último puede devenir involuntariamente en la pérdida de visión del objetivo común por la focalización en las metas particulares, y/o en la defensa de “territorios” (temáticos o financieros) más que en la búsqueda de sinergias e intercambio de experticias. Por ejemplo, en base a experiencias previas, algún miembro del consorcio podría aportar fortalezas en gestión administrativa, otro en abogacía y otro en posibilidad de brindar infraestructura (humana, material, geográfica) para la implementación del objetivo.
  - Los consorcios no debieran contar con menos de tres miembros ni más de cinco, a fin de asegurar el fortalecimiento mutuo y un nivel y frecuencia adecuados para las coordinaciones.
- 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 concientes 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.
- Un programa de naturaleza multisectorial como el Programa TB debe contar necesariamente con actividades y recursos destinados a la abogacía, así como con estrategias comunicacionales que aseguren la llegada de los principales mensajes del programa a los proveedores de salud y de justicia (ie. Penales) y a los beneficiarios finales del programa.
- 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.
- Las actividades de supervisión y monitoreo con participación de las personas afectadas demostraron ser eficaces, constituyendo una experiencia que merece ser replicada en la siguiente fase del programa y en otros programas.
- Es preciso revisar las estrategias de intervención a la luz del proceso de descentralización en que se encuentra inmerso el país, con miras a fortalecer los sistemas de toma de decisión regionales y a las instituciones locales.

## **6 CAMBIOS PLANIFICADOS PARA EL PROGRAMA Y/O EL PRESUPUESTO**

### **6.1 Cambios planificados para el programa**

No aplicable, pues el proyecto está ingresando a la fase II con nueva planificación.

### **6.2 Cambios planificados para el presupuesto**

No aplicable, pues el proyecto está ingresando a la fase II con nueva planificación.

## **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 VIII (Setiembre – Noviembre 2005)

APÉNDICE 6: “Reporte de la Unidad Técnica de TB Multiresistente”

## 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 VIII (Setiembre – Noviembre 2005)

APENDICE 6: "Reporte de la Unidad Técnica de TB Multiresistente"