

INFORME TRIMESTRAL

1. INFORMACIÓN GENERAL:

Programa:	Fortalecimiento de la Prevención y Control del Sida en el Perú
Código de programa ¹ :	PER-202-GO1-H-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

AMP:	Atención Médica Periódica
CERETS:	Centro de Referencia de Enfermedades de transmisión sexual
CEPs:	Consejeros educadores entre pares (PVVs)
DIGEMID:	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas - Ministerio de Salud
DISA:	Dirección de Salud - Ministerio de Salud (plural: DISAS)
ESN PCITS/VIH/SIDA:	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de transmisión Sexual, VIH/SIDA - Ministerio de Salud
ESN PCT:	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis - Ministerio de Salud
EsSalud:	Seguro Social de Salud del Perú
HSH:	Hombres que tienen sexo con hombres
INPE:	Instituto Nacional Penitenciario
INS:	Instituto Nacional de Salud - Ministerio de Salud
MINSA:	Ministerio de Salud
MINEDU:	Ministerio de Educación
MINJUS:	Ministerio de Justicia
OGE:	Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud
OGEI:	Oficina General de Estadística e Informática - Ministerio de Salud
ONG:	Organización No Gubernamental
PPL:	Personas privadas de su libertad
PEPs:	Promotores educadores de pares
PVVs ó PVVIH:	Personas viviendo con VIH.
RP:	Receptor Principal del programa (CARE – Peru)
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
TS:	Trabajadoras sexuales
UAMP:	Unidad de Atención Médica Periódica
UGEL:	Unidad de gestión Educativa de Lima – Ministerio de Educación

¹ Código PER 094 / PE 429 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 VIH/SIDA 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:

- 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 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 \$ 750,000 en el componente VIH, de los planes operativos y de las tablas de indicadores;
- una propuesta para re-invertir un total de aproximadamente \$ 650,000 ahorrados en la fase I en el componente VIH, en tres áreas específicas: un plan para fortalecer la estrategia de transmisión vertical del MINSa así como el refuerzo de las líneas presupuestales de recursos humanos y de monitoreo y evaluación que en el presupuesto regular se hallaban debilitadas;
 - el sustento técnico, basado en un marco lógico y plan de implementación, de los recursos que por decisión de la CONAMUSA han sido destinados en la fase II del programa al fortalecimiento de las organizaciones de PVVS que participan en el proyecto (2% del presupuesto que manejarán los Sub-Receptores de cada objetivo).
- El 6 de Diciembre, luego de un proceso en el cual participaron el MINSa, MINEDU, 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 los recursos que serán utilizados para el fortalecimiento de los PVVS y el plan de re-inversión de los ahorros de la fase I. 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 entregados en este período de reporte a las personas afectadas está principalmente la atención de 3752 personas que han ingresado en total al programa TARGA del MINSa, directamente apoyado por el Fondo Mundial, entre el 13 de Mayo de 2004 en que empezó hasta el 28 de Noviembre de 2005. A este número de pacientes se añade otros 2333 pacientes que se encuentran en tratamiento antirretroviral en la Seguridad Social Peruana (EsSalud) y otros 303 pacientes que son atendidos en el programa de antirretrovirales de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales (COPRECOS), con lo que se totalizan 6388 personas en TARGA (71% de la meta del programa para los dos años). Además de ello, 5793 personas han recibido pruebas de monitoreo de CD4 y Carga Viral en el INS. Otros logros importantes a nivel de cada objetivo son los siguientes:

- En el marco del Objetivo 1, la curricula de educación sexual modificada por el Ministerio de Educación se encuentra en proceso de implementación en 6512 escuelas públicas del país; se superó la meta de 1800 docentes capacitados por el programa en temas de VIH/SIDA y educación sexual (1807) y se ha capacitado a 2175 promotores escolares y otros 2000 promotores juveniles (80 nuevos capacitados solamente en este trimestre, con quienes se alcanza 4175 promotores formados en ambas modalidades por el programa).
- El Objetivo 2, se ha capacitado a 16 PPL y 14 TS adicionales, los que añadidos al grupo capacitado en períodos previos hacen un contingente de 1225 promotores educadores de pares capacitados; el programa de asesoría en línea para TS y HSH ha recibido la consulta de 39 TS y HSH en el último trimestre (234 personas pertenecientes a grupos vulnerables en total desde que se inició este programa); en el trimestre anterior este objetivo ya había cumplido sus metas de capacitación en servicio en AMP como refuerzo de la capacitación presencial recibida el primer

año del programa y de capacitación de HSH como promotores educadores de pares.

- El Objetivo 3 había culminado en el trimestre anterior la capacitación de un total de 319 profesionales de salud en tamizaje de VIH en gestantes y pruebas rápidas (106% de la meta del proyecto); entre Setiembre y Diciembre, se realizó la segunda campaña para población general para prevenir la transmisión vertical; 39951 gestantes adicionales han sido tamizadas mediante pruebas rápidas en los centros de salud del MINSA, con lo que se ha logrado tamizar a 84834 gestantes mediante las pruebas rápidas proporcionadas por el proyecto; 59 gestantes VIH positivas, con y sin control pre-natal, han recibido tratamiento profiláctico sea con Nevirapina o sea con Zidovudina (las cuales, unidas a las beneficiarias desde el año 2004, totalizan 344 gestantes con y sin control pre-natal que han recibido tratamiento profiláctico, es decir, 42% de las gestantes identificadas VIH positivas entre el 2004 y el 2005); y un total de 416 gestantes VIH positivas (132 sólo en este trimestre) han recibido consejería de soporte.
- En el marco del Objetivo 4, se ha capacitado a 266 agentes comunitarios adicionales, con lo que se logra contar con un contingente de 2217 agentes de soporte comunitario, entre voluntarios, familiares y consejeros de pares, para apoyar el programa TARGA; el curso de refuerzo de la capacitación de los equipos multidisciplinarios del primer año está en proceso mediante Telemedicina llegó a 44 equipos capacitados en el segundo año.
- El Objetivo 5 ha logrado ingresar el segundo proyecto de Ley, esta vez sobre TBC, al Congreso de la República para que sea debatido (lo cual se hizo contando nuevamente con el compromiso y apoyo del Congresista Sr. José Luis Risco); se culminó la capacitación de 25 líderes experimentados de VIH y TB (con lo cual se logró capacitar a 56 líderes de VIH y de TB en el marco del programa); y 17 instituciones miembros de la CONAMUSA participaron en el proceso de sistematización de su experiencia como Mecanismo Coordinador en el país.

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 de la distribución de algunos materiales de capacitación que se encontraban en prensa o en proceso de aprobación al cierre de este reporte (cf. objetivos 1 y 4); las metas referidas a transmisión vertical (cf. objetivo 3), las metas referidas al programa TARGA, a los niños beneficiados con pruebas de ADN-PCR cualitativo y a los PVVs en TARGA beneficiados con las pruebas de genotipificación (cf. objetivo 4); y, por último, las metas de abogacía del objetivo 5.

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\$ 9,130,290.54, correspondiendo un monto de US \$1,241,272.86 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 ha de US \$ 298,862.31 sido desembolsado pero aún no rendido o ingresado al sistema contable de CARE, con lo cual el gasto asciende a US\$ 1,540,135.17. Teniendo en cuenta que a la fecha de este reporte el Fondo Mundial había realizado 4 transferencias por un total de US \$ 12,071,076.00, el gasto total (rendido y no rendido) equivale al 78% de lo desembolsado. Al respecto, es importante tener en cuenta al

analizar la información financiera del Programa VIH, que del presupuesto de la primera fase se ha solicitado al Fondo Mundial que se traslade un poco mas de US \$ 2.8 millones del rubro de medicamentos e insumos de laboratorio a la segunda fase.

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

3.1.1. Objetivo 1: Promover estilos de vida saludable en adolescentes y jóvenes en los temas de ITS/VIH/SIDA

El Consorcio ejecutor está conformado por la Asociación de Comunicadores Sociales Calandria, Pathfinder International, Programa de Soporte y Autoayuda de Personas Seropositivas, la Universidad Peruana Cayetano Heredia, y está liderado por el Instituto de Educación y Salud (IES).

En cuanto a los indicadores de cobertura de este objetivo, se tiene en primer lugar que la curricula de educación secundaria con contenidos referidos al VIH/ SIDA y estilos de vida saludables, que ha sido modificada por el MINEDU y que se implementó de manera piloto el año pasado, se está implementando en el total de escuelas secundarias estatales del país desde el mes de Marzo de 2005 (6512 escuelas, 100% de la meta del programa). Cf. Actividad 1.

En lo que respecta a la impresión de los módulos para docentes en lo que son estrategias metodológicas para enseñar educación sexual de acuerdo a la curricula modificada, así como el módulo para promotores escolares, se logró en este trimestre completar las autorizaciones necesarias de parte de los Ministerios de Salud y de Educación, y se logró por tanto imprimir los 4000 ejemplares para los docentes y promotores capacitados en toda la primera fase.

En lo referente al número de maestros capacitados en el manejo de la nueva curricula escolar (cf. Actividad 2), en Agosto de 2005 se completó la meta del programa, logrando capacitar a un total de 1807 docentes ó el 100% de la meta del programa, en las ciudades de Lima, Callao, Piura, Huancayo, Chimbote, Ica e Iquitos.

Acerca del número de promotores de pares para adolescentes y jóvenes (actividades 3 y 5), hasta el cierre de este reporte se había logrado capacitar a un total de 2175 promotores de pares escolares (109% de la meta esperada para todo el programa, contando con un avance en el trimestre de 603 promotores capacitados), y a 2000 promotores juveniles que llevan a cabo sus actividades preventivo-promocionales en el contexto de la comunidad (80 capacitados nuevos en el último trimestre), superando el 100% de la meta esperada para la primera fase del programa.

Sobre las campañas de sensibilización llevadas a cabo con la participación de los promotores escolares y juveniles (cf. Actividad 6), las últimas 4 campañas se realizaron en Iquitos, Chimbote, Ica y Callao. Según reporte del SR, entre las 6 campañas de la primera fase (Lima Sur y Piura en el año 1 y Chimbote, Iquitos, Callao e Ica en el año 2) se logró movilizar a 16 mil adolescentes y jóvenes en espacios de diálogo y expresión sobre sexualidad conducidos por sus pares. **30 medios de**

comunicación (radio, TV y diarios) se adhirieron a las campañas abordando el tema, cubriendo sus actividades y propalando sus materiales, generando una amplia presencia pública de sus mensajes (alrededor de 100 mil personas).

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 1²

Actividad	Indicador Clave		Trimestre 4 segundo año (1ro. Set - 30 Nov 05)	Avance total proyecto Dic. 03 - Nov. 05
Desarrollo de temas de estilos de vida saludables e ITS/VIH/SIDA en la currícula de Educación secundaria	Una currícula de educación sexual modificada	Programado	0	2000
		Ejecutado	0	2000
		% de avance		100%
Desarrollo de temas de estilos de vida saludables e ITS/VIH/SIDA en la currícula de Educación secundaria	Número de módulos de enseñanza sobre estilos de vida saludable, ITS y VIH/SIDA para docentes impresos	Programado	0	2000
		Ejecutado	2000	2000
		% de avance		100%
Desarrollo de temas de estilos de vida saludables e ITS/VIH/SIDA en la currícula de Educación secundaria	Número de módulos de capacitación para promotores escolares impresos	Programado	0	2000
		Ejecutado	2000	2000
		% de avance		100%
Capacitación de docentes para la aplicación del módulo de enseñanza docente	Número de profesores capacitados para la aplicación del módulo de enseñanza docente	Programado	0	1807
		Ejecutado	0	1807
		% de avance		100%
Programa de formación de promotores escolares	Número de adolescentes que están en el sistema educativo capacitados como educadores de pares	Programado	0	2000
		Ejecutado	0	2175
		% de avance		109%
Diseño de módulo de capacitación sobre estilos de vida saludables e ITS/VIH/SIDA para formar a jóvenes líderes como promotores barriales	Un módulo ("Programa Gente Joven") para jóvenes de la comunidad que no pertenecen al sistema educativo modificado	Programado	0	1000
		Ejecutado	0	1000
		% de avance		100%
Capacitación de promotores y monitores juveniles barriales	Número de promotores jóvenes de la comunidad (pertenecientes a 62 organizaciones juveniles que no pertenecen al sistema educativo) capacitados como promotores juveniles	Programado	0	2000
		Ejecutado	80	2000
		% de avance		100%
Campañas de sensibilización públicas	Número de campañas regionales de concientización, conducidas por los educadores de pares escolares y los jóvenes promotores de la comunidad realizadas	Programado	4	6000
		Ejecutado	4	6000
		% de avance		100%
Estudio de estrategias innovadoras para acceso al condón	Un estudio de estrategias innovadoras para acceso del condón realizado	Programado	0	1000
		Ejecutado	0	1000
		% de avance		100%

- En cuanto a la actividad 1 "Desarrollo de temas de estilos de vida saludables e ITS/VIH/SIDA en la currícula de Educación secundaria", se logró la impresión de los módulos para docentes (2000) y los módulos para promotores escolares (2000). La impresión de los módulos, prevista para el primer año del programa, se había demorado debido a que han sido varios equipos de especialistas de los Ministerios de Salud y de Educación los que han intervenido en el proceso de aprobación de los módulos. Al respecto:

² Según instrucciones del Fondo Mundial: 80% a más de avance = color verde; menos de 80% de avance = color rojo.

- En último trimestre, se logró la aprobación del módulo de docentes y del módulo de promotores escolares a través de la Resolución Jefatural No. 1488-2005-I, emitida por la Oficina de Tutoría y Prevención Integral del Vice-ministerio de Gestión Pedagógica del Ministerio de Educación, con fecha 27 de Octubre del 2005. Asimismo, el módulo de promotores escolares fue aprobado por la Dirección de Salud de las Personas (oficio No. 5179-2005-DGSP- MINSA con fecha 30 de Setiembre del 2005) y por la Dirección de Promoción de salud (Oficio No1202-2005-DGSP-MINSA con fecha 17 de Octubre del 2005) del Ministerio de Salud. El módulo de docentes fue aprobado por la Dirección de Salud de las Personas (oficio No. 5415-2005-DGSP- MINSA con fecha 13 de Octubre del 2005).
- 613 módulos de docentes y 520 módulos de promotores juveniles fueron distribuidos entre Noviembre y Diciembre a las instituciones educativas intervenidas en las 7 ciudades. Los módulos restantes han sido entregados a OTUPI – MINEDU para que los tengan en custodia, de manera que puedan ser distribuidos durante la segunda fase a los docentes.
- En lo que respecta a la actividad 2 *“Capacitación de docentes para la aplicación del módulo de enseñanza docente”*, en el trimestre anterior se superó la meta, alcanzando 1807 docentes capacitados por el Sub-Receptor. En este trimestre se realizaron avances como:
 - En este periodo la página Web diseñada para docentes estuvo operativa. No obstante, el SR informa que fueron pocos los docentes que han ingresado a esta, al parecer, por que la mayoría de profesores no han adquirido el comportamiento o la costumbre de ingresar periódicamente a Internet y de utilizar la tecnología para realizar su trabajo y para comunicarse por esta vía.
 - Se finalizaron también los dos informes que sistematizar el trabajo de capacitación a docentes.
- En cuanto a la actividad 3 *“Programa de formación de promotores escolares”*, además de los 2175 promotores escolares formados por el Sub-Receptor desde el inicio del programa (meta cumplida en el trimestre anterior), se han realizado los siguientes avances en este trimestre:
 - En lo que respecta al presente trimestre, se realizó la impresión y distribución de la guía de bolsillo, así como el manual del docente acompañante y los certificados.
 - El SR reporta la realización de 1594 consejerías realizadas por los profesionales de la salud.
 - Los promotores, por su parte, realizaron las siguientes actividades:
 - ✓ 13,018 orientaciones, cifra que se alcanzó en gran medida por la identificación de los promotores con su rol multiplicador y también con el apoyo que recibieron de los docentes acompañantes y en menor medida de los profesionales de la salud.
 - ✓ 557 charla/talleres.
 - ✓ 101 actividades masivas En relación a las actividades de campaña, estas se han concentrado en este último periodo, debido a que en sus planes de trabajo los promotores escolares habían considerado la ejecución de estas actividades en los meses de setiembre a Diciembre, en el marco de la semana de la Juventud y el día mundial de la lucha contra el SIDA.
- La actividad 4 *“Diseño de módulo de capacitación sobre estilos de vida saludables e ITS/VIH/SIDA para formar a jóvenes líderes como promotores barriales”*, el módulo fue aprobado por DGSP y por la Dirección de Promoción de la Salud,

ambas del MINSA. En este trimestre se imprimieron 200 módulos de capacitación para promotores juveniles: *Haciendo camino al andar. Módulo para formar educadores de pares juveniles en la promoción de una sexualidad saludable*. Se adjunta un ejemplar del Módulo. Este módulo ha sido distribuido en todas las ciudades de intervención y a las instancias que acompañaron a los grupos juveniles. .

- En lo que respecta a la actividad 5 “*Capacitación de promotores y monitores juveniles barriales*”, 80 nuevos promotores se añadieron en este período de reporte al grupo de capacitados, con lo que se completa los 2000 promotores juveniles de la primera fase del programa. Asimismo:
 - Durante este trimestre se han capacitado 67 nuevos promotores, de las ciudades de Callao y La Tinguíña (Ica). La capacitación se realizó en 2 talleres, llegando a la fecha a 33 talleres de capacitación de Promotores juveniles realizados en las siete ciudades.
 - Se añaden además 13 promotores que no fueron reportados en el trimestre anterior, con lo que suman 80 nuevos promotores.
 - Acciones de Coordinación:
 - ✓ En el mes de Octubre, se sostuvo una reunión con la DISA SUR. En dicha reunión se presentaron los resultados de las actividades realizadas a través del proyecto, y se acordó: elevar informes periódicos de las reuniones técnicas sostenidas con el Consorcio a todos los niveles de competencia, colgar la información en un correo compartido que tiene la DISA SUR con todas sus responsables de Etapa de Vida Adolescente; socializar los instrumentos técnicos con los profesionales de salud utilizados en el proyecto para establecer un formato único; entregar un directorio de los promotores juveniles y escolares capacitados a la DISA.
 - ✓ Se llevó a cabo una reunión de presentación de resultados con la DISA- Callao. Si bien no se llegaron a acuerdos concretos, se discutieron algunas ideas sobre como sostener la participación y motivación de los promotores juveniles desde los establecimientos de salud.
- En lo referente a la actividad 6 “*Campañas de sensibilización públicas*”, en este período de reporte se realizaron 4 campañas en las ciudades de Iquitos, Ica, Chibote y Callao. Los detalles del avance trimestral son los siguientes:
 - Durante el presente trimestre se concluyó la distribución del video “Cerca del Cielo”. Se distribuyeron 75 copias en las ciudades de Chimbote, Ica, Huancayo y Callao.
 - Para la campaña de Iquitos:
 - ✓ Se imprimieron los materiales de la campaña: 2 banderolas, 6 mil trípticos de actividades, 2 mil afiches de promoción, 8 mil volantes de servicios amigables para adolescentes y jóvenes, 5 mil volantes de convocatoria al mega-evento, 250 polos de campaña, 50 gorros de campaña, 66 CD con los spots radiales y jingles de la campaña, 2 mil cintas de los buenos deseos.
 - ✓ Se ejecutaron las actividades programadas en el Plan de Campaña “Jóvenes promoviendo una sexualidad saludable y sin paltas” con equipo de promotores capacitados de Iquitos: 1 Conferencia de prensa, 1 Pasacalle Juvenil, 2 Ferias Juveniles, 30 entrevistas y emisiones de jingles y spots de campaña por medios locales, video conversas en IE y CS, 1 Mega evento Juvenil. El equipo de

promotores evaluó la campaña y la presentó a las y los representantes de las instituciones de la Red SIDA Loreto, la DISA y de las Instituciones Educativas.

- ✓ Se procesaron los resultados de la consulta ciudadana aplicada en las principales actividades de la campaña “Promoviendo una sexualidad saludable y sin paltas” de Iquitos: 672 opiniones de adolescentes y jóvenes. Las preguntas planteadas para recoger las opiniones de adolescentes y jóvenes fueron: 1. ¿Qué sientes por una persona que tiene VIH/sida? 2. En quiénes confías para hablar de tu sexualidad? 3. ¿Cuál es tu mayor preocupación o palta sobre sexo? 4. ¿Qué piensas hacer para evitar el VIH/sida?, y la pregunta de evaluación ¿Qué es lo que más te gusta y lo que menos te gusta del Megaevento Juvenil?
- ✓ Se elaboró información sobre actividades de la campaña de Iquitos y puesta en línea en sitio web de Acción en SIDA, junto con versiones electrónicas de los principales recursos de comunicación producidos para ser descargados gratuitamente.
- ✓ Se enviaron actualizaciones de noticias a las instituciones y organizaciones involucradas en la campaña y a otras instituciones clave para difundir el acceso a esta información en línea (Ver sitio web: www.accionensida.org.pe/iquitos.htm)
- Para las campañas de Ica, Chimbote y Callao:
 - ✓ Se diseñó y ejecutó el taller de asesoría técnica “Conduciendo Video Conversas con Cerca del Cielo” a un equipo de 14 personas (9 promotores adolescentes y jóvenes y 5 docentes) en coordinación con la UGEL de Chimbote. Se programó realizar una carpa de Video Conversas en la Plaza de Armas de Chimbote el domingo 16 de octubre en el marco de la “Campaña Tengo Derecho al Buen Trato” de la UGEL. Así mismo se programaron tres sesiones previas de Video Conversas en la Universidad César Vallejo, y los IE Politécnico y Santa María Reina.
 - ✓ Entre el 4 y el 20 de octubre, se realizaron 9 sesiones de video conversa en la Universidad César Vallejo (5), la IE Politécnico (1) y en la actividad de sensibilización pública (3) de la UGE realizada en la Plaza de Armas en el marco de la “Campaña Tengo Derecho al Buen Trato” de Chimbote, conducidas por el equipo de 9 promotores adolescentes y jóvenes capacitados, en las que participaron un total de 227 adolescentes y jóvenes.
 - ✓ Se diseñó y ejecutó el taller de asesoría técnica “Conduciendo Video Conversas con Cerca del Cielo” el 13 de octubre, dirigido a un equipo de 9 promotores adolescentes y jóvenes de la Brigada Juvenil de la Municipalidad de Carmen de la Legua. El 27 de octubre se realizó una sesión de ensayo con las y los 6 promotores.
 - ✓ El 29 de octubre se realizó la sesión de video conversa con “Cerca del Cielo” en la Biblioteca de la Municipalidad de Carmen de la Legua, conducida por 4 promotores, que reunió a un total de 50 promotores de la Brigada Juvenil de la Municipalidad de Carmen de la Legua.
 - ✓ Se diseñó y ejecutó el taller de asesoría técnica “Conduciendo Video Conversas con Cerca del Cielo” el 21 de octubre, con 20 promotores escolares, 14 profesionales de la salud y 20 docentes

acompañantes de las IE Abraham Valderomar, Daniel Merino Ruiz, Nuestra Señora de las Mercedes, San Luis Gonzaga, Micaela Bastidas, Antonia Moreno de Cáceres, José Toribio Polo, Víctor Manuel Maúrtua, Teodosio Franco García de la ciudad de Ica.

- ✓ El 2 de noviembre, entre las 4:00 y las 6:30 pm. se realizó la sesión de video conversa con “Cerca del Cielo” en el auditorio de la IE San Luis Gonzaga, conducida por el equipo de 20 promotores adolescentes y jóvenes, que reunió a un total de 371 escolares de 4to y 5to de secundaria de las IE Abraham Valderomar, Daniel Merino Ruiz, Nuestra Señora de las Mercedes, San Luis Gonzaga, Micaela Bastidas, Antonia Moreno de Cáceres, José Toribio Polo, Víctor Manuel Maúrtua, Teodosio Franco García, 21 profesionales de la salud de la DISA y 22 docentes acompañantes de las mencionadas IE.
- Como logros de las cuatro campañas realizadas en el trimestre, el SR reporta lo siguiente:
 - ✓ Los mensajes y actividades de la Campaña “Jóvenes promoviendo una sexualidad saludable y sin paltas” lograron una cobertura directa de aproximadamente 8000 adolescentes y jóvenes, de los cuales 1275 recibieron orientación y consejería, y 675 expresaron su opinión sobre los temas levantados por la campaña. Así mismo, a través de 17 emisoras de radio, TV y diarios se publicaron alrededor de 40 notas y entrevistas.
 - ✓ El equipo de promotores adolescentes y jóvenes evaluó la campaña y presentó sus resultados en una reunión con 14 instituciones locales de Iquitos entre las cuales estuvieron la DIRESA, Municipalidad de Belén y las instituciones de la Red SIDA Loreto. Los representantes de las instituciones felicitaron a las y los promotores y reconocieron su capacidad de organización, creatividad y trabajo.
 - ✓ Por iniciativa del equipo de promotores adolescentes y jóvenes capacitados por Calandria, se constituyó la “Organización de Comunicadores Sociales Juveniles” (nombre provisional) que ha sido formalmente invitada a ser integrante de la Red SIDA Loreto y tiene como tarea inmediata participar en el diseño de la campaña por el 1 de diciembre.
 - ✓ Se desarrollaron las habilidades para la conducción de dinámicas de video conversa de tres equipos de 38 promotores adolescentes, jóvenes y docentes de Chimbote, Ica y Callao, quienes condujeron las sesiones en sus centros de estudios y espacios públicos; estas actividades de sensibilización pública fueron asesoradas técnicamente por el Consorcio y coordinadas con instituciones locales de cada ciudad como las UGE, DISA y DEMUNA.
- El estudio de la actividad 7 “*Estudio de estrategias innovadoras para acceso al condón*” fue culminado y el informe entregado en el trimestre VI. En el presente trimestre se realizó la presentación final de los resultados del estudio, contando con la participación del Jefe de OTUPI y del Coordinador de la Estrategia Sanitaria Nacional de ITS/VIH/sida del MINSA. Estos resultados aportarán a la capacitación de docentes durante la segunda fase, puesto que demuestran con evidencias rigurosas que la educación sexual es un factor de protección para que los y las

adolescentes asuman comportamientos saludables para una vivencia de la sexualidad satisfactoria

Los nudos críticos que afectaron especialmente al objetivo 1 durante la primera fase del programa fueron:

1. El proceso de revisión y aprobación de un material educativo para publicación por cualquier instancia de un Ministerio en el Perú es un proceso largo y lento, que requiere un seguimiento constante. En el caso de los módulos educativos para docentes y promotores escolares este proceso ha sido aun más lento y extenso debido a que dos Direcciones del Ministerio de Educación y tres instancias del Ministerio de Salud han tenido que revisar los módulos y otorgar su conformidad con los mismos. En el caso del Ministerio de Educación, adicionalmente, los módulos son enviados al Vice-Ministerio de Gestión Pedagógica para su aprobación final. El proceso de revisión de ambos módulos tomó poco más de un año.
2. Las demoras en la aprobación de materiales de capacitación por parte de las contrapartes técnicas, retrasó la impresión y distribución a beneficiarios. Por esta razón muchas actividades cerraron el mes de Noviembre de 2005 en proceso de distribución de materiales que habían sido impresos en Noviembre mismo. Esto podría implicar que se pierda contacto con algunos de los beneficiarios de estos módulos (personas capacitadas, especialmente los capacitados en el primer año) y no se les pueda entregar el material, viéndose afectada la calidad final de la actividad.
3. La falta de comunicación entre las instancias internas del MINSA (Etapa de Vida Adolescente, Salud reproductiva, ESN VIH, etc.) no permitió un avance más rápido y coordinado en cuanto a las actividades que tenían que ver con dichas áreas, pues se tenía que coordinar los mismo con cada una de ellas.

3.1.2. Objetivo 2: *Disminuir la prevalencia de la infección de VIH/SIDA en poblaciones vulnerables*

Este objetivo es ejecutado por el Sub-Receptor Asociación Civil Impacta Salud y Educación.

En lo que respecta a los indicadores de cobertura del objetivo 2, se tiene que 234 TS y HSH han ingresado al programa de asesoría en línea en temas de derechos humanos para solicitar consejo o consultar sobre el particular, siendo 39 de ellos los que ingresaron sólo en el último trimestre (98% de la meta esperada a Agosto 2005). Cf. Actividad 3.

Acerca del fortalecimiento de establecimientos de salud para la atención de las poblaciones vulnerables, en el período de reporte anterior se logró culminar la capacitación en servicio en temas de AMP para 97 equipos de 86 establecimientos de salud (ie. CERETS y UAMPs). Cabe mencionar que la estrategia de esta capacitación involucraba una primera fase de capacitación presencial mediante talleres, y una segunda fase de consolidación de los aprendizajes mediante capacitación en servicio. Así, en el caso de la primera fase (presencial) se logró culminar la capacitación en servicio en temas de AMP para 103 equipos de 94 establecimientos de salud (ie. CERETS y UAMPs). En la segunda fase, que culminó en Junio de 2005, se llegó a capacitar a 97 equipos de un total de 86 CERETS de todo el país en temas de AMP con perspectiva de derechos humanos. Estos equipos han estado compuestos por lo general por el médico clínico, el consejero y el laboratorista (cf. Actividad 4). A fin de focalizar la intervención en las ciudades de mayor prevalencia y para reforzar algunos CERETS y UAMPs que en años anteriores habían visto debilitadas sus capacidades

de atención a poblaciones vulnerables, por disposición de la ESN PCITS/VIH/SIDA del MINSA³, 33 de los equipos capacitados en la segunda fase fueron equipos pertenecientes a 26 CERETS y UAMPs que no habían participado en la primera capacitación, es decir, nuevos equipos respecto a los que recibieron la primera capacitación. Esto significa que aproximadamente 65% de los equipos capacitados han completado la capacitación en sus dos etapas, pero en contraposición se cuenta con 167 equipos capacitados en aspectos generales de AMP, ya sea en la primera o en la segunda etapa de la capacitación.

En lo referente a la formación de educadores de pares, desde el inicio del programa se ha logrado formar en total a 1225 promotores educadores de pares para poblaciones vulnerables (lo que supera largamente la meta del proyecto de 1072 promotores de pares). De aquéllos, 506 corresponden a promotores educadores de pares de TS (cf. Actividad 1), 580 a promotores educadores de pares de HSH (cf. Actividad 2) y 139 a promotores educadores de pares de PPL (cf. Actividad 5).

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

Actividad	Indicador Clave		Trimestre 4 segundo año (1ro. Set - 30 Nov 05)	Avance total proyecto Dic. 03 - Nov. 05
Programa de Formación de promotoras educadoras de pares en TS	Número de trabajadoras sexuales (TS) son capacitadas como educadoras de pares	Programado	130	500
		Ejecutado	14	506
		% de avance		101%
Programa de Formación de promotores educadores de pares en HSH	Número de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) son capacitados como educadores de pares	Programado	130	500
		Ejecutado	0	580
		% de avance		116%
Programa de capacitación y asesoría en derechos humanos y VIH para grupos vulnerables	Número de TS y HSH capacitados en derechos humanos y VIH	Programado	260	1000
		Ejecutado	14	1086
		% de avance		109%
Programa de capacitación y asesoría en derechos humanos y VIH para grupos vulnerables	Un programa de asesoría para grupos vulnerables en derechos humanos y VIH	Programado	0	1
		Ejecutado	0	1
		% de avance		100%
Programa de capacitación y asesoría en derechos humanos y VIH para grupos vulnerables	Número de TS y HSH que acceden a asesoría en derechos humanos y VIH a través del programa de asesoría	Programado	60	240
		Ejecutado	39	234
		% de avance		98%
Programa de capacitación de equipos multidisciplinares de salud en atención médica periódica con perspectiva de derechos humanos y de usuario	Número de equipos de salud multidisciplinares reciben capacitación en atención médica periódica (AMP) desde una perspectiva basada en los derechos del usuario (*) - talleres presenciales	Programado		100
		Ejecutado	0	103
		% de avance		103%
Programa de capacitación de equipos multidisciplinares de salud en atención médica	Número de equipos de salud multidisciplinares reciben capacitación en atención médica	Programado	24	100
		Ejecutado	0	97

³ Cabe precisar que la selección de los equipos a capacitar en el primer año del proyecto (primera fase de la capacitación) se realizó con el equipo de la gestión anterior de la ESN PCITS/VIH/SIDA. Del MINSA.

salud en atención médica periódica con perspectiva de derechos humanos y de usuario	periódica (AMP) desde una perspectiva basada en los derechos del usuario (*) - capacitación en servicio	% de avance		97%
Programa de Educación para PPL y Formación de promotores/educadores de pares en PPL para la prevención de ITS/VIH/SIDA en los 3 principales penales de Lima	Número de personas privadas de su libertad en un penal (PPL) capacitados como educadores de pares para prevenir ITS/VIH/SIDA en los tres penales más grandes de Lima	Programado	9	100
		Ejecutado	16	139
		% de avance		139%

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

- Respecto a la actividad 1 “*Programa de Formación de promotoras educadoras de pares en TS*”, se logró capacitar a 14 promotores de pares de TS adicionales en este período de reporte, totalizando 506 PEPs TS. Avances específicos durante este trimestre fueron:
 - Al mes de Agosto 2005, el número de TS capacitadas era de 492 es decir el 98,4 % de la meta. Muchos factores dificultaron el cumplimiento de la meta, ya sean las dificultades de convocatoria de las DISAs, el cumplimiento en la selección de la TS solicitado por el SR, etc., es por este motivo que se programo una capacitación adicional en la ciudad de Ica, convocando a TS de Chincha, Cañete e Ica. La actividad se realizó los días 26 al 28 del mes de Setiembre. Para la convocatoria se contó con el apoyo de los profesionales de salud que desarrollan la intervención de PEPs en las ciudades de Chincha, Cañete e Ica. Se confirmó la convocatoria de 32 TS provenientes de prostíbulos, bares, discotecas de las zonas mencionadas. Del total de convocadas asistieron al Taller 14 , el ausentismo fue muy notorio de las TS de la ciudad de Ica (sólo asistieron 2) por falta de interés y motivación por parte del equipo local de la ESN.
 - En Noviembre se imprimieron 300 ejemplares de rotafolios para promotores de pares de TS, y en Diciembre se inició el proceso de distribución a los CERETS de todo el país.
- En cuanto a la actividad 2 “*Programa de Formación de promotores educadores de pares en HSH*”, en el trimestre anterior se había logrado capacitar a 580 promotores de pares de HSH. Adicionalmente:
 - En Noviembre se imprimieron 300 ejemplares de rotafolios para promotores de pares de HSH, y en Diciembre se inició el proceso de distribución a los CERETS de todo el país.
- En lo referente a la actividad 3 “*Programa de capacitación y asesoría en derechos humanos y VIH para grupos vulnerables*”, 234 TS y HSH han accedido a la asesoría del consultorio jurídico virtual implementado por el Sub-Receptor para dar apoyo a los grupos vulnerables en casos de violación de sus derechos, 39 solamente en este trimestre. Se realizaron 42 consultas sobre temas referidos a salud, pruebas inmunológicas, derechos humanos y ética. Además de ello:
 - A raíz de las capacitaciones realizadas con el personal de salud del INPE y los talleres de formación de PEPs PPL, se analizó conjuntamente con los profesionales de la Defensoría del Pueblo y del Poder Judicial (consultores para esta área) la importancia de realizar un evento que abordará con la finalidad de analizar y unificar los criterios respecto al Indulto Humanitario en torno al VIH/SIDA. El evento se realizó el día 14 de Octubre del 2005, de 09: 00 am a 17:00 hrs, en las instalaciones del Hotel El Condado, Miraflores. Los objetivos del evento fueron: 1) capacitar al personal de salud Médico de los Establecimientos Penitenciarios de la Dirección

- Regional Lima del INPE, sobre la manera más adecuada de elaborar el Acta de Junta Médica Penitenciaria y/o los Informes Médicos, que sirvan para sustentar la solicitud de Indulto y Derecho de Gracia por Razones Humanitarias; y 2) Desarrollar una Guía que oriente la adecuada elaboración de los Informes Médicos para sustentar la solicitud del Indulto y Derecho de Gracia por Razones Humanitarias.
- Asistieron 54 profesionales del INPE, Defensoría del Pueblo, Ministerio de Justicia, MINSa y CARE.
 - En el trimestre el acceso al CJV mantuvo las consultas sobre asesoría en derechos respecto a la salud pero el cuadro a continuación presentado muestra como es una canal de consulta para otros temas adicionales, ya sean de interés clínico, consejería o hacer comentarios consignados como “otros”.
 - Se realizaron 42 consultas.
- En lo referente a la actividad 4 *“Programa de capacitación de equipos multidisciplinarios de salud en atención médica periódica con perspectiva de derechos humanos y de usuario”*, en el trimestre anterior se culminó la fase de capacitación en servicio de 97 equipos pertenecientes a 86 establecimientos de salud (CERETS y UAMPs). Adicionalmente, en este trimestre:
 - A solicitud de la ESN VIH, se realizó el “Taller Nacional de Evaluación de AMP”⁴, la Estrategia Sanitaria propuso una programación en la cual el 1er día como SR teníamos exposiciones sobre los avances del objetivo, y a partir de allí la ESN se haría cargo del desarrollo de la reunión. El Taller se realizó el 12, 13 y 14 de octubre.
 - Se contó con la asistencia de 120 profesionales directamente relacionados con el objetivo 2 – VIH, adicionalmente asistieron 32 químicos farmacéuticos y 12 coordinadores de ESN VIH/SIDA quienes desarrollaron la siguiente programación: La asistencia de los coordinadores y equipos de AMP de las Disas fue del 98%, faltando solo la Coordinadora de Iquitos y parcialmente la coordinadora de Lima Norte.
 - El módulo de SISCLASES, durante el presente trimestre ha avanzado en mejorar el contenido, cantidad de clases y cursos.
 - En este trimestre se culminaron 2 nuevos cursos: Derechos Humanos y Sinergismo entre el Herpes y el VIH. A pesar que faltan pocos cursos para finalizar su edición, se tiene un avance significativo, con respecto a los trimestres anteriores y se esta mejorando el contenido.
 - En cuanto a la actividad 5 *“Programa de Educación para PPL y Formación de promotores/educadores de pares en PPL para la prevención de ITS/VIH/SIDA en los 3 principales penales de Lima”*, se completó la capacitación de 16 promotores de pares adicionales, con los que se cuenta ya con 139 promotores de pares de PPL. Cabe precisar sin embargo que varios de los promotores de pares formados en el sistema penitenciario salieron libres o fueron trasladados de penal, por lo que los promotores activos con frecuencia se reducen. Otros avances de esta actividad en este trimestre fueron:
 - Una de las dificultades que se evidenciaron en los cursos de capacitación, que tenían una duración de 04 días, es que los internos no completaban el taller o tenían una asistencia irregular. Por ello, se realizó un taller adicional en el EP Lurigancho para el módulo de habilidades sociales y

⁴ La ESN VIH consideró una necesidad del MINSa tener una evaluación de la intervención del sector en AMP, ya que desde más de 2 años atrás no se realizaba una. Impacta destinó para ello los recursos del programa para el taller nacional de AMP que se previó en el plan operativo.

- énfasis en el módulo de DDHH, de esta manera los internos que no habían completado la capacitación pudieran asistir y tener la formación completa.
- El INPE y los Puntos Focales recibieron la relación de internos que debían ser convocados, alrededor de 45, asistiendo solamente 16 personas, la falta de seguimiento y fallas en la convocatoria por parte de la contraparte generó el alto índice de inasistencia.
- Los temas de estigma y discriminación generaron mayor participación del grupo debido a que por las condiciones de ser personas privadas de su libertad sienten que es el mayor obstáculo a vencer para la reinserción en la sociedad.

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

- Los Planes de sostenibilidad para integrar a los contingentes de capacitados al MINSA y al INPE no se han desarrollado, con el consiguiente riesgo de pérdida de los esfuerzos de capacitación desplegados en la primera fase.
- Respecto al sistema de información sanitaria de VIH en el MINSA, los estudios de Vigilancia Centinela no tienen información disponible de manera oficial, estando retrasado el informe del estudio del año 2002. Esto dificulta el acceso a la información de los indicadores de impacto y resultado referidos al objetivo 2.
- La ausencia de un sistema de supervisión y acompañamiento técnico por parte de la estrategia sanitaria en nivel central y DISAS (ie. Capacitaciones en servicio por ejemplo) han afectado la consolidación de algunos procesos relacionados con el programa y también han determinado ciertos retrocesos en estrategias que ya existían cuando se diseñó el programa, como es el caso de la estrategia de trabajo con poblaciones vulnerables del MINSA.
- Como consecuencia de lo anterior, y añadiendo el problema de la falta de recursos para implementar con insumos y equipos adecuados a los CERETS y los UAMPs, la estrategia de trabajo con poblaciones vulnerables (promotores educadores de pares en poblaciones vulnerables e intervenciones en AMP) se ha debilitado en los últimos años. En la propuesta de la fase II del programa, este objetivo ha sido prácticamente reformulado para enfocar los recursos del Fondo Mundial en fortalecer a los CERETS y UAMPs y, en general, la estrategia de trabajo con grupos vulnerables.
- Los perfiles de capacitados no se respetaron siempre en las DISAS, y la rotación del personal de Salud en el marco del MAIS afectaron asimismo la sostenibilidad de las actividades de capacitación. Esto exigió a los equipos redoblar esfuerzos e inversiones en algunas ocasiones para volver a realizar las capacitaciones a nuevo personal.

3.1.3. Objetivo 3: Disminución de la Transmisión Vertical del VIH

Este objetivo es ejecutado por el Consorcio Transmisión Vertical que está integrado por la ONG CEPESJU, el Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el Instituto Especializado Materno Perinatal, la Red Peruana de Mujeres Viviendo con VIH, la Red de Comunicación e Información para GAMS y el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, que lo lidera. Este objetivo se desarrolla en co-responsabilidad con la ESN PC ITS/VIH/SIDA del MINSA.

En lo que respecta a los indicadores de cobertura del objetivo 3, un total de 84834 gestantes han sido tamizadas mediante las pruebas rápidas (42% de la meta esperada para la primera fase del programa; cf. Actividad 3). Cabe precisar que el tamizaje con pruebas rápidas se inició efectivamente en el mes de Marzo 2005, luego que se gestionara con diversas instancias del MINSA la provisión de tratamientos

antirretrovirales profilácticos para las potenciales gestantes sin control pre-natal y sus niños que se identificase como VIH positivas (ie. Nevirapina para la madre y Zidovudina y leche maternizada para los niños).

En cuanto a la realización de consejería con folletería de soporte para las gestantes VIH positivas, en este trimestre se han realizado 1271 consejerías a 132 gestantes VIH positivas, con lo que se totaliza 416 gestantes VIH positivas que han recibido este tipo de apoyo en el marco del programa desde el 2004 (21% de la meta prevista, cf. Actividad 4). El retraso de esta actividad se debió a las dificultades en la distribución de la folletería de soporte y también al retraso en el inicio de la aplicación del tamizaje con pruebas rápidas, por las razones explicadas líneas arriba.

En lo que respecta al programa de Trasmisión Vertical de la ESN PC ITS/VIH/SIDA del MINSA, se tiene que las gestantes con control pre-natal identificadas como VIH positivas suman 613 entre el año 2004 y el año 2005, de las cuales un total de 293 recibieron el tratamiento profiláctico (ya sea Zidovudina o TARGA, dependiendo de las condiciones clínicas de la gestante y el tiempo de gestación), es decir, el 48% de las gestantes VIH positivas han recibido este tratamiento profiláctico. La diferencia se debe a dos situaciones: 1) para proporcionar el tratamiento profiláctico a una gestante es necesario que ésta presente ciertos criterios clínicos y haya cumplido un cierto tiempo de gestación para poder recibir el tratamiento (ie. no reciben tratamiento con las gestantes con menos de 28 semanas de gestación ni aquéllas que presentan las condiciones clínicas para ingresar a TARGA), lo cual es determinado en los controles pre-natales; y, 2) Un grupo de gestantes seropositivas no ha accedido al tratamiento por carencia de recursos para adquirirlo ante el desabastecimiento de los servicios del MINSA.

En lo referente a la proporción de gestantes VIH positivas sin control prenatal que reciben tratamiento antirretroviral profiláctico al momento del parto institucionalizado, que es el indicador clave de este programa, se está considerando a las gestantes identificadas VIH positivas desde el mes de Marzo 2005, ya que esa es la fecha en que se inició el tamizaje con pruebas rápidas en el MINSA. Antes de este tipo de tamizaje no era posible conocer la condición de seropositividad de las gestantes que acudían al parto sin haber tenido control pre-natal. En este marco, desde Marzo de 2005 a Noviembre de 2005, se ha identificado mediante las pruebas rápidas a 213 gestantes sin control pre-natal que son VIH positivas (43 en el último trimestre), de las cuales 53 recibieron el tratamiento profiláctico con Nevirapina para evitar la transmisión vertical. Esto representa el 25% de las gestantes VIH positivas sin control pre-natal que llegaron a los servicios de salud del MINSA (cf. año 2005). Nuevamente en este caso, tanto el cumplimiento o no de las condiciones clínicas para recibir el tratamiento (ie. gestantes en trabajo de parto que presentan dilatación mayor a 4 cms. no pueden recibir Nevirapina, según la Norma Técnica de Transmisión Vertical) como el problema de desabastecimiento de tratamientos ARV profilácticos, son las razones que determinaron que sólo una parte del total de gestantes que llegaron en trabajo de parto a los servicios y cuya prueba rápida dio positivo al VIH reciban el respectivo tratamiento.

Totalizando las gestantes con y sin control pre-natal que han recibido tratamiento profiláctico, se tiene un total de 826 gestantes identificadas como VIH positivas, de las cuales 346 han recibido el tratamiento ARV profiláctico entre los años 2004 y 2005 (42%). De las 333 gestantes que han recibido tratamiento ARV en los 2 años del programa VIH, 280 que habían tenido control prenatal recibieron Zidovudina, 13 que habían tenido control pre-natal recibieron TARGA y las restantes 53, que no habían tenido control pre-natal, recibieron Nevirapina. Lo anterior significa que, del total de las gestantes con y sin control prenatal identificadas como VIH positivas, el 41% han

recibido el tratamiento antiretroviral profiláctico, ya sea porque cumplían las condiciones clínicas para ello y/o porque afortunadamente encontraron disponibles los tratamientos para ello en los servicios.

Si bien una parte importante de las gestantes identificadas VIH+ podrían no haber recibido la profilaxis por no presentar las condiciones clínicas necesarias, estas bajas coberturas no dejan de indicar que está aún en proceso la implantación del sistema de detección oportuna de las gestantes VIH+ para poder darles el tratamiento profiláctico respectivo, con y sin CPN, por lo que al parecer los beneficios no estarían llegando a las gestantes como debiera ser, a pesar del apoyo del FM para incrementar el tamizaje y profilaxis a gestantes SCPN. Al respecto, Cabe señalar que, vistas las debilidades actuales en el abordaje de la Transmisión Vertical y en el marco de la segunda fase del programa VIH, se ha previsto la implementación de un programa de emergencia de 6 meses para re-impulsar la Estrategia de Transmisión Vertical del MINSA, y lograr las metas del programa que se han mantenido rezagadas en la primera fase. Este programa se desarrollará bajo el liderazgo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, e incluye aspectos clave como capacitación del personal, institucionalización de la formativa y procesos para mejorar la oferta, fortalecer el sistema de información y desplegar un plan de sensibilización de los actores a nivel tanto de la oferta como de la demanda.

Respecto a la campaña de prevención de la transmisión vertical, culminó la segunda campaña en medios de comunicación masiva dirigida a población en general (cf. Actividad 1, reportado en el trimestre V). La segunda campaña se llevó a cabo entre Setiembre y Diciembre inclusive.

En cuanto a la capacitación del personal de salud en el manejo de las pruebas rápidas para el tamizaje a las gestantes, en el trimestre anterior se reportó el cumplimiento de la meta con la culminación de la capacitación de 313 profesionales de salud, en su mayoría obstetras y enfermeros (104% de la meta total del programa).

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

Actividad	Indicador Clave		Trimestre 4 segundo año (1ro. Set - 30 Nov 05)	Avance total proyecto Dic. 03 - Nov. 05
Campaña piloto de promoción del acceso a pruebas de descarte de VIH y de tratamiento preventivo de la transmisión vertical	Número de campañas IEC para promover el tratamiento preventivo de la transmisión vertical	Programado	1	2
		Ejecutado	1	2
		% de avance		100%
Programa de capacitación a personal de salud en el manejo de las pruebas rápidas de diagnóstico VIH y derechos humanos y de usuario	Número de profesionales de asistencia médica capacitados en el manejo de pruebas rápidas	Programado		300
		Ejecutado	0	319
		% de avance		106%
Plan de incremento de tamizaje para VIH en gestantes	Número de pruebas rápidas para tamizaje de VIH aplicadas a gestantes (ESN CETSS MINSA)	Programado	30,000	200000
		Ejecutado	39951	84834
		% de avance		42%

Promoción del cuidado de la salud de la gestante VIH y su niño	% de gestantes seropositivas que han recibido tratamiento profiláctico (Zidovudina o Nevirapina) (*)	Programado	132	826
		Ejecutado	59	346
		% de avance		42%
Promoción del cuidado de la salud de la gestante VIH y su niño	Número de consejería para gestantes VIH positivas y sus niños realizadas (Sub-Receptor y ESN CETSS MINSA)	Programado	300	2000
		Ejecutado	132	416
		% de avance		21%

- En lo que respecta a la actividad 1 *“Campaña piloto de promoción del acceso a pruebas de descartar de VIH y de tratamiento preventivo de la transmisión vertical”*, como se mencionó, entre Setiembre y Diciembre 2005 se realizó la campaña en medios de comunicación masiva. En los trimestres previos se había ya terminado de producir el material de IEC, cuñas radiales, videos, etc. que servirían para todas las actividades de la campaña. Así, el detalle de lo avanzado en el último trimestre es como sigue:
 - Se realizaron contratos en forma directa con las radioemisores locales, contando con el apoyo del personal de comunicaciones de las DIRESAs a fin de lograr una mayor audiencia del público objetivo.
 - Durante el mes de octubre se firmaron los contratos con radioemisoras regionales.
 - Las radios seleccionadas para los contratos de emisión de las cuñas, cuentan con altos niveles de audiencia, en algunos casos durante programas específicos y en otros durante toda su programación regular. El promedio de audiencia en horario preferencial suele ser de 30 mil personas en cada localidad, lo que nos asegura estar llegando aproximadamente a 240 mil personas al día, entre los meses de septiembre y diciembre de este año.
 - En el siguiente cuadro se presentan las emisiones comprometidas en las radios regionales para el desarrollo de la campaña:

Direcciones Regionales	Radiodifusoras	Fechas de emisión	Nº de avisos	Nº de avisos por Región
Junín	15-50 Radio (Peruana de radiodifusión SRL)	07/09/05 al 07/12/05	82	695
	La Karibeña Radio	07/09/05 al 02/12/05	240	
	Súper Latina (Radiodifusora EGC SRL):	07/09/05 al 07/12/05.	373	
Loreto	Radio Arpegio (Cía. De Radio y TV del Atlántico SAC.)	14/09/05 al 14/12/05	132	1.204
	Radio La voz de la Selva (Inst. Prom. Soc. Amazónica)	13/09/05 al 13/12/05	536	
	La Karibeña Radio (Corporación Universal SAC):	13/09/05 al 13/12/05	536	
La Libertad	Frecuencia 100 (R.O. Empresa de Radiodifusión)	19/09/05 al 09/12/05.	200	550
	Radio 96.1 FM Stereo (Trujillo SAC.):	19/09/05 al 09/12/05	160	
	Radio Rumba (Radiodifusora El Porvenir EIRL.):	19/09/05 al 09/12/05	160	

Cuzco	Radio Las Vegas (Radio Televisión Mundo EIRL.):	26/09/05 al 09/12/05	385	559
	Radio Salkantay – Programa La Hora 11 (Servicios Publicitarios Viadelca)	26/09/05 al 07/12/05.	174	
Lambayeque	Radio Fuego (Corporación Radial W.S.P.):	03/10/05 al 03/12/05	120	1555
	Radio-Difusión Santa Victoria SRL	03/10/05 al 09/12/05	539	
	Radio JHC AM – FM EIRL	03/10/05 al 09/12/05	536	
Arequipa	Radio Melodía S.A	06/10/05 al 06/12/05	240	1148
	Radio Stereo 1 (Organización Rondón Fudinaga SCRL):	05/10/05 al 04/12/05	520	
	La Karibeña Radio (Corporación Universal SAC.)	06/10/05 al 04/12/05	180	
Ucayali	Programas Hora 7 e Informa 13 (Radio Súper AM – FM):	11/10/05 al 11/12/05	120	2670
	Programa Súper Mañanas con Corazón (Radio Súper AM – FM):	10/10/05 al 09/12/05	90	
	Programa La Noticia (Radio El Progreso):	11/10/05 al 11/12/05.	240	
	Radio Pucallpa SCRL	06/10/05 al 04/12/05	900	
	Programa Ucayali en la Noticia (Radio Explosión)	11/10/05 al 11/12/05.	840	
	Radio FM Stereo 100 (Vide Oriente S.A.):	06/10/05 al 04/12/05	480	
Ica	Radio Cielo	17/10/05 al 17/12/05	720	1200
	Radio Mega	17/10/05 al 17/12/05	240	
	Radio Constelación (Cía. Radiodifusora Constelación):	17/10/05 al 17/12/05	240	
TOTAL	26 radioemisoras regionales	7/9/05 al 17/12/05		9.551 avisos

- A estos deben agregarse 440 cuñas radiales emitidas hasta Diciembre por el grupo RPP (RPP, La Mega, Radio Corazón, Radio Studio 92) de alcance nacional, lo que hace un total de 9,991 cuñas difundidas en la segunda campaña.
- Para ampliar la difusión interna y externa en los Centros de Salud, se realizó la grabación de 1000 cassettes y 2000 discos compactos que fueron distribuidos a los diferentes Direcciones de Salud para su redistribución en los Centros de su influencia, acompañados de un instructivo para su utilización.
- En lo que respecta a la actividad 2 “Programa de capacitación a personal de salud en el manejo de las pruebas rápidas de diagnóstico VIH y derechos humanos y de usuario”, en el trimestre anterior se culminó la capacitación de 313 profesionales de salud en el manejo de pruebas rápidas y consejería a gestantes VIH positivas. Por su parte, el MINSA, a través de la ESN VIH continúa el trabajo de capacitación de su personal en los temas de transmisión vertical. Al respecto, fueron avances importantes en el trimestre:
 - Con el apoyo de UNICEF y las DISAS y Diresas, se sigue capacitando a nuevas zonas de expansión para cobertura a nivel nacional por parte del Ministerio de Salud con el apoyo de UNICEF y las Direcciones Regionales de Salud.
 - En el último trimestre se ha capacitado a 231 profesionales de la salud en el manejo de pruebas rápidas, en las Diresas de Ayacucho, Cusco, Abancay, Andahuaylas, San Martín; además se capacitó a los profesionales del Hospital de San Bartolomé y a la Sociedad Peruana de Gineco

Obstetricia en coordinación con la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva.

- Los facilitadores vienen poniendo en práctica lo aprendido en los establecimientos de salud donde laboran. A su vez se encargan de realizar las réplicas con el apoyo de los Coordinadores de la ESPCITS y VIH-SIDA de las DISAS y DIRESAS al personal de salud de los niveles operativos de los diferentes establecimientos de salud de acuerdo a los niveles de atención. Los profesionales capacitados en las réplicas incluye Obstetrices, Ginecólogos y personal de Laboratorio.
- En lo que respecta a la actividad 3 *“Plan de incremento de tamizaje para VIH en gestantes”*, los avances en el trimestre fueron los siguientes:
 - Se han aplicado en este trimestre 39951 pruebas rápidas, encontrando que 43 de ellas eran reactivas (es decir, había la posibilidad de que se tratase de gestantes VIH positivas, lo que debía ser confirmado mediante las pruebas respectivas).
 - En el trimestre se aplicaron asimismo 40964 pruebas ELISA a gestantes con control pre-natal, de las cuales 89 resultaron reactivas (VIH positivas).
 - Cabe precisar que al cierre de este reporte varias DISAS de Lima y del interior del país no habían remitido aún la información sobre transmisión vertical (especialmente la información del mes de Noviembre), por lo que se estima un sub-registro en los datos presentados. No obstante ello, también se ha sabido de casos que, a la inversa de lo anterior, pueden haber sesgado como sobre-reporte la cantidad de gestantes sin control pre-natal beneficiarias de las pruebas rápidas. Tal es el caso de algunos establecimientos de salud que no discriminaron en algunos de sus reportes a las gestantes de otras poblaciones a las cuales les aplicaron las pruebas rápidas (por ejemplo, TS y HSH), y asimismo otros establecimientos que reportaron habiendo aplicado las pruebas rápidas a gestantes que sí tenían control pre-natal (a las cuales les correspondía recibir la prueba ELISA).
 - En Noviembre, el MINSA inició la distribución de las 100, 000 pruebas rápidas contempladas como meta para el segundo año, las cuales habían sido entregadas por el RP al INS en el trimestre anterior. La distribución se ha realizado a nivel nacional, a las DIRESAS que han recibido capacitación.
- En lo referente a la actividad 4 *“Promoción del cuidado de la salud de la gestante VIH y su niño”*, la ESN PCITS/VIH/SIDA reportó que 132 gestantes VIH positivas recibieron un promedio de 9 sesiones de consejería sobre prevención de la transmisión vertical y cuidados del niño y la madre, con lo que suman 416 gestantes que han recibido consejería en toda la primera fase del programa.

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

- Ausencia de un sistema de supervisión y acompañamiento técnico por parte de la estrategia sanitaria en nivel central y DISAS (ie. Capacitaciones en servicio por ejemplo) han afectado la consolidación de algunos procesos relacionados con el proyecto (ie. Normas técnicas, descentralización del TARGA, transmisión vertical, etc.) y también han determinado ciertos retrocesos en estrategias que ya existían cuando se diseñó el proyecto (ie. Transmisión vertical era una de ellas).
- La ausencia de un sistema de información sobre transmisión vertical no ha permitido realizar la vigilancia desde la sociedad civil ni conocer oportunamente los avances del proyecto en lo que compete a la parte que el MINSA implementa directamente. La gestión en general se ha visto afectada por esta ausencia.
- La falta de comunicación entre las instancias internas del MINSA (Salud reproductiva, ESN VIH, INS) no permitió un avance más rápido y coordinado en

cuanto a las actividades que tenían que ver con dichas áreas, pues se tenía que coordinar los mismo con cada una de ellas. Esto se hizo patente asimismo con el tema del manejo de la información, ya que cada área maneja su propia información, dificultando aún más el acceso al conocimiento de la realidad de la transmisión vertical y los avances al respecto.

- Confusión en procesos internos del MINSA respecto a la logística (programación, distribución) de las pruebas rápidas y medicamentos de ARV afectaron el avance del objetivo y la entrega de los beneficios a las gestantes.

3.1.4. Objetivo 4: Garantizar la atención integral de calidad a las PVVIH y que incluya el acceso al tratamiento antirretroviral

El ejecutor de este objetivo es un Consorcio integrado por la Coordinadora Peruana de Personas Viviendo con VIH (PVVS), la Universidad Peruana Cayetano Heredia y la Asociación Vía Libre, líder del consorcio. Este objetivo se desarrolla en corresponsabilidad con la ESN PCITS/VIH/SIDA del MINSA y con el Instituto Nacional de Salud (INS).

En lo que respecta a los indicadores de cobertura del programa, el MINSA logró el ingreso de otros 514 pacientes a tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), con lo que se totaliza un total de 3752 pacientes en TARGA desde que el programa se iniciara en Mayo de 2004. Además de ello, como parte de la respuesta nacional, la Seguridad Social Peruana -EsSalud- informó oficialmente al MINSA en el mes de Agosto que está atendiendo a un total de 2333 pacientes, y la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales (COPRECOS) a otros 303 pacientes, con lo cual se tiene que 6388 peruanos afectados con el VIH están accediendo al tratamiento antiretroviral gratuito (71% de la meta esperada de 9000 pacientes para los dos años del programa financiado por el Fondo Mundial).

Sobre el porcentaje de adherencia de las personas que se encuentran en TARGA, aún no hay información disponible ya que se encuentra en proceso la construcción del sistema de información del MINSA. No se ha recibido reporte alguno aún sobre el piloto que se había planteado realizar mes de Octubre en algunas DISAS de Lima y Callao, acerca de un sistema de información que la ESN PCITS/VIH/SIDA está diseñando para transmisión vertical.

De otra parte, 5793 personas afectadas con VIH han recibido pruebas de monitoreo mediante CD 4 y Carga Viral a través del INS (64% de la meta esperada para los dos años del programa).

En este período, 67 niños menores de 18 meses expuestos al VIH recibieron la prueba de ADN – PCR cualitativo para niños, con lo que se alcanza 116 niños beneficiados, es decir, el 46% de la meta esperada para la primera fase. Al cierre de este reporte, el INS no había informado aún el número de niños reactivos y no reactivos que arrojaron las primeras muestras recibidas, información que se completará en el siguiente informe trimestral.

El retraso en cuanto a las pruebas de ADN PCR para niños se debió a que en los meses anteriores:

- No se contaba con los primers, importantes insumos para realizar estas pruebas.
- La mudanza al nuevo laboratorio del INS en el distrito de Chorrillos tomó varias semanas y eso impidió que, una vez adquiridos los primers que se necesitaba, se reinicie la aplicación de las pruebas.

Ambos problemas ya fueron solucionados. Además, cabe precisar que el INS está a la espera de la llegada de los resultados de las pruebas de ADN PCR de otros 110 niños, las cuales se habían enviado en Octubre a Milán para su procesamiento ante el retraso en el inicio de las pruebas en el Perú.

En cuanto a las PVVS que han recibido pruebas de genotipificación, no se ha tenido avances al respecto en este período de reporte (36 pruebas, 12% de avance respecto a la meta esperada para la primera fase). No obstante, el INS ha informado que 300 muestras para genotipificación correspondientes a 300 personas se encuentran en Milán desde Octubre, recibiendo el procesamiento y análisis respectivo⁵. Se estima que los resultados llegarán en Enero de 2006, y con ello se habrá completado la meta de la primera fase del programa (la meta total era 300 pruebas).

En el ínterin, el INS y la ESN VIH se han comprometido a trabajar en Enero de 2006 la implementación de los procesos y procedimientos necesarios para la aplicación y vigilancia de la resistencia a los ARV en los pacientes en TARGA mediante la genotipificación, elemento que fue identificado como la principal dificultad para llevar adelante este tipo de pruebas en el país y, por ende, alcanzar la meta planteada en el programa. La implementación de dichos procesos implica, entre otras cosas, la preparación del personal médico del MINSA para el uso adecuado de los resultados de las pruebas de genotipificación, así como la construcción de una red de trabajo que supervise las decisiones de aplicación de las pruebas en base al análisis de casos y realice la vigilancia respectiva.

Respecto a los centros de salud que cuentan con equipos capacitados, el Sub-Receptor y la ESN ITS/VIH/SIDA realizaron en el primer año del programa, la capacitación de 130 equipos multidisciplinarios que están implementando el TARGA en diferentes establecimientos del país, correspondiente al 108% de la meta del primer año de la fase I del programa. En el segundo año, el Sub-Receptor logró capacitar a 44 equipos de los que fueron capacitados en el primer año, y la ESN VIH capacitó en servicio a 18 equipos. Cabe precisar que varios de los equipos capacitados por el MINSA fueron los mismos que los capacitados por el Sub-Receptor, pues en el país solamente tenemos un total de 48 establecimientos de salud que brindan TARGA (incluyendo el Penal de Lurigancho y las ONGs Médicos Sin Fronteras, Vía Libre, Impacta y Hogar San Camilo). En tal sentido, no hubiese sido posible llegar a capacitar a 120 equipos diferentes “que implementan TARGA”, que era la meta del año 2, pues no los hay aún en el país.

Un total de 2217 agentes de soporte comunitario han sido capacitados por el Sub-Receptor para apoyar a los pacientes que se encuentran en TARGA (103% de la meta de la primera fase del proyecto), entre los que se encuentran 1210 familiares capacitados en salud integral y soporte emocional, 756 voluntarios capacitados en cuidados domiciliarios y 251 consejeros de pares capacitados en prevención, autocuidado y adherencia.

El detalle de los 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 4

⁵ Cabe destacar que el costo del envío de las muestras, ascendiente a \$ 1,300, fue asumido por el INS.

Actividad	Indicador Clave		Trimestre 4 segundo año (1ro. Set - 30 Nov 05)	Avance total proyecto Dic. 03 - Nov. 05
Programa de capacitación a PVVS, familiares o allegados sobre salud Integral y soporte emocional con perspectiva de Derechos Humanos	Número de PVVIH, familiares y/o amigos capacitados en salud integral y soporte emocional	Programado	180	1200
		Ejecutado	183	1210
		% de avance		101%
Programa de Acompañamiento Domiciliario y Formación de Voluntarios	Número de voluntarios (ni familiares o amigos) capacitados para acompañar y proporcionar cuidado domiciliarios a personas viviendo con VIH/SIDA	Programado	75	700
		Ejecutado	67	756
		% de avance		108%
Formación de Consejeros entre Pares dentro y fuera de los Establecimientos de Salud	Número de PVVIH se desempeñan como consejeros de pares en prevención, autocuidado y adherencia	Programado		250
		Ejecutado	16	251
		% de avance		100%
Programa de capacitación a equipos multidisciplinarios locales de salud encargados de la atención integral y del tratamiento antiretroviral de las PVVs	Número de equipos multidisciplinarios son capacitados en cuidado integral enfocados en tratamientos ARV (44 Sub-Receptor y 76 ESN.CETSS MINSA) (*)	Programado	70	240
		Ejecutado	62	192
		% de avance		80%
Tratamientos ARV para PPVIH en fase de inmunodeficiencia	Número de tratamientos antirretrovirales administrados a los PVVIH en fase de inmunodeficiencia. (ESN CETSS MINSA)(**)	Programado	2470	9000
		Ejecutado	514	3752
		% de avance		42%
Tratamientos ARV para PPVIH en fase de inmunodeficiencia	Número de establecimientos de salud que proporcionan y monitorean tratamiento antirretroviral de manera regular	Programado	0	124
		Ejecutado	0	48
		% de avance		39%
Monitorización por laboratorio de las PVVIH	Número de PVVIH que tienen acceso a pruebas de monitoreo de carga viral y linfocitos CD4 (INS)	Programado	2470	9000
		Ejecutado	945	5793
		% de avance		64%
Monitorización por laboratorio de las PVVIH	Número de niños con exposición perinatal menores de 18 meses de edad atendidos con pruebas PCR ADN cualitativo para detección del VIH (3 pruebas x niño) (INS)	Programado	0	250
		Ejecutado	67	116
		% de avance		46%
Monitorización por laboratorio de las PVVIH	Número de pruebas de genotipificación para evaluar resistencia realizadas (INS)	Programado	100	300
		Ejecutado	0	36
		% de avance		12%

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

(**) Información al 28 de Noviembre de 2005. Meta Targa original a dos años: 9000 tratamientos, incluyendo 1874 de EsSalud y 284 de COPRECOS. En la meta actual

de país, a los 3752 pacientes reportados por el MINSA se añade, según lo autorizado por el Fondo Mundial, 2333 pacientes de EsSalud (cf. reporte del 14 de Agosto de 2005 a DGSP) y 303 pacientes de COPRECOS atendidos el año 2004.

- En lo que respecta a la actividad 1 “*Programa de capacitación a PVVS, familiares o allegados sobre salud Integral y soporte emocional con perspectiva de Derechos Humanos*”, en el trimestre de capacitó a 183 familiares, los que sumados a los ya capacitados en períodos anteriores hacen un total de 1210 familiares y allegados capacitados (101% de la meta esperada para la primera fase del programa). Respecto a los avances del trimestre:
 - Continuó la distribución del material de capacitación de la actividad, llegando a distribuir. 140 Módulos impresos (500 impresos), 141 CDs (de un total de 500) y 1126 Manuales (1200 impresos).
 - El material de capacitación impreso que no se llegó a distribuir, será centralizado en la institución líder del consorcio ejecutor y responsable de la actividad, hasta coordinar con el Ministerio de Salud una estrategia para su adecuada distribución. Se cuenta con un total de 360 Módulos y 74 Manuales sobrantes, en el caso de los Módulos, la meta fue cubierta pues sólo estuvo programada la impresión y distribución de 100 Materiales; aunque finalmente y gracias a una optimización de los recursos, fueron impresos 500.
 - La actividad culminó sus compromisos de la fase I, y el equipo se concentró en realizar la respectiva evaluación y sistematización de la experiencia.

- En cuanto a la actividad 2 “*Programa de Acompañamiento Domiciliario y Formación de Voluntarios*”, en el trimestre de capacitó a 67 voluntarios, los que sumados a los ya capacitados en períodos anteriores hacen un total de 756 voluntarios capacitados (108% de la meta esperada para la primera fase del programa). Otras acciones llevadas a cabo por el Sub-Receptor respecto al desarrollo de esta actividad fueron en este trimestre las siguientes:
 - Se elaboró una última versión del módulo de acompañamiento para familiares, en el que se incluyeron todas las observaciones y sugerencias realizadas por el Ministerio de Salud, la versión impresa fue remitida al Ministerio de Salud el día 15 de Noviembre del 2005 con el fin de obtener la carta de conformidad respectiva para proceder con la impresión y posterior distribución. Por otro lado, con el fin de agilizar el proceso de validación, se enviaron las carátulas de los materiales a la Oficina General de Comunicaciones del ministerio de Salud. Finalmente se obtuvo la carta de conformidad el 02 de Diciembre del 2005, mediante el oficio N° 6416-2005/DGSP/MINSA, emitida por la dirección General de Salud de las personas. Dicho oficio hace alusión a todos los materiales a cargo de la actividad N° 2, tanto para familiares como para voluntarios. Así, los materiales de capacitación de esta actividad: “Manual de Acompañamiento y Cuidados Domiciliarios para Personas Viviendo con VIH/SIDA”; “Módulo de Capacitación de Programa de Formación para Voluntarios en Acompañamiento y Cuidados Domiciliarios a Personas Viviendo con VIH/SIDA”; “Módulo de cuidados domiciliarios para familiares”; y, “Guía de cuidados domiciliarios”, fueron aprobados finalmente por la ESN VIH del MINSA.
 - El equipo responsable de la actividad diseñó un plan para la difusión de los 4 materiales de capacitación. De acuerdo al plan de distribución diseñado, se contaría con 35 Manuales para voluntarios, 35 Guías para familiares, 45 Módulos para Voluntarios y 45 Módulos para familiares sobrantes.
 - Dichos materiales fueron impresos durante el mes de Noviembre, y su distribución se inició en Diciembre por parte de la institución responsable de

la ejecución de la actividad. Se estima que la distribución culminará antes de Enero de 2006.

- El día 15 del mes de Noviembre de 2005, la actividad N° 2, a cargo de la Coordinadora Peruana de Personas Viviendo con VIH/Sida, realizó un taller de evaluación en la que se contó con representantes de población capacitada por taller, además con asistentes sociales participantes de los talleres. El taller de evaluación, tuvo como objetivo evaluar los diferentes aspectos relacionados a la capacitación brindada a los voluntarios en cuidados domiciliarios.
- En lo referente a la actividad 3 *“Formación de Consejeros entre Pares dentro y fuera de los Establecimientos de Salud”*, en el trimestre de capacitó a 16 consejeros de pares, los que sumados a los ya capacitados en períodos anteriores hacen un total de 251 consejeros de pares capacitados (100% de la meta esperada para la primera fase del programa). Al cierre de este reporte, el Sub-Receptor había distribuido el total de los materiales entre los consejeros de pares capacitados, conteniendo la guía, los rotafolios y módulos (32 a los consejeros que se encuentran en actividad en el MINSa y otros 88 a consejeros de pares de provincias). Además de ello:
 - El día 14 del mes de Octubre de 2005, la actividad N° 2, a cargo de la Coordinadora Peruana de Personas Viviendo con VIH/Sida, realizó un taller de evaluación en la que se contó con población representante de los talleres implementados, así como de una representante del Ministerio de Salud (19 personas).
 - Este taller de evaluación, no sólo tuvo como objetivo el realizar un análisis FODA, también, se aplicó una prueba de entrada para evaluar el nivel de conocimientos de los CEPs después de 2 o 5 meses de haber sido capacitados. Por otro lado, el grupo ejecutor no planteó el realizar una sistematización de la actividad.
- En cuanto a la actividad 4 *“Programa de capacitación a equipos multidisciplinarios locales de salud encargados de la atención integral y del tratamiento antirretroviral de las PVVs”*, se efectuó el refuerzo de la capacitación de 44 equipos por parte del Sub-Receptor (ie. Telemedicina) y de 18 equipos por parte del MINSa (ie. capacitación en servicio). Al respecto:
 - La impresión de 200 Manuales de tratamiento antirretroviral fue programada para el mes de Setiembre del 2004; pero no se llegó a realizar debido a la espera de la Conformidad que debe ser emitida por parte del Ministerio de Salud. Aunque el MINSa emitió una norma técnica en el diario El Peruano el 03 de Noviembre del 2004, esta fue observada en la *“Reunión de Consenso para la revisión del TARV”*, convocada por la Sociedad de Enfermedades Infecciosas y Tropicales. Se trabajó una versión final del Manual, en forma conjunta con el equipo encargado de la Estrategia Sanitaria del MINSa, incorporándose observaciones y sugerencias dadas. El día 02 de Diciembre de 2005 fue enviada la última versión debidamente diagramada con el fin de obtener la aprobación respectiva para continuar con la impresión, cuya demora ha tomado más de un año en relación a lo originalmente planificado. Sin embargo, hasta el cierre de este reporte se continúa a la espera de la conformidad.
 - De modo similar al caso anterior, la impresión de 400 Guías para el Tratamiento Antirretroviral se encontraba programada inicialmente para el mes de setiembre del 2004; pero por las razones expuestas en el caso del Manual, el proceso de impresión y distribución aún no pudo ser completado. La última versión de la Guía, donde se incorporaron todas las observaciones y sugerencias realizadas por el equipo del MINSa

encargado, fue enviada a la Estrategia Sanitaria el día 12 de Diciembre del presente año. Hasta el cierre del informe el SR se encontraba a la espera de la respectiva conformidad.

- Un total de 68 médicos, entre cirujanos, internistas, pediatras e infectólogos, pertenecientes a 44 equipos de salud, culminaron el curso de Telemedicina.
- En lo referente a la actividad 5 “*Tratamientos ARV para PPVIH en fase de inmunodeficiencia*”, como se mencionó en párrafos anteriores, se tiene 3752 pacientes en TARGA en los establecimientos del MINSA, los cuales reciben TARGA a partir de 40 hospitales y centros de salud, 3 centros periféricos descentralizados, 4 ONGs acreditadas para brindar TARGA (Impacta, Vía Libre, Médicos Sin Fronteras y Hogar San camilo) y el Penal de Lurigancho, todos ubicados en un total de 22 DISAS. Respecto a la adquisición de antirretrovirales:
 - En Setiembre de 2006 se instaló el Comité de Adquisiciones para dar curso a la compra de los medicamentos ARV del segundo año. Luego de un largo proceso debido a que se trató de una compra internacional (a IDA) además de un concurso de precios para compras locales, el 2 de Diciembre CARE firmó contrato con IDA para la adquisición de los siguientes medicamentos:

Cantidad	Descripción	Unidad	Plazo de entrega	Calidad
641	Abacavir 300 mg	60 tab	12 semanas	Aprobado por FDA y OMS
3,365	Efavirenz 600 mg.	30 tab	4 semanas	Aprobado por FDA
1,526	Lamivudine 150 mg. + Stavudine 30 mg. + Nevirapine 200 mg.	60 tab	8 semanas	Aprobado por OMS
3,562	Lamivudine 150 mg. + Stavudine 40 mg. + Nevirapine 200 mg.	60 tab	8 semanas	Aprobado por OMS
552	Stavudina 40 mg.	60 cap	8 semanas	Aprobado por Malaysia (considerado como autoridad estringente)
4,181	Zidovudina 300 mg + Lamivudina 150 mg	60 tab	8 semanas	Aprobado por OMS
10,995	Lamivudine 150 mg + zidovudine 300 mg + nevirapine 200 mg	60 tab	8 semanas	Fabrica cumple con las exigencias de buenas prácticas según OMS (cii)
TOTAL				

Fuente: CARE Peru

- De la relación anterior, la llegada de las primeras remesas se estimó para los meses de Enero, Febrero y Marzo. Cabe precisar que, de acuerdo a los compromisos asumidos con el Fondo Mundial, esta adquisición debía cubrir las necesidades del país hasta el mes de Febrero de 2006. A partir de esa fecha debían ingresar los medicamentos de la fase II del Programa.
- Para cubrir el desabastecimiento de algunos medicamentos mientras se llevó a cabo el proceso de licitación, CARE Perú realizó las siguientes compras locales de emergencia de ARV:

Del 01/09/2005 al 31/12/2005

PROVEEDOR	PRODUCTO	CANTIDAD
QUIMICA SUIZA S.A.	FORTOVASE 200 MG	64,620.00

PERUFARMA S.A.	ATAZANAVIR 150 MG	26,550.00
ESKE S.R.L.	ESTAVUDINA 40 MG	19,600.00

Fuente: CARE Peru

- Al cierre de este reporte se tenía previsto recurrir a nuevas compras locales, de Efavirenz, Stavudina y otros medicamentos, para cubrir la brecha de abastecimiento mientras llegan las remesas del contrato con IDA.
- En lo que respecta a la actividad 6 “*Monitorización por laboratorio de las PVVIH*”, de manera acumulada se tiene un total de 5793 personas con VIH han recibido pruebas de monitoreo CD4 y CV desde el mes de Abril de 2004 en que se inició el monitoreo en el marco del programa TARGA (2027 mujeres y 3916 varones). Se realizaron en total 9562 pruebas de CD4 y 10723 pruebas de carga viral. Adicionalmente, 116 niños recibieron pruebas de ADN-PCR cualitativos y 36 personas con VIH recibieron pruebas de genotipificación. Además de ello, los insumos de laboratorio y pruebas de CD4 y Carga Viral adquiridas para el segundo año se han estado entregando al INS de acuerdo a lo programado.

Los nudos críticos que afectaron especialmente al objetivo 4 durante la primera fase del programa fueron:

- La aprobación de materiales de capacitación por parte de las contrapartes técnicas, retrasó impresión y distribución a beneficiarios. Los casos más significativo fueron los de la guía y manual del TARGA, que aún está en revisión sin carta de conformidad, mientras que los médicos y equipos multidisciplinares en los establecimientos de salud no cuentan con materiales de apoyo para su labor cotidiana con los PVVS..
- La ausencia de un sistema de supervisión y acompañamiento técnico por parte de la estrategia sanitaria en nivel central y DISAS (ie. Capacitaciones en servicio por ejemplo) han afectado la consolidación de algunos procesos relacionados con el programa (ie. Normas técnicas, descentralización del TARGA, etc.).
- La confusión en los procesos internos del MINSA respecto a la logística (programación, distribución) de los medicamentos ARV afectaron el avance del objetivo y la entrega de los beneficios a las PVVs.
- Durante este segundo año, se tuvo como meta la incorporación paulatina de los consejeros de pares capacitados por la actividad 2 del Consorcio VIH-4 a nivel de Lima y Provincias. Pero, por las limitaciones del presupuesto y no contar con una contrapartida, no se logró incorporar en los equipos profesionales a la totalidad de los consejeros de pares formados, por lo que no lograron constituirse en agentes de soporte para una adecuada adherencia. En la segunda fase, el programa ha contemplado la incorporación de dichos consejeros de pares destinando recursos para las operaciones por parte del MINSA, y dando un espacio inicial al diseño de un modelo social para el abordaje del TARGA.

3.1.1 *Objetivo 5: Fortalecer la respuesta de la sociedad civil y el Estado frente a la epidemia VIH/SIDA*

Esta actividad es ejecutada por el Consorcio Abriendo Caminos. El consorcio está conformado por el Colectivo por la Vda, Alianza en Acción, Peruanos Positivos, Red Peruana de Mujeres Viviendo con VIH, Colectivo Solidario de Lucha contra la TB, Universidad Nacional Mayor de San Marcos y Red SIDA Perú. Todas estas instituciones son miembros de la CONAMUSA.

Respecto a los indicadores de cobertura del objetivo, hasta el trimestre pasado 23 instituciones que conforman la CONAMUSA, participaron en los talleres de elaboración del plan estratégico de la misma y en la revisión de su Reglamento (cf. Actividad 1). El proceso de sistematización de la experiencia de la CONAMUSA se encuentra en su fase final, ya en proceso de ser aprobado por la Asamblea en el mes de Enero. En el análisis para la sistematización, participaron un total de 17 instituciones miembros de la CONAMUSA. Así, se estima que el 81% de las instituciones de la CONAMUSA ha tomado parte en los tres procesos que se consideró clave para la institucionalización del MCP peruano (plan estratégico, Reglamento y sistematización de su experiencia).

Respecto a los espacios descentralizados multisectoriales promovidos por la CONAMUSA (ie. "COREMUSAS" en la denominación del programa VIH), éstos han sido conformados ya en 5 ciudades (Lima, Callao, Iquitos, Ica y Chimbote). Todos ellos han logrado implementar las primeras actividades de su plan operativo (cf. Actividad 2). Cabe destacar que, a partir del Foro de COREMUSAS realizado por el Sub-Receptor en Octubre de 2005, se puso de manifiesto cómo la conformación de nuevas COREMUSAS se ha sentido como necesidad en algunas ciudades donde no se había previsto conformarlas (ie. Tumbes, La Libertad, etc.), lo que demuestra el importante impacto que está teniendo esta iniciativa multisectorial descentralizada en el interior del país.

En lo referente a la institucionalización de la CONAMUSA mediante un Decreto Supremo y a la modificatoria de la Ley 26626, ambas metas fueron alcanzadas en el mes de Junio del 2004 (ver al respecto informe del trimestre II – año 2004).

Acerca de la capacitación de líderes de personas afectadas para que conduzcan de manera más efectiva los procesos de abogacía y defensa de los derechos de sus pares, ésta ha culminado exitosamente, tanto para TB como para VIH. Al respecto, se han capacitado a 31 líderes potenciales (15 de TBC y 16 de VIH) y a 15 líderes experimentados (13 de TBC y 12 de VIH). Son destacables los esfuerzos realizados al interior de la actividad 5 para integrar el accionar de los grupos referidos a las dos enfermedades y para facilitar el acceso equitativo de ambos al beneficio de la capacitación del proyecto (cf. actividad 5).

Sobre los programas de ley que serían ingresados en la agenda legislativa, tanto el proyecto de VIH como el de TBC fueron ingresados al Congreso por la vía del Congresista Sr. José Luis Risco. No se optó porque lo ingrese el MINSA, a pesar de que como Ministerio tiene la autoridad para proponer legislación en su área de competencia, debido a que esto hubiera conllevado dilaciones por la revisión de asesores y del área legal del Ministerio. (cf. Actividad 3). El proyecto de Ley de VIH fue observado y devuelto a la instancia que lo presentó al Congreso para ser objeto de una revisión técnica y reformulación. El proyecto de TBC, al cierre de este reporte, se encontraba en revisión por parte de la Comisión del Congreso respectiva.

El detalle de los 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 5

Actividad	Indicador Clave		Trimestre 4 segundo año (1ro. Set - 30)	Avance total proyecto Dic. 03 - Nov. 05
-----------	-----------------	--	---	---

			Nov 05)	
Gestión y fortalecimiento de la capacidad operativa de la CONAMUSA	Número de instituciones fortalecidas a partir de su participación en la CONAMUSA (*)	Programado	0	78
		Ejecutado	17	63
		% de avance		81%
Gestión y fortalecimiento de la capacidad operativa de la CONAMUSA	Un Mecanismo Coordinador de País - CONAMUSA institucionalizado formalmente mediante: la aprobación de su plan estratégico, de su reglamento y de la sistematización de su funcionamiento hasta el año 2005	Programado	0	3
		Ejecutado	0	2
		% de avance		67%
Descentralización de la CONAMUSA	Número de espacios regionales multisectoriales (COREMUSA) instalados para descentralizar a la CONAMUSA	Programado	0	5
		Ejecutado	0	5
		% de avance		100%
Descentralización de la CONAMUSA	Número de espacios regionales multisectoriales que han implementado por lo menos la primera actividad de su plan de actividades	Programado	5	5
		Ejecutado	5	5
		% de avance		100%
Abogacía para incrementar compromisos del ejecutivo y otros decisores de política	Un Plan de abogacía desarrollado para incrementar compromisos para el abordaje de VIH/ Sida y TB/TB/MDR	Programado	0	1
		Ejecutado	0	1
		% de avance		100%
Abogacía para incrementar compromisos del ejecutivo y otros decisores de política	Número de actividades de abogacía realizadas: audiencias públicas, conferencias de prensa y eventos masivos	Programado	0	9
		Ejecutado	3	3
		% de avance		33%
Abogacía para incrementar compromisos del ejecutivo y otros decisores de política	Número de proyectos de ley sobre TB y VIH ingresados a la agenda legislativa del Congreso de la República	Programado	0	2
		Ejecutado	1	2
		% de avance		100%
Diseño e implementación de un sistema participativo de vigilancia	Un Plan de vigilancia social desarrollado (**)	Programado	1	1
		Ejecutado	0	0
		% de avance		0%
Participación equitativa y activa de organizaciones de personas afectadas en CONAMUSA	Número de personas afectadas capacitadas como Líderes	Programado	0	50
		Ejecutado	25	56
		% de avance		112%

(*) 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, “*Gestión y fortalecimiento de la capacidad operativa de la CONAMUSA*”, luego de contar con los documentos del plan estratégico (terminado en Noviembre del 2005) y de publicar el Reglamento de Funciones de la CONAMUSA en Marzo de este año, se realizó el proceso de sistematización de la experiencia de la CONAMUSA. Si bien el informe de la sistematización de la experiencia ya se encuentra listo, aún no ha sido revisado ni aprobado por la CONAMUSA, pues se espera que esto se haga en el mes de Enero de 2006.
- En lo referente a la actividad 2, “*Descentralización de la CONAMUSA*”, continúa la implementación del sistema de seguimiento y asesoría técnica a los 5 espacios regionales multisectoriales instalados. Al respecto, los avances del trimestre fueron los siguientes:
 - Las 5 COREMUSAS cuentan con un plan operativo. De dicho plan, han implementado las siguientes actividades:
 - ✓ Callao: Presentación de su plan operativo
 - ✓ Chimbote: Taller Sensibilización a comunicadores sociales
 - ✓ Ica: Taller de actualización en VIH/SIDA y aprobación del Plan operativo por el gobierno regional.

- ✓ Loreto: Taller sensibilización a comunicadores sociales, Instalación de la subcoordinadoras en Nauta y Requena y reconocimiento del Gobierno Regional.
 - ✓ Lima: presentación del Plan Operativo.
 - En el mes de Octubre se llevó a cabo el FORO Nacional “Compartiendo experiencias de Descentralización”. Se convocó a participar a los responsables de las COREMUSAS y al mismo tiempo a otras regiones donde los problemas sanitarios de la TBC y el VIH revisten importancia significativa. Asistieron 200 participantes por día de trabajo, es importante informar que hubo participación de representantes de organizaciones de base, ONGs y organizaciones gubernamentales que trabajan el tema de VIH y TB.
 - En el Foro se realizaron dos talleres: Taller de Multisectorialidad y Taller de sostenibilidad. Asistieron 60 participantes, entre ellos representantes de las COREMUSAS, Lima, Callao, Ica, Chimbote e Iquitos, así como representantes de los gobiernos regionales de Tumbes, Lambayeque, La Libertad, Arequipa, Tacna.
 - En el marco del Foro también se realizó una Feria el 26 de Octubre 2005. La Feria se desarrolló los tres días del Foro, se instaló en el patio principal del local donde éste se llevó. El lema utilizado fue “CONAMUSA nuestros avances”. El objetivo de la Feria fue mostrar los principales productos y recursos didácticos que elaboraron los 8 objetivos del programa del Fondo Mundial (cinco de VIH y 3 de TB). Cada Sub-Receptor contó con un Stand, desde el cual brindaron orientación e información sobre sus productos elaborados y los objetivos de su intervención, y también se distribuyeron folletos, trípticos y otro material de mercadeo.
- Respecto a la actividad 3, “*Abogacía para incrementar compromisos del ejecutivo y otros decisores de política*”, se ingresó al Congreso de la República la segunda propuesta de Ley, referida a la TBC (en el trimestre anterior se había hecho lo propio con VIH), con lo que se cumple la meta de esta actividad para la primera fase del programa. Ambas propuestas de Ley han pasado por un proceso de revisión por parte de la Comisión respectiva en el Congreso, siendo devuelta la propuesta de Ley de VIH para que sea reformulada luego que el MINSA la observara. Asimismo:
 - Se realizó un evento masivo (plantón) frente al Congreso de la República en el mes de Octubre, para solicitar el incremento de la inversión multisectorial en salud, especialmente en VIH. Asimismo, en el mes de Noviembre se realizó una audiencia pública seguida de una conferencia de prensa, donde la Ministra de Salud, Dra. Pilar Mazzetti, y miembros de la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA defendieron la necesidad de incrementar el presupuesto sectorial del sector salud para los temas de VIH y TBC. Asimismo, se emitieron pronunciamientos en medios periodísticos para posicionar el tema de la necesidad de incremento presupuestal para salud.
 - Lamentablemente, el presupuesto del Sector Salud no llegó a incrementarse porque no se había planteado un incremento en el presupuesto regular sino a manera de pliego ampliatorio del presupuesto solicitado para el sector. Sin embargo, el MINSA ha ofrecido a la CONAMUSA destinar los fondos que sean producto de la eficiencia del gasto durante el año fiscal 2006 a fin de reforzar el presupuesto de las Estrategias Sanitarias de TB y de VIH.
 - En relación a la actividad 4, “*Diseño e implementación de un sistema participativo de vigilancia*”, al cierre de este reporte no se contaba con la propuesta de sistema

de vigilancia social para la CONAMUSA con miras a ser implementada en la segunda fase del proyecto, tal cual era la meta de la actividad. Se logró realizar el proyecto piloto de un plan de vigilancia social para la CONAMUSA y el equipo responsable elaboró un informe al respecto, así como una propuesta de contenidos para una guía de vigilancia social a ser desarrollada en el marco de una consultoría especializada cuando se cuente con los recursos para ello en el futuro.

- En cuanto a la actividad 5 “Participación equitativa y activa de organizaciones de personas afectadas en CONAMUSA”, se inició el taller para el segundo grupo de líderes de PVVs y de pacientes con TBC que tienen experiencia en actividades de abogacía, logrando completar la meta de 56 capacitados (los últimos 25 sólo en el último trimestre). Al respecto, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos colaboró con el grupo de TB en el diseño de implementación de una jornada de 3 días que se llevó a cabo en Noviembre, y en la cual se trabajaron mediante exposiciones y grupos de tarea temas como Descentralización en salud (ie. Innovación y creatividad en salud, Cultura organizacional de las organizaciones de salud, Trabajo en equipo, Negociación y conflicto en salud, Derechos humanos y derechos en salud), vigilancia ciudadana (Introducción a la vigilancia ciudadana, Gestión de recursos Públicos, La vigilancia como mecanismo de participación ciudadana, Organizando un comité de vigilancia ciudadana, Planeamiento estratégico, etc.) e Incidencia Política. Por su parte, los líderes experimentados de PVVS tuvieron un curso más largo (de Agosto a Noviembre), en el cual trataron en profundidad los temas de Análisis de la Realidad Nacional, Abogacía y Vigilancia Ciudadana, Planificación y Gestión Organizacional.

Los nudos críticos que afectaron especialmente al objetivo 5 durante la primera fase del programa fueron:

- Especialmente en los primeros meses de la implementación del objetivo, hubo una cierta confusión de roles entre el objetivo 5 y la Secretaría Ejecutiva y/o a la propia CONAMUSA, tanto en lo que respecta al rol ejecutor como a la representatividad delegada por la Asamblea. Esta confusión se ha ido clarificando de manera progresiva a lo largo de la implementación de la primera fase del programa, y aunque no está del todo solucionada, es posible entenderla como parte del proceso de construcción institucional de la CONAMUSA y del mismo consorcio Sub-Receptor.
- A pesar de concordar con un fin común, se encontraron sobre la marcha ciertas diferencias entre los equipos que trabajan en la temática de TB y los que trabajan la temática de VIH. Ello obligó a largos procesos de búsqueda de consenso y unificación de criterios que retrasaron las actividades del Sub-Receptor.
- La decisión de que los productos que genera este Sub-Receptor deban ser aprobados por la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA retrasó en varias ocasiones las actividades del objetivo en este período de reporte, pues la Secretaría Ejecutiva tiene permanentemente una agenda de trabajo muy recargada. Esto se ha visto principalmente en las actividades de abogacía (actividad 3) y de vigilancia social (actividad 4).

3.1.2 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, el de ahorros de la primera fase 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.
 - Coordinaciones varias y asistencia técnica a las Estrategias Sanitarias Nacionales de Salud Reproductiva y de VIH, conjuntamente con la especialista de VIH del Programa, para el diseño de un plan de fortalecimiento de la Estrategia de Transmisión Vertical, a ser financiado por el presupuesto de ahorros de la primera fase.
 - CARE Perú contrató a un consultor para apoyar a la CONAMUSA y a las agrupaciones de personas afectadas en la elaboración de un plan técnicamente sustentado (marco lógico y presupuesto) para invertir los recursos de 2% del presupuesto de los Sub-receptores en la fase II que la CONAMUSA decidió otorgar a dichas agrupaciones.
- 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. Giovanni Bonfilio, los expedientes técnicos de aplicación de los Sub-receptores de los Objetivos 1, 2, 3, 4 y 5. Los resultados de este proceso 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 aprobación de los documentos técnicos y material de capacitación generados por el programa VIH, entre otras).

Supervisión, capacitación y asistencia técnica

- **Supervisión:** Los miembros del equipo de gestión ha realizado visitas a las diferentes actividades del programa, establecimientos de salud y DISAS durante el presente trimestre.
- **Asistencia técnica:** la Coordinación y especialistas del programa del programa han realizado también visitas a las sedes de trabajo de los ejecutores y coordinaciones con las estrategias sanitarias del Ministerio de Salud, a fin de brindar soporte técnico en el diseño e implementación de las actividades. Algunos temas en los que se ha proporcionado asistencia técnica específica son:
 - En la especialidad de VIH/SIDA: se participó en las reuniones de coordinación para la celebración del Día de Lucha contra el SIDA; se apoyó a la ESN ITS/VIH/SIDA en la programación de tratamientos antiretrovirales para los próximos meses y para la segunda fase; revisión de las propuestas para el segundo estudio de línea de base del programa VIH; en la representación de CARE Perú ante la Red SIDA Perú; en la elaboración y completamiento de información para las tablas de indicadores de la segunda fase del Programa; apoyo técnico y estrecha coordinación con la ESN ITS/VIH/SIDA del MINSA en el levantamiento de observaciones de la propuesta de VIH/SIDA 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:

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, la Firma consultora Pact Perú y 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 al Sub-receptor del Objetivo 5, a fin de que pueda implementarlos en una medición directa a cargo de su Coordinador de Monitoreo y Evaluación. Para el caso de la segunda medición de la línea de base de los objetivos 1 al 4 de VIH, se realizaría un Concurso por Invitación⁶.
 - 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).

⁶ 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.

- La Universidad Peruana Cayetano Heredia recibió la Buena Pro de la segunda medición de la línea de base de los Objetivos 1 al 4 de VIH, en tanto que la evaluación de medio término quedó desierta.
- 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, el Sub-receptor del objetivo 5 del Programa VIH se encontraba realizando el respectivo estudio de segunda medición de línea de base al cierre de este reporte, estimándose que el informe final será entregado en el mes de Enero.
- **Proceso de revisión del presupuesto regular y de ahorros 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 VIH la 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.
- **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.
- En lo que respecta a la adquisición de hardware para implementar el nuevo sistema de información:
 - ✓ la empresa J. Evans hizo entrega a CARE Perú en Diciembre de 90 equipos de cómputo adquiridos para el sistema de información. En el mes de Enero, CARE, en coordinación con OGEI del MINSA, realizará la distribución y entrega de dichos equipos a los establecimientos de salud beneficiarios.
 - ✓ Respecto a la Licitación de hardware, el servidor adquirido para el MINSA a la empresa J. Evans fue entregado en Noviembre al MINSA.
 - ✓ Respecto al ítem 3, referido a un servidor para el INS, fue concursado nuevamente ya que la primera vez quedó desierto. En el segundo concurso resultó ganadora la empresa J. Evans. Dicho servidor será entregado al INS en el mes de Enero.
- **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 séptimo 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 \$ 1,241,272.86. 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 se ha incrementado teniendo en cuenta los dos trimestres últimos.

El gasto acumulado del segundo año incluyendo el dinero por rendir alcanza US \$ 5,255,564.07, lo cual equivale al 46% del presupuesto del segundo año. Hay que tener en cuenta que del presupuesto de la primera fase se ha solicitado al Fondo Mundial que se traslade un poco más de US \$ 2.8 millones, del rubro de medicamentos e insumos de laboratorio.

Teniendo en cuenta que a la fecha del reporte el Fondo Mundial había realizado cuatro desembolsos por un total de US \$ 12,071,076.00. El gasto desde el inicio del proyecto equivale al 78% 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 \$ 2,660,813.00. Los Sub-Receptores han rendido sus gastos al RP por un total US \$ 2,361,950.69 que equivale al 89% (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 \$ US \$ 28,761.66, que corresponde hasta el mes de Octubre 2004. En relación a los Sub-Receptores, han recuperado hasta el mes de Noviembre US \$ 28,186.87, teniendo aun expedientes por ser revisados para su posterior devolución.

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 \$ 44,736.45.

3.2.3 Contrapartida

Con respecto a la contrapartida del gobierno peruano, la información a la fecha es la siguiente y que corresponde a la compra de ARV:

Rubro	Monto en dólares
Personal	11,728.80
Medicinas ARV	671,320.36
TOTAL	683,049.16

En lo que respecta a la contrapartida de los sub receptores la información ingresada al mes de Noviembre es:

Rubro	Monto en dólares
Objetivo 5	1,629.00
TOTAL	1,629.00

3.2.4 Subvención según áreas del programa

Al finalizar el mes de Noviembre, la subvención según áreas del programa es del 49% en el área de tratamiento, el 30% en atención y apoyo y el 21% en prevención.

3.2.5 Subvención ejecutada según entidades

Del gasto reportado, el 93% ha sido ejecutado por ONGs, el 4% por el sector académico/educativo y el 3% 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 (acápites 3.1).

4.2 Desviaciones financieras durante el trimestre

Durante este trimestre, el gasto ha mostrado un incremento, debido a que todas las actividades tomaron un ritmo más acelerado para conseguir las metas en los plazos establecidos por el programa.

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 VIH, cuatro de los Sub-Receptores trabajaron con el sistema de consorcio (Objetivos 1, 3, 4 y 5) y uno de ellos fue una organización ejecutora no consorciada (Objetivo 2).

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 consorcios y un cierto nivel de insatisfacción respecto al manejo administrativo / gestión de los Objetivos y/o niveles de participación alcanzados por las personas afectadas en algunos de ellos. No obstante, todos los Sub-receptores de la primera fase aplicaron al proceso de ratificación condicionada llevado a cabo por el Receptor Principal, e inclusive el Sub-Receptor del Objetivo 2, anteriormente organización ejecutora independiente, ha logrado aplicar a dicho proceso presentando una nueva estructura de trabajo conjunto en base a un consorcio conformado con agrupaciones de poblaciones vulnerables.

Mención aparte merece el nivel de integración alcanzado por el consorcio Sub-receptor del Objetivo 1, liderado por la ONG IES, cuya articulación y consolidación interna alcanzada ha sido reconocida por sus miembros, especialmente por la agrupación de personas afectadas que participan en aquél.

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 Ministerio de Educación (UGE y escuelas) y al Instituto Nacional Penitenciario (Sede Central del INPE y penales).

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

- La inestabilidad del equipo en la Coordinación Nacional de la ESN VIH durante el primer año del Programa (ie. el cambio de Coordinador Nacional con una brecha de varios meses entre la salida del primer Coordinador y la designación del actual Coordinador, y la rotación de varios de los miembros de por lo menos tres equipos en la ESN VIH), dificultó en un inicio la implementación de las actividades y obligó a retomar en varias ocasiones la inducción y sensibilización de las autoridades de la ESN VIH, además de retrasar la aprobación técnica de los materiales de capacitación preparados por los Sub-Receptores.
- 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 VIH, 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 es 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.
- Las debilidades encontradas en los mecanismos de coordinación intra sectorial entre las mismas instancias al interior del MINSA y de otros Ministerios que participan directa o indirectamente en el programa, cuya ausencia en determinados casos impactaron significativamente en el logro de los resultados esperados del programa, o en su cumplimiento oportuno, como por ejemplo la marcha del programa de Transmisión Vertical, la aprobación de los materiales de capacitación del Objetivo 1 o el inicio de la consultoría sobre el sistema de información para el MINSA. Se plantea la necesidad de reforzar la articulación y coordinación entre las áreas de la ESN VIH con la Oficina General de Epidemiología, con la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, con el INS y con la Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis.
- Las debilidades en el sistema de información sobre ITS/VIH/SIDA en el MINSA, así como la ausencia de un sistema de supervisión y asistencia técnica desde el nivel central a las DISAS y desde las DISAS a los establecimientos de salud y la desarticulación en el manejo de la información sobre ITS/VIH/SIDA al interior del mismo Sector, constituyeron unos de los más importantes *handicaps* para el avance del programa, el logro de las metas y el conocimiento real de la situación de la epidemia y de la intervención en el país.
- 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, Unidades de Gestión Educativa y escuelas 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 cuanto al objetivo 1, la organización PROSA señaló que “ *en el marco del proyecto del Fondo Mundial ha podido incorporar las perspectivas de la comunidad afectada, con el objeto de disminuir el estigma y la discriminación que en la actualidad persisten a causa de un alto índice de desinformación, y a su vez aumentar la sensibilidad de la comunidad en general hacia las personas que viven con VIH/SIDA*”. La participación de los afectados en este objetivo ha sido transversal, y desde el diseño de las actividades. Se aprecia un grado de satisfacción elevado respecto al grado de participación que han tenido en el diseño e implementación de actividades en este objetivo.

No se ha recibido el informe de personas afectadas para el objetivo 2 porque este Sub-Receptor no ha trabajado en la primera fase en consorcio ni con grupos de afectados.

En cuanto al objetivo 3, este Sub-receptor trabajó con dos agrupaciones de afectados: la Red de Mujeres Viviendo con VIH / SIDA y la Red de Comunicación e Información para Gams del Perú:

- La Red de Mujeres viviendo con VIH y SIDA reporta no haber tenido participación en la planificación ni diseño de las actividades del objetivo, pero sí en la implementación de algunos talleres como facilitadoras y las actividades de abogacía. Perciben que ello que ha limitado su participación a lo largo del proceso de la fase I. En las actividades referidas a la elaboración de materiales de consejería, destacan que prevaleció el punto de vista técnico en desmedro de la experiencia de los consejeros de pares que no fue incluida en los materiales como recomienda la norma técnica respectiva. Mencionan haber participado en la revisión semanal de avances al interior del SR, pero no en el diseño de las actividades ni toma de decisiones de gestión.
- Por su parte, la Red de Comunicación e Información para Gams del Perú señala haber tenido participación en el plan de abogacía y en la implementación de actividades de capacitación. Han elaborado periódicamente el boletín para abogacía de PVVs. Adicionalmente realizaron una suerte de “censo” de GAMs y se encargaron de la distribución de materiales de IEC para TV. Esta Red menciona que “*se participó activamente los días jueves en las reuniones de gestión del consorcio*”.

En lo que respecta al objetivo 4, la Coordinadora Peruana de Personas Viviendo con VIH/Sida se hizo cargo de actividades 2 y 3, pero no se ha recibido el informe de desempeño por parte de dichos grupos de afectados.

En cuanto al Objetivo 5, el Sub-Receptor trabajó tanto con agrupaciones de PVVs (Alianza en acción, Peruanos positivos, la Red Peruana de mujeres viviendo con VIH y PROSA, estando esta última organización a cargo de la actividad 5) y con ASET. De parte de los PVVs no se ha recibido sin embargo el informe de grupos de afectados. Los miembros de ASET, por su parte, sostienen que no se han sentido incluidos en la gestión de las actividades del consorcio ejecutor del objetivo 5, y mencionan además haber percibido inequidad en las relaciones al interior del mismo en lo que respecta a los pacientes de TB.

Tanto la Red de Mujeres Viviendo con VIH / SIDA como ASET demandan un sistema de monitoreo que incluya aspectos cualitativos en el seguimiento de los avances.

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 VIH 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.

La participación y colaboración de las instituciones locales es destacable, en particular respecto a los logros alcanzados en el marco de los Objetivos 1 y 5. Así, en cada Región de intervención, los Municipios, agrupaciones de jóvenes y adolescentes, ONGs, representantes locales de los Ministerios de Salud y Educación y las organizaciones sociales de base, se comprometieron con las actividades y participaron activamente en ellas, contribuyendo significativamente con los resultados del proyecto y, sobre todo, con la prevención y control del VIH. Asimismo, varios Gobiernos Regionales han hecho patente su interés en colaborar con el proyecto en adelante.

Particularmente destacable es el hecho de que representantes de instituciones y organizaciones de regiones que no fueron intervenidas hayan solicitado la instalación de COREMUSAS en sus respectivas localidades para empezar a implementar actividades contra la TBC y el VIH, lo que aporta una fortaleza especial para el inicio de la fase II del proyecto y las perspectivas de crecimiento de la CONAMUSA en el país.

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, MINEDU, 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 subgrupos 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 VIH 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, de educación 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 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)