

INFORME TRIMESTRAL

1. INFORMACIÓN GENERAL:

Programa:	Fortalecimiento de la Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú
Código de programa ¹ :	PER-202-GO2-T-00
País:	Perú
Mecanismo de Coordinación de País:	Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud – CONAMUSA
Receptor Principal:	CARE Perú
Período del programa:	1 de Diciembre del 2005 – 30 de Noviembre del 2008 (Fase II)
Período del informe:	1ro. Diciembre 2005 – 28 Febrero 2006
Fecha de entrega:	15 de Abril 2006

Glosario de términos clave

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

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

2. RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe abarca un período de reporte que se extiende desde el 1ro. de Diciembre de 2005 al 28 de Febrero de 2006, y corresponde al noveno trimestre de ejecución del componente Tuberculosis del programa “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú”. Este informe coincide con el inicio de la fase II del programa (1ro. De Diciembre de 2005 – 30 de Noviembre de 2008).

Durante este trimestre el contexto socio-político del país estuvo marcado por una intensa campaña electoral, con miras a los Comicios a realizarse el próximo 9 de Abril. En dicho marco, se difundieron diversas posiciones de los Partidos Políticos que participarán en la contienda electoral respecto a lo que serán las políticas de salud para el próximo período electoral. Asimismo, en el ínterin, las actividades del trimestre tuvieron también como contexto las semanas de vacaciones de varias instituciones y del personal de salud, con motivo de las fiestas Navideñas y de Año Nuevo (ie. mes de Diciembre y principios de Enero).

Fueron hitos importantes en este trimestre los siguientes:

- El 6 de Diciembre, luego de un proceso en el cual participaron el MINSA, INPE, Sub-Receptores, personas afectadas y demás miembros de la CONAMUSA, y después de obtener la aprobación de la CONAMUSA, el Receptor Principal hizo entrega al Agente Local del Fondo de la propuesta revisada para la fase II del proyecto, incluyendo el sustento técnico de TB-MDR solicitado. Esta propuesta fue paralelamente remitida al Fondo Mundial. Los cambios más importantes respecto a la propuesta remitida en Junio de 2005 se reflejaron en un ajuste presupuestal para respetar el nuevo límite de los montos aprobados por el Fondo Mundial para el Perú para TB y para VIH y la reformulación del objetivo 3, reduciendo el monto destinado a medicamentos que el MINSA asumiría como contrapartida y más bien reforzando las actividades del programa DOTs PLUs.
- El 30 de Noviembre de 2006, el Fondo Mundial y CARE Perú firmaron una addenda al contrato vigente del programa “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú”, a fin de extenderlo hasta el 31 de Enero de 2006 y con ello facilitar la continuidad de las actividades preparatorias de la segunda fase y las pendientes de la primera fase. Para este período, el Fondo Mundial estableció como metas mínimas las siguientes (a ser reportadas en el presente informe del noveno trimestre):
 - ✓ Ingreso de 300 pacientes adicionales a DOTs PLUS
 - ✓ Culminar las obras de mejora de infraestructura en las 9 prisiones meta del programa (que pertenecen a la fase I).
 - ✓ Contrato de los Sub-Receptores para los objetivos del programa en la fase II.
- Posteriormente, el 13 de Febrero de 2006 el Fondo Mundial y CARE Perú firmaron una segunda addenda al contrato para extenderlo hasta el 31 de Mayo de 2006, fecha que coincide con el final del Décimo Trimestre del programa. Las metas incorporadas en esta segunda addenda eran esencialmente las mismas que se presentaron para el Noveno y Décimo Trimestre al Fondo Mundial junto con la propuesta final para la fase II el 6 de Diciembre de 2006.
- En el mes de Diciembre se realizó el proceso de ratificación condicionada de los Sub-receptores del proyecto Tuberculosis, proceso que culminó el 22 de Diciembre con la firma del contrato entre el Receptor Principal, CARE Perú, y el consorcio liderado por

el Servicio de Medicinas Pro Vida, que ejecutará el objetivo 2 de este componente². En el caso de los objetivos 1 y 3, la situación ha variado respecto a la fase I: el consorcio que ejecutaba el objetivo 1 se disolvió, lo que obligó a realizar un concurso público para seleccionar al nuevo ejecutor de dicho objetivo. De otro lado, según acuerdo tomado entre las partes, a partir del décimo trimestre del proyecto el objetivo 3 será ejecutado directamente por el MINSA (ESN PCT) bajo la administración de CARE Perú.

- El 14 de Febrero de 2006, el Dr. Wilfredo Pedraza, gran soporte político de las actividades del programa del Fondo Mundial en el sistema penitenciario durante el año 2005, fue reemplazado por el Dr. Pedro Salas Ugarte en la Presidencia del INPE. Hasta el cierre de este reporte se estaban estableciendo con la nueva Presidencia del INPE las respectivas actividades de abogacía para poder contar con el apoyo de la nueva autoridad en el sector.
- El 18 de Febrero se recibió la visita del Gerente de Portafolio para América Latina del Fondo Mundial, Sr. Matías Gómez, quien se reunió con el equipo del Agente Local del Fondo Mundial y con el equipo de gestión de CARE Perú. En la reunión sostenida, se revisaron los aspectos pendientes de la fase I a nivel programático y financiero, y se establecieron las pautas a seguir para la firma del contrato de la fase II del programa en curso y del nuevo programa que implementará el Perú, perteneciente a la V ronda de financiamiento del Fondo Mundial. El Sr. Gómez tuvo la oportunidad asimismo de sostener una conferencia telefónica con la Dra. Pilar Mazzetti, Ministra de Salud y Presidenta de la CONAMUSA, en la cual se ratificó el compromiso del MINSA con la asignación de los recursos de contrapartida para el programa en lo que respecta a la adquisición de los medicamentos.

En el presente período de reporte, las actividades de los Sub-Receptores se circunscribieron básicamente a coordinar con las contrapartes la continuidad o cierre de la fase I del programa. La continuidad de las actividades en este nivel fue un poco limitada, en parte por el cambio de Sub-Receptores de los objetivos 1 y 3 y también por el hecho de que el primer desembolso para el plan de trabajo de la fase II a los sub-receptores pudo efectuarse recién el 20 de Febrero de 2006, luego de la autorización expresa que diera el Fondo Mundial a CARE Perú para ello. En el ínterin, se realizaron las liquidaciones financieras de la fase I y se terminaron diversos pendientes de dicha fase.

Entre los principales beneficios para los pacientes de TBC entregados por el programa en este trimestre, destacan el ingreso de 233 nuevos pacientes al tratamiento DOTs PLUs (141 pacientes al esquema estandarizado y 92 pacientes al individualizado), con lo que suman 3,108 pacientes apoyados directamente por el programa (cf. Más adelante se presentan datos sobre los beneficiados por todo el sistema de salud)

2875 pacientes que han recibido tratamientos anti TB-MDR en el marco del programa (2011 individualizados y 864 estandarizados- desde el inicio del programa). Sólo en el último trimestre, el avance fue de 682 nuevos pacientes de TB-MDR que ingresaron al DOTs Plus en el marco del programa. Además de ello:

- En la primera semana de Marzo culminó el concurso público 001-2006, que dio como ganador al consorcio liderado por ADRA OFASA, para ejecutar el objetivo 1 del programa Tuberculosis. Al cierre de este reporte, se habían iniciado las

² Este mismo consorcio ejecutó en la fase I dicho objetivo, pero bajo el liderazgo de otro de sus miembros, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Los miembros del consorcio decidieron rotar la responsabilidad del liderazgo del mismo para la ejecución de la segunda fase.

coordinaciones entre el consorcio ganador con ASET y el Receptor Principal, CARE Perú, para la firma del contrato. De otra parte, durante los meses de Diciembre, Enero y Febrero, el líder del consorcio de la primera fase, el Servicio de Medicinas Pro Vida, asumió la responsabilidad de mantener en curso las actividades más importantes del objetivo para que no se retroceda o se deterioren las metas alcanzadas. Esto se hizo mediante la implementación de un Plan de Contingencia para el período de transición, desarrollado en coordinación con Alternativa, GRESP, ISDEN y la Red Solidaria de Enfermos de TB. Así, en este período el SM Pro Vida reportó lo siguiente: la aprobación por acuerdo de Concejo de dos planes distritales más de Lucha contra la TBC, con lo que se totalizó 12 distritos con sus planes locales contra la TB avalados por sus respectivos Concejos Municipales; se culminó y entregó los últimos 9 acondicionamientos de infraestructura para las áreas de la ESN PCT en los Establecimientos de Salud de los AERT-TB, con lo que se completan los 70 establecimientos de salud en AERT-TB con mejora de infraestructura; se concluyó con la distribución de los materiales de capacitación impresos de los módulos del primer y segundo año a todos los establecimientos de salud que participaron en los talleres educativos; de los S/. 65,050.00 prestados en la primera fase del programa (cf. Actividad 6), hasta el mes de Febrero de 2006 se habían recuperado S/. 30,081 de las SPI (Sociedades Populares de Inversión).

- En el objetivo 2, en este período de reporte se realizó la prueba de baciloscopía a 1960 sintomáticos respiratorios de los 27 penales de intervención, de los cuales 112 resultaron BK positivos; 2018 personas privadas de su libertad fueron expuestas a actividades de Comunicación para el Cambio de Comportamiento, producto de la continuidad de actividades de la fase I en los penales de intervención; 803 personas privadas de su libertad fueron tamizadas adicionalmente a las 19,635 que se reportaron en la fase I, lo que hace un total de 20438 PPL tamizados; 136 PPL VIH + recibieron seguimiento y atención médica durante este período, y 19 de ellos recibieron tratamiento antiretroviral. Respecto a los pendientes de la fase I, se culminó la distribución de las guías de tratamiento en DOTs, DOTs PLUs y co-infección a los 83 penales del país y se inauguraron 3 obras más de mejora de infraestructura en los servicios de salud de los penales de Chiclayo, Huánuco y El Callao, con lo que se totalizan 6 de 9 obras previstas culminadas.
- En cuanto al Objetivo 3 del programa, se atendió la atención complementaria de los 233 pacientes que ingresaron en el período de reporte (interconsultas por complicaciones y exámenes auxiliares, víveres para contactos, apoyo con alojamiento, etc.) y se mantuvo operativa la Unidad Técnica de Tuberculosis, mediante la cobertura de costos fijos de su operación así como el pago del personal técnico que allí labora, lo que incluye a 18 enfermeras que realizan las coordinaciones con las DISAS y establecimientos de salud que brindan DOTs PLUS. Respecto a los laboratorios descentralizados pendientes (Callao y Lima Este), el Sub-Receptor. Socios en Salud, no ha reportado avances en este período.

La información reportada en este documento será compartida con la CONAMUSA en el mes de Mayo, debido a la recargada agenda tanto del equipo de gestión del Receptor Principal como de los miembros de la CONAMUSA.

En lo que respecta a los avances financieros, desde el inicio del programa en el Perú en Diciembre del 2003 hasta el 28 de Febrero del 2006, el gasto asciende a US\$ 18,407,385.06 (US \$ 18,405,148.52 de la fase I y US \$ 2,236.54 de la fase II), correspondiendo un monto de US \$ 3,502,917.11 a lo gastado en el último trimestre (3,500,680.57 de la fase I y US \$ 2,236.54 de la fase II). Este gasto incluye el realizado

por el Receptor Principal y las rendiciones aprobadas e ingresadas al sistema contable de CARE. Un adicional de US\$ 348,911.46 (US \$ 210,487.03 fase I y US \$ 138,424.43 fase II) ha sido desembolsado pero aún no rendido o ingresado al sistema contable de CARE, con lo cual el gasto asciende a US\$ 18,756,296.52. Teniendo en cuenta que a la fecha de este reporte el Fondo Mundial había realizado 04 transferencias por un total de US \$ 19,619,748, el gasto total (rendido y no rendido) equivale al 95.60 % de lo desembolsado. A continuación se describe el avance alcanzado hasta el 28 de Febrero del 2006 en lo que respecta al desarrollo de las actividades generales del programa y a la ejecución programática y financiera de los Sub-Receptores.

3. ACTUALIZACIÓN DE LOS AVANCES PROGRAMÁTICOS Y FINANCIEROS

3.1 Resultados concretos alcanzados vs. metas³

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

El Sub Receptor de este objetivo en la fase I, el consorcio “Colectivo Solidario”, se disolvió en Diciembre pasado. Ello motivó que el Receptor Principal, en estrecha coordinación con la CONAMUSA, convoque la nueva Licitación Pública 001-2006 CARE PERU, para seleccionar al consorcio que ejecutará este objetivo en la fase II del programa. El concurso fue convocado el 22 de Enero de 2006, y en la primera semana de Marzo se tenía ya como ganador al consorcio conformado por el Servicio de Medicinas Pro Vida, el Imperial College of London y ADRA-OFASA (este último como líder del mismo). En el ínterin, para evitar una brecha en la ejecución de las actividades y velar por el logro de las metas pendientes de la fase I, el Servicio de Medicinas PRO-VIDA, que había sido líder del consorcio Colectivo Solidario de la fase I, asumió la responsabilidad de continuar las actividades en una fase denominada “de transición”, la cual se extendió desde el 1º de Diciembre de 2005 hasta el 14 de Marzo de 2006.

Acerca de los avances en términos de los indicadores de cobertura⁴ generados por el programa DOTs del Ministerio de Salud, cabe precisar que varios de los indicadores muestran información de carácter anual. No obstante ello, una parte de la información es recolectada trimestralmente por el MINSa pero procesada y analizada cada seis meses por los equipos de la ESN PCT a nivel nacional, en encuentros nacionales especialmente organizados para ello, por lo que la información disponible suele ser semestral. En este contexto, los datos que se reportan a continuación corresponden al avance en el año 2005, que es la última información disponible en el MINSa.

Nro.	Nombre del indicador	Línea de base	Meta para el trimestre IX	Estado actual	Fuente
------	----------------------	---------------	---------------------------	---------------	--------

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

⁴ Ie. Operacionales de acuerdo a la denominación del MINSa

1.1	Número y porcentaje de PVVS que reciben quimioprofilaxis para Tuberculosis (INH)	1241 (2003, MINSAs)	---	1230 56%	MINSAs, 2005
1.2	Número y porcentaje de personas que abandonan el Programa DOTs	676 4.8%(2003, MINSAs)	---	665 4.2%	MINSAs, 2005
1.3	Número de pacientes bajo tratamiento DOTs	18546 (2003, MINSAs)	51,249	36,779	MINSAs, 2005
1.4	Ratio de detección de casos del Programa DOTs	83% (2004, OMS)	90%	18490 96,7%	MINSAs, 2005
1.5	Número y porcentaje de pacientes y sus familias en los AERT-TB que reciben programas educativos sobre el control integral de la TBC y abogacía en derechos humanos	5.1%(2004, RP SM&E)	50%	5.2%	SM&E SR, 2005

Fuente: ESN PCT - MINSAs, Marzo 2006

En cuanto a la cobertura de Quimioprofilaxis, se ha protegido a 56% de las PVVIH estimadas para el año 2005. El indicador considera el número de casos que ingresa a tratamiento preventivo en personas viviendo con VIH que acuden a la ESN PCT a nivel nacional.

La proporción de los pacientes que abandonan el DOTs describe la eficiencia del trabajo de la ESN PCT. En el año 2005 se mantuvo el porcentaje de abandonos en 4,2% a pesar de los ajustes y capacitación realizados desde el nivel central (ESN PCT) con apoyo del programa. Se esperaría que en los próximos meses empiecen a evidenciarse los resultados del apoyo otorgado al MINSAs en las nuevas cifras que reporte el sector.

El número de casos de TB FP+ (baciloscópicos) que se encuentran bajo tratamiento con drogas de primera línea (estrategia DOTs), se refiere al número de casos que se espera incluir en DOTs a fines de la primera fase. Se refiere solamente a pacientes identificados como Frotis Positivo. En el año 2003, fueron 18546 (LB). En el año 2004, los pacientes en DOTs fueron 18490 y en el año 2005 fueron 18289 pacientes en DOTs. Entre los años 2004 y 2005 se tuvo, por tanto, 36,779 pacientes en DOTs. Para los próximos meses se espera un quiebre en la captación de casos para el programa DOTs y su consecuente incremento, debido a que la ESN PCT ha establecido como prioridad en su plan estratégico intensificar la captación de sintomáticos respiratorios en todas las DISAs. Lo anterior debe arrojar en un corto plazo un mayor número de casos ingresando a DOTs y posteriormente la disminución del número de casos debido a la ruptura de la cadena epidemiológica.

Lo anterior es aplicable también al ratio de detección de casos del programa DOTs, que en el año 2005 alcanzó el 96.7% de los casos programados por el MINSAs. Cabe mencionar que este logro debe interpretarse en el marco de las programaciones anuales

que realiza el MINSA para el sistema de salud, el cual tiene como base la cantidad de pacientes que anualmente llegan al sistema (base histórica de atención de pacientes) más un porcentaje constante establecido por la autoridad sanitaria. Esta forma de programación es diferente de la utilizada por la OMS, entidad que aplica ajustes estadísticos estandarizados para todos los países, razón por la cual el ratio de detección de casos reportado aquí puede ser diferente al reportado por la OMS para el Perú para el mismo año de reporte.

En lo referente al avance de los indicadores de cobertura generados por el Sub-Receptor en estrecha coordinación con la ESN PCT del MINSA, la segunda medición del estudio de línea de base (medición al final del año 2 de la ejecución), reportó un escaso avance en términos del indicador "Número y porcentaje de pacientes y sus familias en los AERT-TB que reciben programas educativos sobre el control integral de la TBC y abogacía en derechos humanos". A pesar de que la Actividad 4 capacitó en la fase I del programa a 8,172 enfermos de TB (entre capacitaciones directas y réplicas en cascada), sólo el 13.5% de los pacientes encuestados respondieron que han sido capacitados en el control integral de la TB y defensa de los derechos humanos (53 de 393 encuestados). Esto se debe a que el mayor porcentaje de encuestados (66.2%) tenía sólo 3 meses de tratamiento o menos. Los temas mencionados por los pacientes fueron: Nutrición (45.5%), prevención o control de TB (38.7%), tratamiento de la TB (38.4%) y derechos humanos (14%). Para el caso del indicador referido a la capacitación de los familiares de los enfermos, sólo se ha encontrado una cobertura de cumplimiento del 3.1% (48 de 1550 encuestados). Este último resultado es atribuible a la escasa participación de los familiares de los pacientes de TB en las actividades de capacitación y también a la elevada rotación de pacientes, que ha afectado la sostenibilidad de los logros en todo lo que es el trabajo organizativo y de capacitación de pacientes de este objetivo. No obstante ello, se supo que en la fase I por lo menos 1 familiar de cada paciente logró ser capacitado, especialmente en lo que respecta a temas de nutrición.

Respecto a las actividades de la fase I que estaban pendientes de culminación y/o avances respecto a las metas de actividad logradas en la fase I, en este período de reporte el Sub-Receptor:

- Actividad 1: han continuado las coordinaciones con los comités de lucha contra la TB conformados en los distritos de intervención, con miras a implementar los planes de Lucha contra la TB generados en la fase I. Asimismo, se logró que dos Concejos de Regidores, los de los Municipios de Villa María del Triunfo y San Juan de Miraflores, aprobaran los Planes Distritales de Lucha contra la TB respectivos mediante acuerdos de Concejo.
- Actividad 2: se concluyó con la distribución de los materiales de capacitación impresos de los módulos del primer y segundo año a todos los establecimientos de salud que participaron en los talleres educativos;
- Actividad 3: culminó las 9 obras de acondicionamiento para mejorar los servicios de TB en los siguientes establecimientos de salud en AERT-TB (no obstante continúan las coordinaciones con las DISAS para lograr su recepción, ya que todavía se encuentran resistencias para firmar las actas de recepción de obra respectivas):
 - ✓ San Martín de Porres
 - ✓ Daniel Carrión
 - ✓ Leonor Saavedra
 - ✓ Villa San Luis
 - ✓ Delicias de Villa
 - ✓ San Roque

- ✓ Portada de Manchay
- ✓ Juan Pablo II
- ✓ San Genaro
- Actividad 6: de los S/. 65,050.00 prestados en la primera fase del programa a las Sociedades Populares de Inversión – SPIs- (cf. Actividad 6), hasta el mes de Febrero de 2006 se habían recuperado S/. 30,081.

Este objetivo no presenta aún logros referidos al plan operativo de la fase II del programa, debido a que al cierre de este reporte aún se encontraba en proceso la selección y firma del contrato con el nuevo Sub-Receptor y, por ende, su plan operativo está aún por definirse en base a la propuesta técnica presentada y las necesidades del programa.

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

Fue ratificado el Sub Receptor de este objetivo, consorcio conformado por la ONG CEPESJU, el Servicio de Medicinas PRO-VIDA y por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. El consorcio decidió rotar el liderazgo del mismo al Servicio de Medicinas Pro Vida.

De otra parte, en la fase II, la actividad 4 de este objetivo, referida a las mejoras de infraestructura en los servicios de salud de los establecimientos penitenciarios, es ejecutada directamente por el Receptor Principal, CARE Perú, en estrecha coordinación con el Instituto Nacional Penitenciario – INPE y el Ministerio de Justicia – MINJUS.

Acerca de los avances en términos de los indicadores de cobertura⁵ generados por los programas DOTs, DOTs PLUS y TARGA del INPE en los penales que participan directamente en el programa, los últimos datos con que se cuenta son los del mes de Diciembre del año 2005. Aún se encuentra en proceso sin embargo la consolidación del sistema y del flujo de información al interior de los penales con la sede central del INPE y con la ESN PCT del MINSA. Con los resultados del estudio de línea de base que está en curso, se conocerá el avance de los indicadores operacionales en el año 2005 hacia el mes de Enero de 2006.

La información disponible a la fecha es la siguiente:

Nro.	Nombre del indicador	Línea de base	Meta para el trimestre IX	Estado actual	Fuente
2.1	Número y porcentaje de casos de TB curados en los penales bajo el Programa DOTs	66 69% (2003, INPE)	402 80.4%	90 88%	INPE, 2005

⁵ le. Operacionales de acuerdo a la denominación del MINSA

2.2	Número de nuevos casos de TB diagnosticados por año	317 (2003, INPE)	510	318	INPE, 2005
2.3	Número de nuevos casos de TB-MDR diagnosticados por año	10 (2003, INPE)	58	52	INPE, 2005
2.4	Proporción de casos de TB-MDR registrados bajo tratamiento DOTs PLUs	10 100% (2003, INPE)	100%	48 92%	INPE, 2005
2.5	Número de servicios de salud en los penales meta con ambiente adecuado para evitar la transmisión de TB	0 (2003, INPE)	9	6	RP SM&E, 2006
2.6	Número de PPL alcanzados por actividades de Comunicación para el cambio de comportamiento	0 (2003, RP SM&E)	2,000	2,018	SR SM&E, 2006
2.7	Número de personas en 27 penales meta recibiendo pruebas rápidas de VIH y consejería pre-test y post test	0 (2003, INPE)	22,339	20,438	INPE, 2006
2.8	Número de PPL VIH+ recibiendo tratamiento antiretroviral	0 (2003, INPE)	23 23%	19 86%	INPE, 2005
2.9	Número de PPL VIH+ que reciben seguimiento médico y asistencia	132 (2003, INPE)	180 49%	139 80.47%	INPE, 2005

Fuente: Coordinación Nacional de Salud del INPE, 2005

Una parte importante de la información que se presenta en la tabla precedente proviene de la segunda medición de los indicadores del programa, estudio ad-hoc realizado en base a los registros de los servicios de salud de los penales en los cuales interviene el programa para conocer el estado de los indicadores, ya que el INPE aún no tiene consolidado un sistema de información que permita acceder a esta información desde su nivel central. No obstante lo anterior, el Sub-Receptor ha recibido la tarea en su nuevo plan operativo (fase II del programa) de fortalecer el sistema de información del INPE, con miras a poder contar con esta información de manera más oportuna y validada desde la Coordinación Nacional de Salud del INPE. Asimismo, algunos de los datos presentados podrían estar sub-reportados, ya que no se ha considerado en esta recolección de información al universo de penales del sistema penitenciario (83) y además de ello no todos los penales intervenidos cumplieron con enviar oportunamente su información (caso

por ejemplo, de las pruebas rápidas o de los PPL VIH+ que han recibido seguimiento médico).

Los indicadores referidos a la búsqueda de pacientes con TB y TB-MDR están aún (levemente) por debajo de lo esperado (2.2 y 2.3). Esto probablemente tenga su explicación en que los procesos de detección de casos (búsqueda de sintomáticos respiratorios, diagnóstico de casos, pruebas de sensibilidad) aún se encuentran consolidando procesos tanto al interior del INPE como los procesos de referencia y contrarreferencia entre el INPE y el MINSA (ESN PCT e NS). Dado que la propuesta de la fase II intenta reforzar dichos procesos, en especial los de interacción INPE-MINSA, se espera que a finales de este año se empiece a ver un repunte en estos indicadores.

Por su parte, los indicadores referidos a la eficacia de la intervención en TB muestran valores bastante aceptables, inclusive porcentualmente por encima de la meta fijada en el caso del DOTs. No obstante aún no se puede afirmar que estos valores reflejen la intervención apoyada por el Fondo Mundial (ie. Capacitaciones intensivas al personal de los penales, equipamiento y mejora de la infraestructura de los servicios de salud, emisión de normas regulatorias enfocadas en la prevención y control de la TB y del VIH, etc.), ya que se trata de pacientes de cohortes del año 2004. En los próximos reportes se podrá apreciar con mayor certeza el efecto de la intervención apoyada por el Fondo Mundial.

Los indicadores referidos a la intervención en VIH/SIDA muestran, en primer lugar, un lento avance en lo que respecta a los tamizajes mediante pruebas rápidas y consejería a los PPL. En este período de reporte solamente se han logrado aplicar un adicional de 803 pruebas rápidas con consejería a las personas privadas de su libertad, lo que hace que se mantenga pendiente todavía 1901 pruebas aplicadas de la fase I del proyecto. El período Diciembre – Enero se trata por lo general de un período de baja actividad en los servicios de salud por las fiestas de fin de año, lo cual podría explicar el enlentecimiento del tamizaje en este período al interior del sistema penitenciario.

En cuanto a los pacientes PPL VIH+ que reciben seguimiento y atención médica, el valor reportado será ajustado en el siguiente reporte, ya que no se ha terminado de consolidar el sistema de registro de este dato en los registros de salud del INPE (hasta la fecha se estaban registrando atenciones y no atendidos) y se ha identificado asimismo un sub-reportaje de los casos de PPL VIH+ que realmente existen en los penales del país⁶. No obstante, se ha estimado la brecha entre los VIH+ que han recibido la atención médica respectiva y los que no la recibieron en 19.13%, lo que es explicado por el INPE en función a que un grupo importante de PPL VIH+ han sido absorbidos por las condiciones de vida marginales que predominan en los penales (ie. PPL con problemas de drogadicción o cuya voluntad está co-optada por la mafias al interior de los establecimientos penitenciarios). El INPE está trabajando intensivamente, con el apoyo del Fondo Mundial y de otras fuentes cooperantes, para hacer prevalecer el derecho a la salud en un contexto tan complejo como lo es el penitenciario.

⁶ Dada la falta de información en el sistema penitenciario para conocer este indicador, se ha estimado que si la prevalencia de VIH en PPL es de 1% de la población, y la población de los 9 penales de intervención en el año 2005 fue de 16,908, se esperaría que existan 169 casos de VIH. La elevada rotación de los PPL y la falta de registros de salud actualizados no han permitido al cierre de este reporte conocer el número exacto de PPL VIH+ correspondiente.

Finalmente, en cuanto a los PPL VIH+ de acuerdo al informe de la Estrategia Nacional de VIH del MINSA, 19 pacientes PPL de los penales de Lurigancho y Sarita Colonia se encuentran recibiendo TARGA y otros 3 se encuentran en la lista de espera (Penal Castro Castro). Se sabe que hay un pequeño grupo de pacientes en otros penales del país que son VIH + y que reciben tratamiento antirretroviral, pero al parecer se trata de pacientes que reciben los ARV por fuente privada, por lo que no han ingresado a las estadísticas del MINSA (este dato se completará para el siguiente trimestre). 13 PPL adicionales se encontraban al cierre de este reporte en proceso de evaluación clínica para decidir su ingreso a TARGA.

En lo referente al avance de los indicadores de cobertura generados por el Sub-Receptor en estrecha coordinación con el INPE y con la ESN PCT del MINSA, se tiene que 1966 PPL fueron alcanzados por las actividades de comunicación para el cambio de comportamiento (básicamente jornadas informativas) que se realizaron en este trimestre en los penales de Arequipa, Ayacucho, Ica, Lima (Lurigancho, Castro Castro), Callao, Cañete, Huanuco, Junín, Cusco y Tumbes.

Finalmente, respecto a las obras de infraestructura que ejecuta CARE directamente con el MINJUS y el INPE, en este período de reporte se culminaron y entregaron con el equipamiento médico respectivo, 3 obras más en los servicios de salud de los penales de Chiclayo, Huanuco y Sarita Colonia (este último en El Callao). Estas, sumadas a las de Piura, Trujillo e Ica entregadas en el período anterior, totalizan 6 de las 9 obras previstas para la primera fase del programa. De la fase I, sólo restan culminar 3 obras en el trimestre X: Arequipa y Castro Castro en Lima, cuya finalización se estima para Abril, y la clínica de Lurigancho, cuya finalización se estima para Mayo. La demora se ha debido, principalmente, a los procedimientos del Sistema Nacional de Inversión Pública que retrasaron el inicio de las mismas en la fase I del programa. En la fase II se construirán obras en otros 18 penales.

Adicionalmente a lo anterior, en la línea de bioseguridad pendiente también la fase I del programa, el albergue de aislamiento de pacientes de TB-MDR y co-infección en el penal de Lurigancho, construido con recursos del INPE, se inaugurará en el mes de Marzo. Asimismo, la aprobación y publicación de la norma sobre bioseguridad preparada y consensuada con las autoridades de los penales, denominada "Medidas para la prevención de la transmisión de la tuberculosis en los establecimientos penitenciarios a nivel nacional", ha quedado en stand by por el cambio de autoridades en el INPE, por lo que se espera que una vez estabilizado el sistema penitenciario y consolidadas las actividades de abogacía del programa con el nuevo Presidente, pueda darse la promulgación de la norma a más tardar en el trimestre X. Al cierre de este reporte, dicha propuesta de norma se encontraba en revisión en el área legal del INPE.

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

Tabla resumen de resultados por actividad del Objetivo 2⁷

Código	Actividad	Indicador	Estatus	Total	TX
--------	-----------	-----------	---------	-------	----

⁷ Según instrucciones del Fondo Mundial: 80% a más de avance = color verde; menos de 80% de avance = color rojo.

				año 3	
1	Detección oportuna y tratamiento de TB en 27 penales con mayor población.	22000 PPL de los 27 penales más grandes que reciben detección temprana de Tuberculosis	Programado	7000	1740
			Ejecutado	1960	1960
			%	28%	113%
1	Detección oportuna y tratamiento de TB en 27 penales con mayor población.	Número de PPL con TB FP+ and TB MDR que se encuentran en pabellones de población general	Programado	105	0
			Ejecutado	0	0
			%	0%	#¡DIV/0!
2	Programa de Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC) para el control de TB dirigido a los internos de los 27 penales con mayor población	45000 PPL expuestos a actividades de CCC	Programado	15000	2000
			Ejecutado	2018	2018
			%	13%	101%
2	Programa de Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC) para el control de TB dirigido a los internos de los 27 penales con mayor población	Nro. de PPL promotores/as de salud formados (15 mujeres)	Programado	550	550
			Ejecutado	0	0
			%	0%	0%
3	Plan de control de infecciones en TB	18 servicios de salud que tienen ambientes adecuados para evitar la transmisión de TB (*)	Programado	10	0
			Ejecutado	9	9
			%	90%	#¡DIV/0!
4	Oferta de pruebas rápidas de VIH en Penales	21000 PPL en 27 penales que han recibido pruebas rápidas y consejería de VIH	Programado	6000	1500
			Ejecutado	803	803
			%	13%	54%

5	Atención integral a PPL con VIH con riesgo de enfermar de TB.	330 PPL con VIH que reciben seguimiento médico y asistencia (Atención médica, Sicológica, Social y TARGA de ser necesario)	Programado	220	180
			Ejecutado	136	136
			%	62%	76%
5	Atención integral a PPL con VIH con riesgo de enfermar de TB.	Nro. De PPL con VIH que reciben tratamiento antirretroviral	Programado	36	9
			Ejecutado	19	19
			%	53%	211%
6	Apoyo sistema de información-monitoreo y evaluación del Salud del INPE	Nro. De sistemas de información, monitoreo y evaluación para el área de salud del INPE	Programado	1	0
			Ejecutado	0	0
			%	0%	#DIV/0!

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

(**) En el caso de PPL atendidos (actividades 5 y 6), el carácter no acumulativo del indicador debe interpretarse con la variable adicional de pérdida de casos porque algunos internos fallecieron o se retiraron del penal por cumplir su sentencia o declararse su inocencia.

En cuanto a las actividades del plan operativo, el INPE logró realizar la prueba de baciloscopia a 1960 sintomáticos respiratorios en este trimestre, como parte de las actividades de detección temprana de la TBC.

Así también, en este período de reporte, el Sub-Receptor informa no haber avanzado mucho en lo que respecta a las actividades que tiene a su cargo debido a que el desembolso para realizar las actividades llegó a fines del trimestre (mes de Febrero). En su lugar más bien, en este período se dedicó esencialmente a realizar las coordinaciones necesarias con la contraparte técnico-sectorial (Coordinación Nacional de Salud del INPE) a fin de consensuar los contenidos del plan de trabajo y la forma de gestión de los recursos del programa. En este marco, la actividad que ha tenido una reprogramación importante es la referida a la capacitación de nuevos promotores de Comunicación para el Cambio de Comportamiento en los nuevos 16 penales en los cuales no se intervino en la fase I. Dicha capacitación se ha postergado para el mes de Abril.

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

El Sub-Receptor de este objetivo fue, hasta el trimestre que se reporta en este documento, la ONG Socios en Salud (SES), con la co-participación con la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del MINSA (ESN PCT). A partir del próximo trimestre, y en atención a un acuerdo tomado entre las partes para

asegurar la ejecución más eficiente del objetivo 3 del programa, la ejecución del objetivo estará a cargo de la ESN PCT del MINSA con recursos administrados por CARE Perú.

Acerca de los avances en términos de los indicadores de cobertura⁸ generados por el programa DOTs PLUS del Ministerio de Salud con el apoyo del programa TB del Fondo Mundial, la Unidad Técnica (UT) de la ESN PCT del MINSA reporta la siguiente información para el noveno trimestre del programa (acumulativa desde el año 2003 -inicio del Programa del Fondo Mundial, año 2004 y año 2005 hasta el 14 de Marzote 2006) para el indicador “Número y porcentaje de pacientes con diagnóstico de TB-MDR que reciben tratamiento DOTs PLUs”:

Cobertura de retratamientos 2003 – 2006¹

Esquema		2003 (Set-Dic 03)	2004	2005	2006	Total general
Estandarizado	Iniciados	289	1008	1042	52	2391
	Aprobados	318	1176	1353	243	3090
	%	90.88%	85.71%	77.01%	21.40%	77.38%
Individualizado	Iniciados	172	588	552	19	1331
	Aprobados	259	743	680	140	1822
	%	66.41%	79.14%	81.18%	13.57%	73.05%
Empírico	Iniciados			196	16	212
	Aprobados			332	92	424
	%			59%	17%	50%
Total	Ingresados	461	1596	1790	87	3934
Total	Aprobados	577	1919	2365	475	5336
Indicador “Porcentaje de pacientes con diagnóstico de TB-MDR que reciben tratamiento DOTs PLUs”		80%	83%	76%	18%	74%

Fuente: UTTBMDR/ESNPCTB/DGSP/MINSA/PERU

¹ Actualizado al 18/04/2006

NOTA: Información sujeta a actualización diaria.

S/I: Sin Información: 51 casos que no cuentan con información. No se han incluido en el cálculo

Un total de 3934 pacientes que han ingresado al tratamiento DOTs PLUs desde Setiembre de 2003, en que se inició el apoyo del Fondo Mundial, sobre un total de 5336 pacientes aprobados por el Comité de Evaluación de Retratamientos Nacional y por los CERIs (nivel local).

De los ingresantes, el MINSA informa que 2391 pacientes ingresaron al esquema de tratamiento estandarizado, 1331 al individualizado y 212 al empírico. Cabe precisar que el 18 de Abril, fecha de cierre de esta información en el MINSA, algunas DISAS no habían

⁸ le. Operacionales de acuerdo a la denominación del MINSA

terminado de reportar sus ingresos y/o sus aprobaciones, por lo que a nivel del MINSA hay todavía un sub-registro (esto se hace extensivo a las aprobaciones de ingreso, que también están sub-registradas). En cambio, Socios en Salud contaba con un registro de pacientes actualizado prácticamente en tiempo real y que era cruzado oportunamente con el sistema de entrega de medicamentos, pues ambos eran sistemas de registro administrados por SES.

Al estimar con la UT de la ESN PCT este indicador de manera retroactiva, se aprecian modificaciones respecto a la cifra que la misma UT nos proporcionó en Diciembre de 2005. La ESN PCT ha explicado que esta aparente discrepancia se debe a lo siguiente: la información es tomada por diferentes fuentes de información (SES y la Unidad Técnica de la ESN PCT), en diferentes fechas de cierre de información. Hay además desfases entre la información proveniente de SES y la de la UT, debido a que no todos los pacientes ingresados a retratamiento son informados a la UT (como debería ser por tratarse del MINSA), sino directamente a SES, porque esta institución es la que administraba los medicamentos. Usualmente, el número de ingresados informados por SES es mayor al que reporta la UT del MINSA porque, desde años atrás, se ha distorsionado las normas y procedimientos inherentes al programa de TB. Es decir, En el período en que Socios en Salud ejecutó el objetivo 3 (y aún desde mucho tiempo atrás, cuando se implementaba el proyecto colaborativo con la Universidad de Harvard), tanto las enfermeras supervisoras contratadas por el Sub-Receptor como los promotores de las redes se aseguraron de mantener al día el recojo de la información respectiva. Es en parte por esa razón que SES contaba con información al día. Sin embargo, a partir del presente trimestre este recojo de información ya no será llevado de esa manera y recae sobre los sistemas regulares del MINSA (UT de la ESN PCT) el completamiento de la información. En ese nivel, continuará en lo esencial el problema de la sub-cobertura de la información, que no llega al 100% en los períodos de reporte, es decir, que existen DISAS que se retrasan en el envío de su información, a veces hasta varios meses (cf. Reporte trimestral anterior).

Además del aspecto del sub-registro de la información y tardanza en la llegada de los expedientes de ingresados o aprobados desde las DISAS a la UT del MINSA, el 74% de cobertura de retratamientos se explica en la cantidad de pacientes fallecidos antes de su ingreso efectivo al tratamiento al DOTs PLUS (ie. antes de la primera toma de medicamentos) ó a aquéllas personas que por diversos motivos no llegan a ingresar al tratamiento a pesar de haber sido aprobadas para ello (no desean seguir el tratamiento, viven en una zona en la que no se brinda el tratamiento y el proceso de su traslado a una zona cercana a la DISA respectiva donde pueda seguir su tratamiento, tienen problemas de índole social que impiden que hagan efectivo su ingreso, etc.).

En lo que respecta al ingreso de pacientes en el marco del programa financiado por el Fondo Mundial, Socios en Salud reportó 141 pacientes ingresados al esquema estandarizado y 92 ingresos al tratamiento individualizado, lo que totaliza 233 pacientes adicionales ingresados en el período. Estos pacientes, sumados a los 2875 pacientes que ingresaron en la fase I del programa por el lado de Socios en Salud, totalizan 3,108 pacientes ingresados a DOTs PLUs con apoyo del Fondo Mundial

A continuación, el detalle de los 233 pacientes que ingresaron a DOTs plus en el presente período de reporte (cf. Actividad 1):

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

DISA	PACIENTES
ANCASH	0
AREQUIPA	1
ICA	4
LA LIBERTAD	3
LAMBAYEQUE	1
CALLAO	12
LIMA CIUDAD	7
LIMA ESTE	31
LIMA NORTE	11
LIMA SUR	22
Total General	92

Pacientes TB-MDR atendido por el programa según status al cierre del período (RTI)

FALLECIO	1
EN TTO	91
Total General	92

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

DISA	PACIENTES
ANCASH	5
AREQUIPA	
ICA	7
LA LIBERTAD	5
LAMBAYEQUE	1
CALLAO	13
LIMA CIUDAD	17
LIMA ESTE	41
LIMA NORTE	21
LIMA SUR	31
Total General	141

Pacientes TB-MDR atendido por el programa según Status al cierre del período (RTE)

CONDICION DEL PACIENTE	PACIENTES
FALLECIO	2
EN TTO	139
Total General	141

Otros avances en relación con la actividad 1 durante este trimestre fueron:

- 243 pacientes tratados por complicaciones
- 94 pacientes tratados con exámenes y métodos auxiliares
- 26 pacientes nuevos y continuadores tratados con interconsultas
- 54 pacientes apoyados con terapias
- 218 pacientes apoyados con víveres
- 59 pacientes nuevos y continuadores apoyados con viviendas temporales

Respecto a las metas pendientes de la fase I, el Sub-Receptor no reportó avances en lo referente a la descentralización de los dos laboratorios pendientes de descentralizar:

Callao y Lima Este. De acuerdo a la última información reportada en trimestres anteriores, ello se encontraba en proceso y ya en su última fase, pues los biólogos pasantes de dichos laboratorios se encontraban realizando las pruebas de sensibilidad procedentes de Callao y de Lima Este en el laboratorio central del INS.

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 3⁹

Código	Actividad	Indicador	Estatus	Total Año 3	T I
1	Tratamiento DOTS Plus a pacientes con TB MDR	Pacientes ingresados a DOTS Plus	Programado	936	234
			Ejecutado	233	233
			%	25%	100%
1	Tratamiento DOTS Plus a pacientes con TB MDR	Número de pacientes DOTS Plus que al 6to. Mes de tratamiento presentan conversión bacteriológica (meta anual: 50%)		468	0
			Ejecutado	0	0
			%	0%	#¡DIV/0!
2	Mejoramiento continuo del sistema de información de pacientes en DOTS Plus a nivel central (Unidad Técnica)	Una Unidad Técnica de la ESN PCT fortalecida (*)		1	1
			Ejecutado	1	1
			%	100%	100%
3	Fortalecimiento de las DISAs con centros de salud que ofrecen DOTS Plus (*)	Número de DISAs que brindan DOTs PLUs en el país		12	0
			Ejecutado	11	11
			%	92%	#¡DIV/0!

⁹ Según instrucciones del Fondo Mundial: 80% a más de avance = color verde; menos de 80% de avance = color rojo.

4	Monitoreo, supervisión y evaluación a los establecimiento de salud que ofrecen DOTS Plus	Número de informes de monitorización, supervisión y evaluación de equipo técnico de la ESN PCT a DISAs	24	6	
			Ejecutado	4	4
			%	17%	67%

(*) Indicador no acumulativo

En términos generales, las actividades del objetivo 3 en este período de reporte se concentraron en el ingreso / atención de pacientes en DOTs PLUs, en el traspaso al MINSA de las responsabilidades asumidas anteriormente por el Sub-Receptor y en el fortalecimiento de la Unidad Técnica con recursos humanos, gastos operativos, ejecución del Comité de Evaluación de Retratamientos, etc.

En lo que respecta a la adquisición de medicamentos para DOTs PLUs: Se hizo el último pedido correspondiente a los medicamentos de la primera fase del programa, adquiriéndose los siguientes productos a IDA y a Ranbaxy (este último en lo que se refiere a Moxifloxacino),:

PRODUCTO	CANTIDAD
Cycloserine 250 mg	75,300
Kanamycin 1 gr	91,350
Capreomycin 1 gram	47,291
Amoxicilin 500 mg + Clavulanic acid	67,500
PAS acid sachet	13,200
Ethionamide	488,800
Ciprofloxacina	530,000
PAS sodium	16,000
Moxifloxacino	50,000
Amikacina	2,350

3.1.4 Gestión interna del programa por el Receptor Principal

La gestión interna del programa por parte del Receptor Principal tiene cinco ejes de trabajo: 1) la culminación de las actividades preparatorias del programa; 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° 5, seguimiento financiero de la ejecución, es reportado en el acápite 3.2 de este informe.

Considerando la caución previa, a continuación se describe los avances del trimestre en cuanto a la gestión interna del Receptor Principal en lo referente a las actividades preparatorias de la fase II, el apoyo a la gestión del programa, la supervisión, capacitación y asistencia técnica y el monitoreo y evaluación.

Actividades preparatorias de la fase II:

- Se realizó el proceso de ratificación condicionada de los sub-receptores que implementaron el programa en la fase I, para definir si continuarían o no la implementación en la fase II. Al respecto:
 - El proceso consistió en la revisión de expedientes institucionales y planes de gestión programática, contando en el panel de revisión con miembros de las contrapartes técnico – sectoriales (MINSA e INPE), un evaluador externo convocado especialmente (Dr. Efraín Félix) y el Especialista de TB de CARE Perú. Dicho proceso se inició el 12 de Diciembre y culminó el 22 de Diciembre, con la firma de los respectivos contratos con CARE Perú. En el caso del programa TB, el único contrato firmado fue el del objetivo 2, entre el nuevo líder del consorcio, el Servicio de Medicinas Pro Vida, y CARE Perú. Se adjunta el contrato en el anexo 2 de este informe.
 - Posteriormente a la firma de los contratos, el proceso de ratificación condicionada tuvo una fase complementaria previa a la dación del primer desembolso a los sub-receptores, que consistió en la revisión de sus planes de monitoreo y evaluación para la fase II del programa y el levantamiento de las observaciones técnicas del comité que revisó los expedientes institucionales y los planes de gestión. Los planes de monitoreo y evaluación tuvieron dos revisiones que culminaron el 6 de Febrero, con los planes de SM&E de los SR aprobados.
 - Mediante acta del comité técnico evaluador respectivo, con fecha 7 de Febrero, el Sub-Receptor del objetivo 2 de TB fue ratificado¹⁰.
- Luego de ser informado de la disolución del consorcio que implementó el objetivo 1 de TB en la primera fase, CARE Perú contrató en el mes de Diciembre los servicios de un Especialista en TB, Dr. Carlos Saavedra, para que prepare las bases del concurso pues la implementación de dicho objetivo debía llevarse a Licitación Pública. Las bases fueron revisadas por el equipo de gestión y por la CONAMUSA, y publicadas en 22 de Enero dando inicio a la Licitación en mención. El proceso se llevó a cabo en el mes de Febrero, y luego de la revisión de un Comité Técnico Evaluador, se dio por ganador al consorcio conformado por el Servicio de Medicinas Pro Vida, el Imperial College of London y ADRA OFASA como líder del consorcio.
- Para no crear una brecha en la implementación del objetivo 1 mientras se realizaba la Licitación Pública, se contrató al que fuera líder del consorcio Colectivo Solidario, el Servicio de Medicinas Pro Vida, para que durante los meses de Diciembre, Enero y Febrero (denominado “período de transición”) asegure que las metas pendientes de la fase I sean culminadas (construcciones en establecimientos de salud, distribución de las guías de atención de calidad y derechos humanos, recuperación de los préstamos otorgados a las SPIs y culminación del estudio de línea de base).
- En cuanto a la ejecución del objetivo 3 de TB, se sostuvieron algunas reuniones con la ESN PCT y con el sub-receptor Socios en Salud. Como producto de las mismas y en base a un análisis de costo-efectividad, se acordó con el MINSA implementar el objetivo 3 en la fase II directamente con la Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis, sin contar ya con un sub-receptor pues los recursos para la fase II son bastante limitados y el porcentaje mayoritario se destinará a la compra de medicamentos. Para facilitar este proceso de transición, se contrató a Socios en Salud por un período de tres meses (Diciembre, Enero y Febrero), considerando que

¹⁰ No obstante ello, el primer desembolso de la fase II a los Sub-Receptores demoró aún unas semanas más, debido a que el Fondo Mundial recién autorizó los desembolsos para los planes operativos de la fase II el 18 de Febrero.

la ESN PCT asuma la ejecución del objetivo desde Marzo de 2006. Hasta el momento CARE Perú no ha previsto trabajar con el MINSA este objetivo a través de un Convenio, pero en el próximo trimestre se establecerán con mayor claridad los mecanismos que permitan viabilizar la ejecución de dicho objetivo.

Apoyo a la gestión en los diferentes niveles de coordinación

- A solicitud de la CONAMUSA, la Coordinación del Programa por parte de CARE Perú diseñó y presentó la propuesta de selección de los Sub-Receptores para la fase II del programa. Se presentaron 3 propuestas: la ratificación automática, la ratificación condicionada y la licitación pública. Finalmente, analizando las ventajas y desventajas de cada alternativa, la CONAMUSA optó por el sistema de ratificación condicionada, y en caso algún Sub-Receptor se abstenga o decida no aplicar, se haría Licitación Pública, como determina el Plan de Compras aprobado por el Fondo Mundial.
- En el mes de Diciembre, el equipo de gestión de CARE Perú revisó los instrumentos, convocó a los Sub-Receptores y revisó, con apoyo de un evaluador externo, Dr. Efraín Félix, los expedientes técnicos de aplicación del Sub-receptor del Objetivo 2. Cabe precisar que el Sub-Receptor del objetivo 1 comunicó en Diciembre a CARE Perú y a la CONAMUSA su decisión de no continuar como Consorcio Colectivo Solidario y la disolución del mismo, lo que obligará a realizar una licitación pública en las próximas semanas para seleccionar mediante proceso competitivo y transparente al Sub-Receptor del Objetivo 1.
- Ha habido una participación permanente y activa de la Coordinación del Programa en las diferentes actividades de la CONAMUSA y en las reuniones semanales de la Secretaría Ejecutiva.
- Se ha sostenido reuniones con la Alta Dirección del MINSA, Direcciones Generales (ie. DGSP, OGE, DIGEMID, etc.) y organismos autónomos del MINSA (como el INS) para la solución de algunos de los nudos críticos que afectan el proyecto (ie. adquisición de medicinas, para impulsar y acelerar la licitación de las obras de infraestructura en penales con la Alta Dirección del MINJUS y del INPE, entre otras).
- Se brindó apoyo directo (técnico y legal) a la Asociación de Enfermos de Tuberculosis - ASET, para la adquisición del local en el cual operará la Red Solidaria (cf. Actividad 1 del objetivo 1). El local fue finalmente comprado en el mes de Diciembre de 2005.
- Desde el término de los servicios de los Especialistas de TB y VIH al equipo de gestión del Receptor Principal, la Coordinación del Programa (y el administrador de manera alterna) se ha integrado a los Comités de Medicamentos respectivos (para DOTs PLUs y para ARVs) en representación del Programa del Fondo Mundial.

Supervisión, capacitación y asistencia técnica

- **Supervisión:** Se realizaron actividades de supervisión a las obras de los penales, para lo cual se contó con el apoyo adicional de un consultor experto en temas de TB y bioseguridad.
- **Asistencia técnica:** Algunos temas en los que se ha proporcionado asistencia técnica específica son:
 - En la especialidad de Tuberculosis, se ha brindado asistencia técnica a los Sub-Receptores y contrapartes en lo referente al diseño de las actividades de la fase II; se participó en el comité de medicamentos (tarea que luego fue asumida por la Coordinación del programa) y los comités técnico-evaluadores

del proceso de ratificación condicionada de los sub-receptores de la fase II del programa; de manera tercerizada se contó con una consultoría de quien fuera el especialista de TB del equipo de gestión, Dr. Max Agüero, para realizar visitas de asistencia técnica a los servicios de salud de los penales en los cuales se ha mejorado la infraestructura, y también se contó con sus servicios para definir con el INPE las necesidades de equipamiento de los servicios acondicionados.

- En el área de monitoreo y evaluación, se brindó asistencia técnica a los sub-receptores en la elaboración de sus planes de monitoreo y evaluación y en la definición de la estructura de SM&E que operará en la fase II del programa; asimismo, se participó en el proceso de ratificación condicionada de los sub-receptores; se participó en el panel de entrevistadores del nuevo Especialista de Programas para el equipo de gestión; se apoyó el proceso de elaboración de las bases de la Licitación 001-2006 en lo que respecta al componente de Línea de base y SM&E; se apoyó técnicamente la definición de lineamientos para el fortalecimiento del sistema de información del servicio de salud del INPE, en estrecha coordinación con el Coordinador de SM&E del Objetivo 2 de TB.
- En cuanto al componente de gestión administrativa, durante este período de reporte el Administrador del programa brindó las orientaciones necesarias para la implementación de los nuevos requerimientos financieros para los sub-receptores en la fase II del programa, como son los nuevos formatos de reporte financiero y la implementación del seguimiento financiero por producto. Asimismo, proporcionó soporte técnico como parte del Comité de Adquisiciones a las diversas licitaciones realizadas en este período de reporte.
- **Capacitación:** se realizaron dos talleres de SM&E: 1) el taller de Buenas Prácticas en SM&E de la primera fase del programa (31 de Enero – 1ro. De Febrero de 2006), el cual se organizó con la expectativa de que los sub-receptores de la fase II integren en sus sistemas de gestión las mejores prácticas desarrolladas y lecciones aprendidas de la fase I en temas de SM&E; y, 2) el taller de SGP (2 de Febrero de 2006), en el cual se congregó a los coordinadores de SM&E de los sub-receptores y representantes de sus respectivas contrapartes técnico-sectoriales para ingresar la información programática y financiera de la fase II del programa al Sistema Gerencial de Proyectos – SGP, software de SM&E del programa. Asimismo, se sostuvo dos reuniones con los asesores comunitarios y personas afectadas de TB para iniciar la estandarización de criterios respecto a su participación en el SM&E del programa y revisar el formato de reporte trimestral de personas afectadas y pacientes de TB, y se asistió a una reunión de líderes de la Red Solidaria para darles una breve capacitación acerca del tema de indicadores para su plan operativo anual.

Monitoreo y Evaluación del Programa:

- **Segunda Medición de la línea de base y evaluación de medio término del programa:**
 - Los objetivos 1 y 2 entregaron en el mes de Marzo sus reportes respectivos de segunda medición de línea de base. El objetivo 3 de TB no entregó el suyo, a la espera de que la ESN PCT del MINSA concluya su evaluación anual de la cual se extraerán los datos de los indicadores del objetivo 3.
 - Durante el presente período de reporte, no se retomó la evaluación de medio término cuya asignación quedó desierta en la convocatoria a concurso realizada en Octubre de 2005, pues los procesos de 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 consumieron los tiempos disponibles del equipo de gestión reducido (que ya no cuenta con la participación de los Especialistas de TB y de VIH). Se espera retomar este concurso en Marzo.

▪ **Tablas de Indicadores Clave:**

- Durante este período de reporte, se continuó revisando las tablas de indicadores de la fase II del programa, pues el Fondo Mundial al parecer aún no está satisfecho con la versión entregada con la propuesta de la fase II y revisiones posteriores. Al cierre de este reporte continuaban las negociaciones, que deben arribar, se espera, a una versión final que será integrada al contrato entre el Fondo Mundial y CARE Perú para la fase II del programa (cuya firma se estima para fines de Mayo).

▪ **Fortalecimiento del Sistema de información del Ministerio de Salud y software:**

- Continúa el seguimiento a la consultoría por parte del Comité Técnico conformado para tal fin con 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 habido algunos retrasos en la entrega de la firma consultora y también en la aprobación de los productos por parte del MINSA (DGSP), pero se está apelando a los buenos oficios del Comité de Alto Nivel conformado para dar impulso político a este proyecto a fin de remontar los retrasos y poder cumplir con el plazo final de la primera semana de Mayo para la entrega del producto final.

▪ **Retroalimentación de los avances del programa para la CONAMUSA:** la retroalimentación sobre los avances del programa en el período Diciembre- Febrero se realizará hacia el 15 de Mayo próximo.

3.2 Gastos totales incurridos vs. presupuesto

3.2.1 Aspectos generales

Durante este trimestre, el gasto ascendió a US \$ 3,502,917.11. Estos gastos son los realizados por el Receptor Principal y las rendiciones aprobadas e ingresadas al sistema contable de CARE hasta el mes de Noviembre.

Como se puede apreciar en el gráfico No 2 del apéndice 1, durante este trimestre, el gasto ha sido menor, hay que tener en cuenta que a este trimestre se ha ejecutado cerca del 95% del presupuesto de primera fase.

El gasto acumulado de la primera fase incluyendo el dinero por rendir alcanza US \$ 18,617,872.09, lo cual equivale al 92.38% del presupuesto de primera fase.

Teniendo en cuenta que a la fecha del reporte el Fondo Mundial había realizado desembolsos por un total de US \$ 19,619,748, el gasto desde el inicio del proyecto equivale al 94.89% de lo desembolsado (ver gráfico 3 del apéndice 1)

Al mes de Febrero del 2006 se realizaron la totalidad de desembolsos a los Sub Receptores por un monto de US \$ 8,844,962. Los Sub-Receptores han rendido sus

gastos al RP por un total US \$ 8,634,474.50 que equivale al 97.62% (ver gráfico 6 del apéndice 1).

3.2.2 Recuperación de fondos (IGV e intereses bancarios)

Con relación a la recuperación del IGV, se ha recuperado aproximadamente US \$ 119,721.02; de los cuales CARE ha recuperado a la fecha US \$ 29,738.03, que corresponde hasta el mes de Diciembre 2004.

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 Febrero del 2006 llegan a US \$ 121,428.49

3.2.3 Contrapartida

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

3.2.4 Subvención según áreas del programa

Al finalizar el mes de Agosto, la subvención según áreas del programa es del 49% en el área de tratamiento, el 43% en atención y apoyo y el 8% en prevención.

3.2.5 Subvención ejecutada según entidades

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

4 OTROS RESULTADOS, PROBLEMAS Y LECCIONES APRENDIDAS DEL PROGRAMA

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

En la segunda fase del programa TB, dos de los objetivos tendrán Sub-Receptores bajo el sistema de consorcio (Objetivos 1 y 2), mientras que en el tercer objetivo el RP trabajará directamente con la ESN PCT del Ministerio de Salud.

De los objetivos que trabajarán en consorcio e la fase II, solamente el objetivo 2 ha iniciado sus actividades en este período de reporte. Ellos han evidenciado un período de reacomodo de sus relaciones internas producto de la nueva estructura de trabajo, con menos recursos humanos y financieros para la fase II y con una mayor responsabilidad sobre la implementación asignada a su contraparte técnico-sectorial, el INPE, con miras a transferir las actividades del programa ya en la segunda fase de la implementación. Esto generó un momento crítico al interior del consorcio, en que estuvo ad portas de reducir su número de miembros; sin embargo, la crisis pudo ser salvada gracias al liderazgo del SM

Pro Vida y a la capacidad de negociación construida al interior del consorcio y entre el consorcio y el INPE durante los meses de trabajo conjunto en la fase I del programa.

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

La respuesta de los sectores: MINSA, INPE y MINJUS ha sido positiva y básicamente proactiva en el primer trimestre de la fase II del programa. El MINSA ha asumido la responsabilidad de la ejecución directa del objetivo 3, referido al fortalecimiento del programa DOTs PLUs (incluyendo la adquisición y distribución de medicamentos), y el INPE está asumiendo algunas actividades del plan operativo del objetivo 2 directamente, en especial lo que respecta a los sistemas internos de detección de casos de TB y VIH así como el sistema de referencia y contrarreferencia INPE - MINSA. El MINJUS, por su parte, ha tenido y tiene en la actualidad un rol clave en la culminación de las obras de infraestructura en los servicios de salud de los penales.

Mención aparte merece el compromiso del MINSA en la adquisición de medicamentos para DOTs PLUs a partir del mes de Setiembre del año 2006, honrando el compromiso asumido con el Fondo Mundial en Noviembre pasado. Al respecto, al cierre de este reporte el programa de Acuerdos de Gestión y el Consejo Superior de Contrataciones y Adquisiciones del Estado (CONSUCODE) habían ya iniciado ya la Licitación para la adquisición de dichos medicamentos (previo estudio de mercado realizado en Diciembre), estando previsto para el mes de Marzo la dación de la Buena Pro y para Mayo de 2006 la llegada de las primeras remesas de medicamentos.

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

En la fase II del programa, solamente el objetivo 1 de TB realizará un trabajo conjunto en la implementación con los pacientes de TB organizados en la Red Solidaria de Enfermos de Tuberculosis.

Durante la preparación de las bases de la Licitación Pública 001-2006 para seleccionar al consorcio operador del objetivo 1 de TB, la CONAMUSA y el Receptor Principal consultaron con ASET y la Red Solidaria su grado de involucramiento en la selección del nuevo sub-receptor: 1) serían parte de alguno o más de los consorcios que se presentaran a la Licitación; 2) se establecería que luego de seleccionado el consorcio se integre al mismo, sea cual fuere, a la Red Solidaria como nuevo miembro; 3) la red Solidaria participaría en el comité evaluador de las propuestas, a fin de asegurar la calidad de la misma y su conformidad con la propuesta ganadora. La Red Solidaria decidió mantenerse al margen del proceso de selección y no postular con ningún consorcio, dejando establecida su voluntad de realizar las coordinaciones necesarias con el grupo que resultase ganador en la Licitación para integrarse posteriormente a la implementación del objetivo.

De otra parte, miembros de ASET (y a través de ellos la Red Solidaria) participan activamente en el Comité de medicamentos de TB-MDR que ha conformado el MINSA. Ellos han asumido un rol de vigilantes sociales respecto a los eventuales problemas de desabastecimiento que pudieran darse en los establecimientos de salud.

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

La incorporación del nuevo Secretario Ejecutivo de la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA, Dr. Rubén Mayorga, ha aportado fluidez en la comunicación y en los niveles de coordinación cotidianos entre los miembros del MCP y el Receptor Principal del Programa.

El Receptor Principal está plenamente integrado a las reuniones de la Secretaría Ejecutiva y de Asamblea de la CONAMUSA, emitiendo los reportes que le son solicitados por la misma y aportando la experiencia de la gestión cotidiana del programa en la toma de decisiones.

4.5 Lecciones aprendidas

Tratándose del primer trimestre correspondiente a la fase II, no se reportan lecciones aprendidas.

5 CAMBIOS PLANIFICADOS PARA EL PROGRAMA Y/O EL PRESUPUESTO

5.1 Cambios planificados para el programa

En el presente período de reporte, solamente el objetivo 3 había realizado ajustes a su plan operativo para poder implementar los tres meses de transferencia de las actividades desde Socios en Salud (Sub-Receptor) a la ESN PCT del MINSA (nuevo ejecutor de este objetivo).

Los cambios se han dado esencialmente a nivel de las sub-actividades, no encontrándose cambios que afecten los productos comprometidos en el plan operativo original de la fase II. En el anexo 3 se adjunta el plan operativo que sólo para los meses de Diciembre, Enero y Febrero implementó Socios en Salud, antes de entregar definitivamente las actividades de este objetivo al MINSA. Al cierre de este reporte no se había recibido un nuevo plan operativo por parte de la ESN PCT para este objetivo, por lo que se asume que está vigente el plan entregado al Fondo Mundial el 28 de Diciembre (última versión) a partir del trimestre X.

5.2 Cambios planificados para el presupuesto

Al cierre del presente reporte, el Sub Receptor del Objetivo 2 había solicitado cambios en su presupuesto, los cuales estaban siendo evaluados por el equipo de gestión del programa. El objetivo 1 también presentará cambios presupuestales, ya que está ingresando a la implementación con una reformulación completa del presupuesto disponible a raíz de la Licitación Pública efectuada para asignar este objetivo; y el objetivo 3 asimismo también ha solicitado cambios en su presupuesto, los cuales estaban, al cierre de este reporte, siendo trabajados por la Unidad Técnica de la ESN PCT del MINSA para ser presentados a CARE. En el próximo informe se dará el detalle de los cambios aceptados.

APÉNDICES

- APÉNDICE 1: Reporte Financiero
- APÉNDICE 2: Contrato de Sub-Receptores de TB con CARE Perú
- APÉNDICE 3: Plan operativo del Objetivo 3 de TB para los meses de Diciembre de 2005 y Enero y Febrero 2006
- APÉNDICE 4: Informes parciales de cada Sub-Receptor (en archivo electrónico)

APÉNDICE 1: Reporte Financiero

APÉNDICE 2: Contrato de Sub-Receptores de TB con CARE Perú

APÉNDICE 3: Plan operativo del objetivo 3 de TB para los meses de Diciembre 2005,
Enero y Febrero 2006

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