
Evaluación Final del Componente VIH
y sida del Programa de Segunda Ronda
financiado por el Fondo Mundial

FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH Y SIDA EN EL PERÚ



Apoyado por:
The Global Fund
Investing in our future
To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria



Evaluación Final del Componente VIH
y sida del Programa de Segunda Ronda
financiado por el Fondo Mundial

FORTALECIMIENTO
DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL
DEL VIH Y SIDA EN EL PERÚ

Coordinadora Nacional Multisectorial En Salud
Fondo Mundial De Lucha Contra El SIDA, La Tuberculosis Y La Malaria
CARE – Perú

CARE PERÚ®

Evaluación final del componente VIH y sida del programa de Segunda Ronda financiado por el Fondo Mundial.

Esta publicación ha sido realizada en el año 2009 por CARE Perú en el marco del Programa “Fortalecimiento de la Prevención y Control del VIH y sida en el Perú” (PER-202-GO1-H-00) financiado por el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Plantea el análisis de resultados y de impacto de los cinco objetivos del Programa, y expone un diagnóstico de estrategias de la gestión administrativa, de los sistemas de información, comunicación y de monitoreo y evaluación.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan el punto de vista del Fondo Mundial.

CARE Perú:

Milo Stanojevich	Director Nacional
Jay Goulden	Director de Programas
Virginia Baffigo	Coordinadora Nacional de la Unidad de Gestión de los Programas del Fondo Mundial

Equipo de investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Facultad de Salud Pública “Carlos Vidal Layseca”. Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano:

Carlos Cáceres	Líder del equipo
Maria del Carmen Navarro	Consultora en Economía
Víctor Salazar	Consultor en VIH
María Raguz	Consultora en Educación
Alejandro Bardales	Consultor Cuantitativo
Ximena Salazar	Investigadora Cualitativa
Maziel Girón	Investigadora Cualitativa
Luis Cabrera	Consultor Comunitario

Responsables del equipo de seguimiento del estudio:

José Luis Sebastián	Coordinador de la ESN ITS, VIH y sida – Ministerio de Salud
José Best	Coordinador Nacional de Salud Penitenciaria – Instituto Nacional Penitenciario
Maria Teresa Ramos	Directora de Tutoría y Orientación Educativa – Ministerio de Educación
Rosa Galván	Responsable de Monitoreo y Evaluación - CARE Perú

Edición:

Virginia Baffigo	Coordinadora Nacional de la Unidad de Gestión de los Programas del Fondo Mundial
------------------	--

Diseño, diagramación e impresión:

Raul Peña S.A.C.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2009-14734

Impreso en el Perú

Primera edición, noviembre de 2009

Lima-Perú

Indice

1. RESUMEN EJECUTIVO	5
2. INTRODUCCIÓN Y MARCO CONCEPTUAL	7
3. OBJETIVOS	17
4. RESULTADOS	19
4.1. Objetivo 1	19
4.2. Objetivo 2	42
4.3. Objetivo 3	61
4.4. Objetivo 4	70
4.5. Objetivo 5	85
5. EFICIENCIA	95
5.1 Componente de Gestión	95
5.2 Componente de Eficiencia	113
5.3 Sostenibilidad Económica	139
6. ANÁLISIS DEL MONITOREO Y EVALUACIÓN Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	145
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES	149
GLOSARIO DE TÉRMINOS	157

1. Resumen Ejecutivo

El informe que aquí se presenta corresponde a la Evaluación Final del Componente VIH/SIDA del Programa de 2a. Ronda “Fortalecimiento de la Prevención y Control del VIH y Sida en el Perú” ejecutado en su primera fase entre los años 2003 y 2005, y en su segunda fase entre los años 2006 y 2008.

Esta evaluación plantea el análisis de resultados y de impacto de los cinco objetivos del Programa, tomando como ejes prioritarios: eficacia, eficiencia, satisfacción de beneficiarios y sostenibilidad. Además expone un diagnóstico de las Estrategias, de la gestión administrativa, de los sistemas de información, comunicación, y de monitoreo y evaluación.

De manera general, el programa ha constituido un hito en la respuesta del Estado contra la Epidemia del VIH/SIDA, en la medida en que se trató de la primera experiencia de gestión de un proyecto financiado por el Fondo Mundial que logró implementar el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) de manera universal, siendo luego asumido enteramente por el Estado; y por otra parte al haberse establecido un Mecanismo Coordinador de País: CONAMUSA (Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud) como órgano de decisión multisectorial para la lucha contra el VIH/SIDA y la Tuberculosis.

El programa de 2a. Ronda, estuvo constituido por cinco objetivos, cada uno de los cuales implementó estrategias y actividades específicas, cuyas metas e indicadores estaban igualmente determinados.

El objetivo principal de este estudio fue determinar si el programa produjo los efectos deseados en las poblaciones meta, tanto en los beneficiarios finales, como en los intermedios; y si esos efectos eran atribuibles a la intervención del programa. Al mismo tiempo buscaba determinar y examinar consecuencias no previstas en los beneficiarios, siendo éstas positivas o negativas.

A través de una combinación de métodos, se realizó el estudio a partir de fuentes secundarias y primarias (Ver Anexo de Metodologías y Diseño), para cada uno de los cinco objetivos, tomando como base los ejes de análisis ya mencionados.

De acuerdo a todo lo dicho, se ofrecen algunas conclusiones importantes, que se detallan en extenso, a lo largo del presente documento:

- ⦿ En cuanto a la eficacia, los modelos de corte biomédico (Objetivo 3 y Objetivo 4) evidencian mayor efectividad, ya que se basan en el suministro de fármacos, dependen de una eficaz gestión y organización del suministro y se fundamentan en el individuo; mientras que los programas educativos (Objetivo 1 y 2) requieren de procesos sociales a largo plazo, demandan cambios que no necesariamente se dan en la esfera racional, sino en la esfera simbólico-cultural y que, por lo general, dependen del contexto social. Con respecto al Objetivo 5, por ser un modelo inédito en el país, que buscaba fortalecer la Respuesta Nacional a través de diversos mecanismos igualmente novedosos, su eficacia dependió, por un lado de la voluntad política y por otro de la madurez de las instituciones involucradas en el proceso.
- ⦿ En varios de los casos los Indicadores establecidos no han sido los más convenientes para analizar impacto/efecto; han presentado limitaciones en su definición operacional. Por ejemplo: la necesidad de re-interpretación de la prevalencia (objetivos 2-3); la operacionalización de atención integral (objetivo 4); o un sistema de medición complejo (objetivo 3). En este sentido se han detectado dificultades de comparabilidad e interpretación, diferencia entre estimados, carencia de variación en las prevalencias y falta de un sistema organizado.
- ⦿ Con respecto a la eficiencia se evidencia que el Objetivo 4 ha sido el de mayor eficiencia en el gasto, donde la proporción de PVVS que reciben TARGA se incrementó de 25% a 92.2% con una inversión de US \$ 14 millones de dólares; siguiéndole el Objetivo 3, donde la proporción de gestantes que se realizan pruebas de tamizaje para VIH durante el embarazo, se incrementó de 36.9% a 69.5% con una inversión US \$ 1.7 millones.
- ⦿ Referente a la sostenibilidad, salvo el objetivo 4, para los otros objetivos las acciones han presentado, para esta ronda, niveles de sostenibilidad muy variables, en tanto han existido problemas de incorporación a las estructuras de los Sectores del Estado (Salud o Educación); se han presentado problemas de coordinación entre instancias en un mismo sector o han existido obstáculos normativos de diversa índole.

2. Introducción y Marco Conceptual

2.1 Magnitud del Problema

La epidemia del sida afecta al Perú oficialmente desde 1983, por lo que ha entrado ya en su tercera década. Hasta agosto del 2008, 22,327 casos de SIDA y 32,282 casos de infección por VIH habían sido reportados al Ministerio de Salud [Boletín MINSa, Agosto 2008]. La epidemia se concentra particularmente en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) [OPS, 2002]. Varios estudios en los últimos años muestran, para Lima, prevalencias de infección por VIH por encima de 10%, incluyendo los datos del 2002 del sistema de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud del Perú, que planean una prevalencia de VIH de 13.9% en esta población, 0.5% en trabajadoras sexuales, y 0.21% en gestantes, antes del parto [MINSa, Estudios de Vigilancia Centinela 2002].

Bajo el rótulo de HSH se ocultan, sin embargo, importantes diferencias en las tasas de infección y prevalencia de la enfermedad. Un estudio realizado en Lima el 2002 encontró que 51% de HSH travestis o transgénero estaban infectados con sífilis en comparación al 13% de varones homosexuales no-transgénero y 11% de varones bisexuales –y 3% de la población heterosexual. El mismo estudio notó que 33% de los HSH transgénero encuestados eran seropositivos, en contraste con el 18% de varones homosexuales, y 15% de varones bisexuales [Tabet et al, 2002].

Por otro lado, el perfil de la epidemia en el Perú en la última década mostró un cambio importante al reducirse la relación de casos hombre-mujer, desde 14:1 en 1990 hasta un nivel estable de 3:1 que ha mantenido en los últimos 9 años (MINSa, Boletín Epidemiológico 2005). Sin embargo, no puede concluirse que se haya dado una “heterosexualización” de la epidemia, y ocurriría más bien que una proporción estable de mujeres unidas a hombres bisexuales resultan infectadas, pero, al no tener ellas mismas amplias redes sexuales propias, no se establece un patrón de transmisión heterosexual subsecuente [Cáceres, 2002].

La mayoría de casos de sida se concentra entre jóvenes y adultos jóvenes en edad productiva: la mediana se encuentra en 31 años, lo que significa que el 50% son menores de 30 años, el grupo de hombres y mujeres entre 25 y 29 años constituye el 21.9%, lo que significa que el momento de la infección podría estar alrededor de los 20 años. Asimismo, el 73,3% de todos los casos notificados de SIDA (incidencia acumulada) pertenecen al departamento de Lima y la Provincia Constitucional del Callao, y el 26,7% al resto del país. Los departamentos de la Costa y de la Selva son los más afectados. Entre las regiones fuera de Lima y Callao con mayor incidencia de casos de VIH/SIDA se encuentran: Loreto, La Libertad, Ancash, Piura, Arequipa, Junín y Lambayeque [MINSa, 2009].

Al evaluar las vías de transmisión del virus, se evidencia que la transmisión de la epidemia en el Perú es casi exclusivamente sexual ya que representa el 97%, mientras la transmisión materno infantil (perinatal o vertical) el 2% y la transmisión parenteral el 1% [MINSa, 2009]. Debemos resaltar que el 1% de transmisión sanguínea del VIH entre los casos de sida reportados, es uno de los valores más bajos del mundo y es consecuencia de la oportuna decisión de obligar al tamizaje de todas las bolsas de sangre usadas para transfusiones. La transmisión vertical, en 2%, era también baja en la era pre-TARGA [MINSa, 2006].

Los Servicios de Salud que prestan atención integral aún tienen brechas que remontar, ya que el personal de salud no está adecuadamente capacitado en consejería, manejo clínico o prácticas de bioseguridad. La condición de pobreza de la persona infectada se acentúa rápidamente en el curso de la enfermedad, por la pérdida de empleo, gastos en medicamentos, exámenes de laboratorio, y en el transporte frecuente hacia los Servicios de Salud que prestan atención especializada. Esta situación empeoraría al aumentar la detección de los actuales casos no diagnosticados de VIH.

El impacto económico que ocasiona la infección es producto del elevado costo de la atención del infectado (de US \$1,000 a US \$10,000), como también del hecho de que afecte preferentemente a la población productiva (20 a 45 años), que es la responsable del sostenimiento familiar.

Algunos de estos efectos comenzaron a cambiar con el lanzamiento por parte del MINSa, en mayo de 2004, del Programa Nacional de Atención Integral de la infección por VIH, que incluía TARGA. Aunque en el Perú los antirretrovirales fueron introducidos en 1999, llegando inicialmente a cerca de mil personas en las instalaciones del Seguro Social y 140 en las Fuerzas Armadas, el establecimiento de un programa nacional desde el MINSa fue posible con el cofinanciamiento del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria - FMSTM, luego de que un estudio realizado por nuestra unidad, por encargo del MINSa, estimara la población beneficiaria en 7000 personas con VIH y Sida [MINSa- ESN PC ITS-VIH/SIDA ENITSS, 2005]. El régimen principal ofrecido en un inicio fue una combinación de AZT, 3TC y NVP o EFV, mientras que el tratamiento de rescate era bien la combinación de SQV/RTV, 3TC y DDI o la de LPV/RTV, 3TC y d4T.

2.2 Contexto Social y Programático

Los Proyectos de País en VIH financiados por el FMSTM

Tres años después de la aparición del primer caso de sida en el país en 1983, el MINSa asumió el reto de enfrentar la epidemia conformando para ello la Comisión Multisectorial de Lucha contra el SIDA. Después de otros tres años se gestó el Programa Especial de Control de SIDA (PECOS) cuyas líneas de acción estaban orientadas a elaborar estrategias de prevención dirigidas especialmente

a la población juvenil y adolescente y a capacitar al personal de salud en consejería. Su campo de acción estuvo circunscrito básicamente a la prevención del VIH/SIDA, no trabajando el abordaje de ninguna otra ITS.

En 1995, el PECOS toma el nombre de Programa de Control de ITS y SIDA (PRO CETSS) y es en esta nueva etapa donde se plantean nuevas propuestas de intervención, todas ellas sustentadas en la nueva visión de la lucha contra las ITS y VIH/SIDA a nivel mundial. En el año 2000 se constituye el Componente Control de ITS y SIDA (CITSS). Es en este contexto, que en el año 2001, los países industrializados y las principales fundaciones financieras internacionales forjaron el llamado Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria, destinado a apoyar a los países en vías de desarrollo en el fortalecimiento de sus respuestas nacionales hacia tales epidemias.

En el 2002, el Perú postuló a la segunda convocatoria, obteniendo aprobación la propuesta denominada “Fortalecimiento de la Prevención y Control del sida y la Tuberculosis en el Perú” por un monto total de 50 millones de dólares, de los cuales 23 millones correspondían al componente VIH y Sida. El 2005 se postuló a la quinta convocatoria, obteniendo financiamiento también para VIH y tuberculosis y posteriormente se obtuvo financiamiento para la sexta ronda, obteniendo financiamiento para VIH.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida

En el 2004 se establece la Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA a través de la Resolución Ministerial N°771-2004/MINSA. La Estrategia de VIH diseña y norma los procesos de organización correspondiente, en el ámbito de su gestión institucional y sectorial para lograr objetivos funcionales relacionados a la cultura de salud, prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA con un enfoque de equidad, derecho y ejercicio de la ciudadanía.

El Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA 2005 –2009 tiene la misión de fortalecer la respuesta nacional para prevenir la transmisión de las ITS y el VIH/SIDA y disminuir su impacto en el individuo, la sociedad y la economía.

Dentro de sus objetivos estratégicos para el período 2005-2009 plantea la disminución de la transmisión sexual de las ITS/VIH en población general y en poblaciones vulnerables; la reducción de transmisión sanguínea de las ITS/VIH, incluyendo la transmisión por hemoderivados, trasplantes o durante procedimientos invasivos; la disminución de la transmisión vertical de las ITS/VIH; la reducción del impacto individual, social y económico en las personas con VIH; y el fortalecimiento institucional y de la coordinación multisectorial para el control de las ITS-VIH/SIDA.

Entre las estrategias para lograr dichos objetivos figura la disminución de la transmisión sexual de las ITS/VIH en población general, a partir del diagnóstico y tratamiento precoz de ITS curables; la promoción de un cambio en el comportamientos para la adopción de conductas sexuales de menor riesgo para la adquisición de ITS y VIH; el fortalecimiento de la Consejería para ITS; y la promoción del uso del condón con el aseguramiento de su abastecimiento y distribución.

Por otro lado, a fin de conseguir la disminución de la transmisión sexual de las ITS/VIH en poblaciones vulnerables se propone reforzar la Atención Médica Periódica a poblaciones vulnerables: Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y Trabajadoras Sexuales (TS); promocionar un cambio

de comportamiento para la adopción de conductas sexuales de menor riesgo para la adquisición de ITS y VIH en base a un enfoque educacional, social e individual; fortalecer la Consejería para ITS y la consejería de pares; y promover el uso del condón y el aseguramiento en su abastecimiento y distribución.

Apuntando a la reducción de la transmisión sanguínea de las ITS/VIH, incluyendo la transmisión por hemoderivados, trasplantes o durante procedimientos invasivos, plantea asegurar una provisión segura de sangre, hemoderivados y órganos; promover en el personal de salud las medidas de bioseguridad; y evitar el uso común de jeringas entre los consumidores de sustancias ilícitas por vía parenteral.

La disminución de la transmisión vertical de las ITS y VIH se lograría garantizando el tamizaje para VIH en gestantes; estableciendo la profilaxis antirretroviral a madres con VIH y sus hijos recién nacidos; incorporando a los programas de planificación familiar a las mujeres seropositivas y sus parejas; fomentando intervenciones que disminuyan el riesgo de transmisión vertical de la infección por VIH; y garantizando el diagnóstico y tratamiento de la sífilis en gestantes durante el control prenatal y en el momento del parto.

Algunas estrategias propuestas para alcanzar la disminución del impacto individual, social y económico en las personas con VIH y Sida son: lograr una atención integral de calidad a personas con VIH y Sida; conseguir la protección y promoción de los derechos humanos y el respeto por la dignidad de las personas con VIH y Sida; ofrecer acceso gratuito al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad – TARGA, como parte de la atención integral de calidad a los pacientes con VIH y Sida; conseguir la descentralización de la atención de personas con VIH y Sida hasta el primer nivel de atención, y conseguir el fortalecimiento de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad – TARGA a través de visitas domiciliarias, la participación de voluntarios en consejería de pares y actividades de sensibilización a grupos familiares.

Así también, para conseguir el fortalecimiento Institucional se espera potenciar la capacidad de gestión (capacidad de gobierno, gerencial y técnico administrativa); y potenciar la capacidad resolutoria de los equipos multidisciplinarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA en los niveles descentralizados. Y para alcanzar el fortalecimiento de la coordinación multisectorial para el control de las ITS-VIH/SIDA se tiene pensado articular acciones del sector público y sociedad civil en el marco de la Estrategia Sanitaria Nacional a través del comité consultivo.

En el 2007, mediante Decreto Supremo 005- 2007-SA se aprobó Plan Estratégico Multisectorial de Prevención y Control de ITS y VIH/SIDA 2007-2011 (PEM-VIH). El Plan Estratégico es importante, entre otras razones, porque constituye una política pública nacional explícita en VIH/SIDA que es desarrollada multisectorialmente y es articulada con los lineamientos de la Política Nacional de Salud, en el marco de un proceso de reforma sanitaria y teniendo como ejes el derecho a la salud y la equidad. Asimismo, se tomó como base para la propuesta de sexta ronda al Fondo Global.

Por otra parte, las actividades de Atención Integral de la Estrategia Sanitaria Nacional PC ITS-VIH/SIDA del MINSA han estado dirigidas a la implementación de la atención y tratamiento de las personas viviendo con VIH/SIDA en el País. Para ello fue necesario desarrollar un sistema capaz de brindar una atención multidisciplinaria, con calidad y que garantizase la adherencia al tratamiento en sus tres líneas de acción: educación para la salud, consejería y servicio social.

En el año 2003 se aprobó la propuesta peruana para el proyecto de Fortalecimiento de la Prevención y el Control del VIH/SIDA en el Perú presentada a la II Ronda del FMSTM. En el marco de dicho proyecto, se inició en el año 2004 el Programa Nacional de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA). Para ello se constituyó la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA), organismo de coordinación multisectorial que agrupa organizaciones e instituciones de la sociedad civil y personas afectadas, y que representa el mecanismo coordinador de país frente al Fondo Mundial.

Como parte de este programa, se incluyó la toma de pruebas (CD4 y Carga Viral) a las personas viviendo con VIH a nivel nacional de acuerdo a un cronograma preestablecido. Se formaron equipos multidisciplinarios encargados de la atención de las personas con VIH y de la provisión de antiretrovirales, En un inicio el programa se estableció en centros hospitalarios a nivel nacional y posteriormente fue incluyendo establecimientos de salud de un menor nivel de atención.

Ministerio de Educación

El Ministerio de Educación, ha venido trabajando conjuntamente con el MINSA y la CONAMUSA en diversas actividades vinculadas a la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, incluido el VIH/SIDA en el marco de los Proyectos del Fondo Mundial, específicamente en lo que se refiere a la “Promoción de Estilos de Vida Saludables en adolescentes y jóvenes para prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA”

Además, el Ministerio de Educación ha desarrollado las siguientes estrategias educativas en relación a la prevención de las ITS, VIH y SIDA desde la Dirección de Tutoría y Orientación Educativa:

- ⦿ Asesoría Técnica en Educación Sexual Integral (ESI): Con el propósito de fortalecer capacidades y propiciar comportamientos saludables y responsables en directivos, docentes, padres de familia y estudiantes.
- ⦿ Dotación de materiales educativos: Relacionados con la Educación Sexual Integral y la Prevención de las ITS, VIH y SIDA.
- ⦿ Acompañamiento del proceso de implementación de la ESI: Permitiendo el reforzamiento de conocimientos, así como también identificar las dificultades que se presenten durante el proceso.
- ⦿ Intercambio de experiencias: Realización de encuentros de directivos, docentes y estudiantes de las Instituciones Educativas que implementan la ESI, con la finalidad de compartir las lecciones aprendidas.
- ⦿ Monitoreo de las acciones de la ESI: Derivadas de la aplicación de las Orientaciones Pedagógicas para la prevención de las ITS, VIH y SIDA.

Dentro de las acciones realizadas en el marco de los proyectos ejecutados con CONAMUSA, se han desarrollado actividades a nivel de instituciones educativas de secundaria y actividades destinadas a reducir el estigma y la discriminación de las personas con VIH y SIDA en el ámbito escolar.

Otros programas

La población en general ha estado, en gran parte, expuesta a información de prevención del VIH, a través de apariciones en los medios. Este tipo de exposición ha tenido lugar por casi dos décadas, y ha sido más probable que haya ocurrido como novedades específicas (p.e. noticias internacionales, eventos nacionales).

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Promoción de la Salud y su Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud, es responsable de llevar a cabo y coordinar las acciones del Convenio, en el eje temático de Salud Sexual y Salud Reproductiva, con el Ministerio de Educación. Un objetivo de esta política ha sido desarrollar y fortalecer en la comunidad educativa capacidades y competencias en el campo de la sexualidad humana que promueva una cultura de la salud, con énfasis en Derechos Sexuales y Reproductivos, la equidad de género y la interculturalidad para que los adolescentes y jóvenes en edad escolar puedan tomar decisiones asertivas, informadas, responsables y coherentes con su proyecto de vida.

Para el logro de estos objetivos propuestos se considera desarrollar los componentes de capacitación a los docentes de las instituciones educativas, capacitación a educadores de pares escolares, conversatorios con la comunidad educativa, sobre salud sexual y reproductiva, desarrollar instrumentos para la capacitación, fortalecimiento y desarrollo institucional, diagnóstico de la salud sexual y reproductiva en instituciones educativas, mapeo de recursos sociales y coordinación de redes y organizaciones.

Dada la relevancia de la salud sexual y reproductiva en la vida de las personas así como para el desarrollo del país, la promoción de la salud sexual y reproductiva es un componente esencial del derecho a la salud, considerado en los Lineamientos de Política de Salud de las/los Adolescentes, y es además una estrategia sanitaria nacional (Estrategia Etapa de Vida Adolescente) así como un eje temático priorizado por la Dirección General de promoción de la salud, del Ministerio de Salud¹.

Asimismo, los programas dirigidos por ONG orientados a jóvenes han sido numerosos, aunque no han llegado a una fracción importante de ellos, ni han asegurado la sostenibilidad de su trabajo. Han funcionado como proyectos de demostración en comunidades específicas, y en la mayoría de casos no han sido evaluados. Los reportes de su implementación han sido preparados para las agencias financieras, y no han llegado a la comunidad en general.

Las poblaciones especialmente vulnerables han sido el objetivo de intervenciones más consistentes desde 1996. El Ministerio de Salud estableció una estrategia basada en la promoción de pares para TS y para HSH. Los pares promotores de ambos grupos serían identificados y entrenados y recibirían un pequeño pago para distribuir material impreso y condones, lo mismo que para alentar a sus pares a visitar las clínicas donde serían tamizados para descartar ITS y recibir tratamiento si fuera necesario. Esta estrategia experimentó una merma significativa después del 2001, habida cuenta de la política conservadora adoptada por el Ministerio de Salud (2001-2003). Posteriormente, la orientación del programa cambió hasta establecer el sistema de Tratamiento

1. MINSA. DGSP. Plan de Implementación del Eje temático de SSR en el programa de promoción de la salud en las instituciones educativas.
<http://www.minsa.gob.pe/portal/portal2.aspServicios/SuSaludEsPrimero/Adolescente/adolescente.asp>

Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA). Este cambio contribuyó a mantener este programa basado en pares como un esfuerzo de baja prioridad, y su sostenibilidad fue dejada de lado, en la mayor parte de casos, hacia las direcciones regionales de salud.

2.3 Contexto Normativo

Directivas del MINSA

- ⦿ Sistema de atención de manejo de infecciones de transmisión sexual sintomáticas en gestantes y mujeres durante la lactancia (**Directiva 05- 2003-MINSA/DGSP**)

Esta directiva tiene como objetivo establecer un sistema de atención en el manejo de caso de Infecciones de Transmisión Sexual – ITS en gestantes y mujeres durante la lactancia, a través de un sistema de diagnóstico precoz, oportuno y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual, en gestantes y mujeres durante la lactancia, siguiendo los esquemas del manejo sindrómico; y además busca establecer el mecanismo de información, consejería, cumplimiento de tratamiento supervisado, captación de contactos y provisión de condones.

- ⦿ Sistema de atención médica periódica para los (las) trabajadores(as) sexuales (**Directiva 07-2003-MINSA/DGSP**)

Esta directiva tiene como objetivos establecer un sistema de Atención Médica Periódica - AMP y sistemática para los(as) trabajadores(as) sexuales con la finalidad de realizar la detección precoz, atención oportuna y tratamiento adecuado de las Infecciones de Transmisión Sexual – ITS, VIH/SIDA; así como fortalecer los Centros de Referencia de ITS (CERITSS) y las Unidades de Atención Médica Periódica – UAMPs, a través del reconocimiento de dichos establecimientos de salud, para la atención de los(as) trabajadores(as) sexuales, a fin de brindarles una atención diferenciada con calidad.

- ⦿ Sistema de promotores educadores de pares en población vulnerables de ITS y VIH/SIDA (**Directiva 09-2004-MINSA/DGSP**)

Esta directiva busca fortalecer la Red de promotores educadores de pares en poblaciones vulnerables para las ITS y el VIH/SIDA en las Direcciones de Salud del país como estrategia preventiva y de control para reducir o eliminar la transmisión del VIH/SIDA en el Perú. Asimismo, pretende fortalecer y establecer un sistema de educadores de pares en las intervenciones en cambio de comportamientos para poblaciones vulnerables, como las trabajadoras(es) sexuales y HSH, para la derivación oportuna a los centros de salud, la promoción de comportamientos de menor riesgo y la detección temprana de las ITS y el VIH/SIDA; fortalecer la red de servicios de atención en ITS y VIH/SIDA tanto en recursos humanos como logísticos para brindar atención integral oportuna a la población vulnerable con calidad y calidez; y a su vez establecer un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación de las actividades de los promotores educadores de pares en poblaciones vulnerables destinados a las acciones preventivas y de control para las ITS y VIH/SIDA.

- ⦿ Sistema de manejo post exposición ocupacional al virus de inmunodeficiencia humana en los trabajadores de salud (**RM No.503-2003 SA/DM**)

Esta directiva busca disminuir el riesgo de infección por el VIH post-exposición ocupacional y brindar una adecuada atención al trabajador de salud en estas circunstancias. Asimismo, busca sensibilizar a las instituciones para que asuman su respectivo rol frente a los accidentes post-exposición ocupacional al VIH y puedan brindar la atención y el acceso al tratamiento antirretroviral a los trabajadores de salud expuestos, si el caso lo amerita; así como también, pretende disponer de un protocolo estandarizado a nivel nacional para el manejo post-exposición ocupacional al VIH, en los trabajadores de salud.

- ⦿ Sistema de atención para el tratamiento antirretroviral en los niños infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (**Directiva 015-2003-MINSA/DGSP-DEAIS –V.01**)

El objetivo primordial de esta directiva es establecer un sistema de atención integral ofertada al niño infectado con el VIH, incluyendo tratamiento antirretroviral, que contribuirá a disminuir la morbilidad y mortalidad por SIDA en esta población, así como mejorar su calidad de vida.

Normas del MINSA

- ⦿ Norma Técnica de atención para la administración de Quimioprofilaxis y tratamiento antituberculoso a personas VIH/SIDA (**Norma Técnica Nro. 123- 2004-MINSA/DGSP**)

Esta norma tiene como objetivo establecer la normatividad técnica de atención para la administración de quimioprofilaxis y tratamiento antituberculoso a personas con VIH/SIDA, que permita reducir la morbilidad y mortalidad en estas personas. Asimismo, busca establecer el mecanismo de consejería y tratamiento profiláctico con Isoniacida – INH a las personas con VIH/SIDA sin Tuberculosis que acuden a los establecimientos de salud; y un sistema de diagnóstico precoz y oportuno de Tuberculosis en las personas viviendo con VIH/SIDA y administrar adecuadamente el tratamiento antituberculoso supervisado.

- ⦿ Norma Técnica para la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad – TARGA - en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (**Norma Técnica Nro. 124-2004-MINSA/DGSP**)

Esta norma busca mejorar la eficiencia del tratamiento con antirretrovirales de gran actividad (TARGA) mediante la implementación de un Programa de Adherencia al TARGA, lo que no sólo representa el cumplimiento de la terapia sino también: alcanzar la supresión máxima y prolongada de los niveles de RNA - VIH en plasma y lograr el restablecimiento y/o conservación de la función inmunológica para retardar la progresión de la enfermedad; disminuir la morbilidad y la mortalidad de personas adultas infectadas por el VIH/SIDA; lograr la pertinencia, oportunidad y calidad de la atención a los pacientes con VIH/SIDA; lograr un impacto positivo sobre la epidemia en el País; y asegurar la correcta administración del TARGA a nivel nacional, con niveles de adherencia superiores al 90%.

- ⦿ Modificatoria de Norma Técnica para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad – TARGA en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (**Norma Técnica Nro.939-2004-MINSA/DGSP**)

Esta norma tiene como objetivo disminuir la morbilidad y la mortalidad de personas adultas infectadas por el VIH/SIDA. Así mismo, busca implementar como parte de la atención integral de la persona infectada con VIH/SIDA, el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad - TARGA,

bajo un sistema de evaluación previo al inicio de la terapia y de distribución, administración, supervisión, seguimiento clínico y de laboratorio, con el propósito de mejorar su calidad de vida; alcanzar la supresión máxima y prolongada de los niveles de RNA - VIH en plasma y lograr el restablecimiento y/o conservación de la función inmunológica para retardar la progresión de la enfermedad; monitorear la eficacia de la TARGA; y asegurar la adherencia a la TARGA.

⊙ **Norma Técnica para la prevención de la transmisión vertical (Madre-Niño) del VIH (Norma Técnica Nro. 084 -2005-MINSA/DGSP)**

Lo que busca esta norma es la prevención de la transmisión vertical, y dar la administración de tratamiento profiláctico antiretroviral a la madre y su niño según los escenarios establecidos en la presente norma. Entre sus objetivos específicos encontramos el establecer un sistema de diagnóstico precoz y oportuno del VIH tanto para gestantes que acuden al establecimiento de salud para su control prenatal como para aquellas que acuden en el momento del parto y que no tienen conocimiento de su estado serológico en relación al VIH; criterios de manejo de la gestante infectada por el VIH mediante escenarios de acción según el diagnóstico de la gestante durante el control prenatal, o al momento del parto y según si esta se encontraba recibiendo TARGA antes del embarazo. La norma incluye el uso racional de antiretrovirales, forma de atención del parto y seguimiento de la madre y el niño; el proceso de información grupal y consejería previa a la prueba de diagnóstico en la gestante que acude al servicio de salud así como la consejería posterior a la prueba de soporte en la mujer viviendo con el VIH;. Este seguimiento será realizado hasta el conocimiento de su estado serológico al año y medio de edad; y por último el sistema de registro y monitorización de las actividades para la prevención de la transmisión madre niño del VIH.

⊙ **Norma Técnica para la atención en consejería en ITS-VIH/SIDA (Norma Técnica Nro.125-2004-MINSA/DGSP)**

La norma lo que busca es disminuir el impacto psicosocial de la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana- VIH y el SIDA en la población peruana a través del establecimiento del servicio de consejería en ITS y VIH/SIDA por el Ministerio de Salud, con la finalidad de fomentar el diagnóstico precoz, brindar soporte psicosocial, educación para la salud y apoyar el tratamiento oportuno.

⊙ **Norma Técnica para la atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente (Norma Técnica Nro. 034- 2005-MINSA/DGSP)**

La finalidad de la norma es mejorar la atención integral de salud que se brinda a la población adolescente en los establecimientos de salud pública y privados, en un marco de respeto a los derechos, equidad de género, interculturalidad y calidad, para contribuir a su desarrollo y bienestar.

Otras normativas del MINSA

Norma Técnica para promotores educadores de pares en poblaciones vulnerables para la prevención de ITS Y VIH/SIDA (**Norma Técnica Nro. 074 - 2004-MINSA/DGSP**).

Norma Técnica para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad - TARGA en Adultos Infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (**Norma técnica Nro. 311-2005 MINSA/DGSP**)

Normas del MINEDU

Las instituciones educativas deben garantizar aprendizajes pertinentes y de calidad, incluyendo entre los resultados esperados, de manera relevante, la superación de la discriminación de género y el respeto por los Derechos del Niño.

⦿ Plan Nacional de Educación para Todos 2005-2015 Perú **(RM 0592-2005-ED)**

Derivado del Marco de Acción de Dakar (2000), que destaca a la educación como un derecho humano fundamental relacionado con el desarrollo sostenible, la paz y la estabilidad, tanto al interior de los países como en las relaciones establecidas entre ellos. En reconocimiento de este derecho, el Estado se compromete a brindar una educación integral para todas y todos, que comprenda la lucha contra el VIH y el SIDA, y la atención a las necesidades de aprendizaje de jóvenes y adultos, mediante el acceso equitativo a una enseñanza adecuada, así como a programas de preparación para la vida.

⦿ Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA, Educación Primaria y Secundaria **(MINEDU -DITOE 2008)**

El Ministerio de Educación es la instancia encargada de establecer las normas y acciones pedagógicas a ser implementadas en las instituciones educativas a nivel nacional. En el marco de estas atribuciones ha elaborado los Lineamientos Educativos para la Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH y SIDA en las Instituciones Educativas de la Educación Básica Regular, los cuales tienen como objetivo contribuir al proceso formativo de las y los estudiantes a través del desarrollo de aprendizajes significativos que les permitan asumir comportamientos saludables y responsables, orientados a prevenir la adquisición de ITS, VIH y SIDA.

⦿ Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral **(Resolución Directoral Nº 180-2008-ED).**

El Ministerio de Educación ha asumido la responsabilidad de elaborar los Lineamientos de Educación Sexual Integral en el sistema educativo. Dicha respuesta es consistente con el marco de política educativa vigente, así como con los compromisos establecidos en el Proyecto Educativo Nacional (R.S. 001-2007-ED), que señala, entre sus objetivos: brindar oportunidades y resultados educativos de igual calidad para todas las personas. Estos lineamientos son igualmente consistentes con el Plan Estratégico Multisectorial para la Prevención y Control del VIH/SIDA 2007-2011 (DS 005-2007-SA) que, en su objetivo 3, resalta la necesidad de impartir educación sexual a los y las adolescentes y jóvenes.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Realizar la Evaluación Final del Programa “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y Tuberculosis en el Perú” – Componente VIH; a fin de determinar si el programa produjo los efectos deseados en las poblaciones metas, tanto beneficiarios finales como intermedios; y si esos efectos son atribuibles a la intervención del programa. Al mismo tiempo busca determinar y examinar consecuencias no previstas en los beneficiarios, sean éstas positivas o negativas.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Analizar y sistematizar los resultados obtenidos con respecto a los objetivos del programa “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y Tuberculosis en el Perú” – Componente VIH (eficacia/efectividad).
- b) Analizar y comparar los resultados observados a través de la línea de base, del estudio de medio término y de los estudios de Medición (2º, 3º y 4º) que se realizaron a lo largo de la intervención; así como del Estudio “Multi-Country Evaluation Study Health Impact of the Scale-up to Fight AIDS, TB and Malaria with special reference to the Global Fund - Final Impact Evaluation Report - PERÚ. Five Year Evaluation of the Global Fund - Study Area 3 Health Impact”, realizado en nuestro país por encargo del Fondo Mundial.
- c) Examinar, a través de Ejes de análisis, cómo los grupos meta se han beneficiado de las intervenciones (satisfacción de usuarios: beneficiarios intermedios y finales), de qué manera las condiciones actuales pueden (o no) asegurar la sostenibilidad de las actividades del

programa (sostenibilidad), y cuál el uso que se dio a los recursos (eficiencia). Se deberá tomar información sobre perspectivas de los beneficiarios, el valor que los programas revisten para éstos, y los procesos que puedan haber afectado los resultados.

- d) Determinar el cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado Peruano en la Propuesta Técnica.
- e) Brindar una retroalimentación de los procesos y los logros a la CONAMUSA y a los actores clave del programa, proporcionando sugerencias generales y específicas por objetivo que podrían ser utilizadas para enriquecer las intervenciones futuras en el país.

4. Resultados

4.1 Resultados Referidos al Objetivo 01: Promover estilos de vida saludable en adolescentes y jóvenes en los temas de ITS/VIH/SIDA

4.1.1 Estrategias implementadas

Las estrategias del Objetivo 01 fueron:

- (1) Formación y apoyo de promotores juveniles en colegios e institutos seleccionados, para la entrega de información y promoción de uso de preservativo en relaciones sexuales, la búsqueda de consejería de atención de SSR en caso de necesidad.
- (2) Fortalecimiento de las capacidades de docentes secundarios para promover estilos de vida saludables con énfasis en VIH/ITS y con enfoque de género, generacional y de respeto a los derechos humanos.
- (3) Formación de equipos regionales de docentes para la promoción de estilos de vida saludables con énfasis en VIH/SIDA.

Fortalezas:

- (1) Participativa – Incorporó centralmente la participación de los jóvenes como promotores.
- (2) No limitada a abstinencia – A diferencia de lo planteado por una tendencia importante de la época (el ‘ABC’), esta estrategia no se planteó metas que privilegiaran la abstinencia, sino que planteó el uso de preservativo en la última relación sexual como un indicador de efecto/ resultado, e incorporó dicha visión en sus contenidos.

- (3) Intersectorial y descentralizada en su diseño – Partió del Sector Educación (considerando sus niveles) y buscó coordinar con el Sector Salud.

Limitaciones:

- (1) Tuvo una cobertura planeada muy pequeña, limitada a una proporción de centros educativos públicos de secundaria de algunas ciudades del país.
- (2) Pese al diseño de la estrategia como enraizada en el sector educación, la perspectiva de la DITOE sugiere que las acciones de coordinación inicial se fueron diluyendo en el proceso, generando la percepción de que la aplicación siguió un “modelo de ONG”. Existen evidencias de la voluntad de coordinar (por parte del sub-receptor), sobre todo en los primeros años, pero ello puede haber ido desapareciendo, creando en los responsables del MINEDU la percepción de una estrategia desintegrada.
- (3) Una barrera también la ha constituido la Ley General de Salud (26842) promulgada en 1997, cuyo artículo 4 viene siendo hasta la actualidad interpretado de tal manera que restringe el acceso de los/las adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como al acceso a las pruebas de VIH, requiriendo la autorización de sus padres o de algún representante legal.
- (4) Según algunos entrevistados, se trató de una estrategia no integrada, limitada a VIH pero no considerando salud y derechos sexuales y reproductivos de jóvenes (perspectiva de ciudadanía); tampoco otros problemas cotidianos de los jóvenes. Sin embargo, los contenidos de la capacitación y los materiales incluyeron una lista amplia de temas de interés desde el marco de una perspectiva integrada. Puede ser que la percepción de los actores simplifique el programa en torno al tema que le dio origen y en el cual tal vez se enfocó luego, toda vez que los indicadores se referían sólo a VIH y por ello habría existido una mayor presión para centrar esfuerzos en el mismo
- (5) Intervención aislada, sin sinergias (necesaria participación de familia, medios de comunicación, otros actores). Una intervención integral debería haber considerado un involucramiento más profundo de este conjunto de actores que tienen gran influencia sobre la cultura sexual de las y los jóvenes.

4.1.2 Satisfacción de Beneficiarios

Este eje refleja, en estricto, las percepciones de los beneficiarios recogidas a través de entrevistas individuales y grupales; percepciones de lo que para ellos/as han significado las actividades de 2a. Ronda y de las cuales han sido partícipes y beneficiarios. Estas percepciones delinean la forma cómo estas personas han visto y sentido que las actividades los/las han afectado, en sentido positivo y negativo. De ninguna manera refleja la calidad y cantidad real de las actividades; por lo que no se pueden contrastar con un número de actividades realizadas en su favor, o si estas actividades fueron bien o mal implementadas. Refleja lo que los actores han sentido y qué les han dejado las estrategias. El término “satisfacción” es un concepto subjetivo y éste es definido por sus actores (beneficiarios) de acuerdo a cómo ellos/as ven y aprecian los resultados del programa.

4.1.2.1 Percepción de la población beneficiaria directa e indirecta, los beneficios del programa

En el caso de los y las escolares, la percepción de los y las entrevistados/as es que la intervención realizada por el objetivo 1 de 2da ronda fue una forma efectiva de proveer información. Todas las estrategias que se llevaron a cabo, tanto las charlas, el trabajo de los promotores de pares, como las estrategias más comunicacionales incidieron en proveer información sobre prevención y VIH y Sida, tanto para el caso de los colegios, como las intervenciones dirigidas a las asociaciones e institutos de jóvenes.

Yo creo que fue una forma de informar directamente y en forma científica a los alumnos, porque muchos de ellos no sólo en la mente tenían mitos, sino miedo a lo que escuchaban, a lo que veían por los periódicos, y entonces ellos tenían una idea equivocada. (Profesora, San Juan de Miraflores)

Algo interesante que menciona un profesor del colegio visitado en el Callao, es la explicación de las ventajas de enfocar el programa en los colegios, donde la población adolescente y joven se encuentra cautiva, contrariamente a trabajar en las comunidades, donde sería mucho más difícil retener a la población objetivo e interesarla en los temas de prevención.

Yo creo que fue acertado, en el colegio se encuentra el grupo más fácil de trabajar, si hubiera sido en la comunidad, hubiera sido de poca audiencia, de los adolescentes que están en las calles, ¿no? (Profesor, Callao)

En este sentido es que se valoran las estrategias, la mayoría de las cuales se adaptaron al lenguaje de los jóvenes, para que pudieran llegar mucho más efectivamente a ellos/as.

Lo hablamos en el nivel, en el lenguaje científico, muy bien ilustrado, los chicos captaron todo, hicimos un concurso de paneles, de paneles inmensos, todo... (Profesor, San Juan de Miraflores)

(La estrategia) fue efectiva. Era un "combinado". Una estrategia dinámica, adecuada al joven y generábamos el debate sobre los temas (Profesor, Callao)

En esta tarea, los promotores de pares jugaron un rol fundamental, principalmente porque el objetivo 1 permitió que las capacitaciones recibidas les otorgaran las habilidades suficientes para generar el interés en los/las alumnos/as.

Hemos hecho como un sitio, que nos facilitó la dirección para que los alumnos de la institución educativa vayan y nosotras poder orientarlos. Ya pues, bien, sí, la mayoría de los alumnos fueron a hacernos preguntas, porque tenían interés, sobretodo interés en todo lo que es el VIH-SIDA. (Promotora de Pares, Callao)

Los promotores de pares entrevistados, puntualizan que antes de la intervención los alumnos no tomaban el tema con la seriedad debida, y gracias a sus orientaciones esas actitudes llegaron a cambiar.

Pero cuando nosotros llegábamos a explicarles, ya tenían una idea más clara a qué se refiere cada tema, y no tomarlo en forma de juego, como algo más serio (Promotora de Pares, Callao)

Sobre la información nadie estaba enterado, pero cuando hemos estado dando las orientaciones, hemos estado informando más, y ya tenían un poco más de cautela acerca de este virus. (Promotora de Pares, San Juan de Miraflores)

De la misma forma lo ve uno de los tutores acompañantes.

Los alumnos le pierden la vergüenza tal vez a poder comprar un condón, o a pedir. Si antes lo veían como juego, como cosa oculta y pícaro, entonces ahora sí lo han podido ver como un elemento de cuidado personal, y el hecho de poder desenvolverse en el tema de la sexualidad también. Ahora lo toman ya no con gracia, con picardía o con grosería, sino, que le suman a eso, porque no lo han dejado, le suman a eso el asunto de que son consientes de esta enfermedad (Profesor, San Juan de Miraflores)

Los promotores de pares en cada colegio lograron establecer la empatía y confianza suficientes que les permitiera contribuir a disminuir los comportamientos de riesgo e incrementar el interés por el cuidado sexual entre los/las alumnos/as.

Se logró la disminución más que todo en el colegio, sobre el conocimiento más que todo de los alumnos, la confianza que nos tenían a nosotros porque constantemente venían ellos, nos preguntaban, no solamente de los temas que enseñábamos, sino también de otros temas relacionados, ya pues, en esa parte sí hemos logrado al menos que tomen conciencia los alumnos y ya sepan... lo que debían hacer. (Promotora de Pares, Callao)

En el caso de los Institutos y Asociaciones Juveniles, éstas también valoran las estrategias con las cuales se llegó a los/las jóvenes. En este caso se desarrollaron estrategias grupales y también estrategias cara a cara. Una percepción general es que aquellas actividades más lúdicas fueron las que mejor llegaron a los jóvenes. En el caso de estos grupos, el trabajo se realizó a nivel comunitario.

La estrategia que más salió y le gustó a los jóvenes es el DISCOSIDA. Primero lo hacíamos dentro del establecimiento de salud. Poníamos paneles, luces psicodélicas, invitábamos a 2 amigos cada uno de nosotros. Pero luego, pensamos ¿por qué no vamos a una discoteca? (Promotor de Pares, Asociación Juvenil - Callao)

Inventamos los personajes. El SUPERCONDON y la SEGURICHICA, que eran una pareja, y actuaban, hacíamos preguntas, sobre el SIDA, así, y se contestaba bien le regalamos un llavero, cosas así. Los dos primeros años trabajamos con el psicólogo, pero en las discotecas empiezan a las once, doce, así... y el psicólogo ya no podía acompañarnos, pero seguía apoyando (Promotora de Pares, Asociación Juvenil – Callao)

Para los tutores y promotores de pares de cada grupo interventor, existe la percepción de que algunas metas sí se alcanzaron, mientras que otras no, de acuerdo posiblemente, a sus observaciones empíricas en cada colegio intervenido, tal como lo demuestran los testimonios que siguen.

Pero las mujeres negocian el uso del condón antes de iniciar una relación, por eso digo que las metas se han alcanzado (Promotora educadora de pares, San Juan de Miraflores)

No lo sé si habrá alcanzado sus metas trazadas, siendo honestamente, hablando honestamente, pero yo creo que sí ayudó muchísimo (Profesora, San Juan de Miraflores)

Se ha logrado que se difunda lo que es sexualidad y se hable sin miedo. Se ha logrado informar que el VIH le da a cualquier persona y que estamos expuestos todos. Se ha logrado también difundir que el alumno tiene que saber asumir con responsabilidad su vida sexual, vivirla pero asumirla con responsabilidad (Profesor, Callao)

Los demás nos han tenido más confianza como para que las cifras que hay del embarazo precoz y las infecciones, se vayan disminuyendo, En este colegio, en gran parte se ha ido disminuyendo esas cosas (Promotor educador de pares, Callao)

Prevenir el VIH también ha sido un objetivo, pero no se ha logrado totalmente. En cierto punto sí le hemos difundido el tema, a los que estaban a nuestro alrededor (Promotor educador de pares, Callao)

Yo he visto que sí, más lo que están utilizando es la abstinencia, porque, claro al momento por decir se les viene la idea,... pero se les viene a la mente lo que le hemos dicho porque ese tema es bastante resaltante, no se van a olvidar fácilmente, se ponen a pensar...(Promotor educador de pares, San Juan de Miraflores)

De acuerdo a lo que expresan las funcionarias entrevistadas en DITOE, ellas afirman que definitivamente el programa llegó donde estuvieron destinadas las actividades. El problema que expresan es el cómo llegaron; es decir que reconocen una amplia cobertura del programa, aunque cuestionan ciertamente su enfoque, el cual, según ellas, ha estado referido a provisión de información sobre VIH.

Ha llegado; pero ¿cómo ha llegado?, ¿los docentes lo necesitan? sí necesitan material educativo y capacitación, sí lo necesitan. ¿Los estudiantes necesitan ser parte de los procesos educativos donde ellos están interviniendo? sí y ello ha sido parte de la política del sector. En este sentido sí está llegando {el programa}, no nos ha preocupado tanto la cobertura de a cuántos, porque según esa intervención tenemos más de 90,000 estudiantes expuestos a información sobre VIH (DITOE)

Esta opinión concuerda con lo expresado líneas arriba por los tutores entrevistados, quienes también enfatizan, como un logro la información recibida sobre VIH/SIDA, aunque las entrevistadas afirman que esta información, de acuerdo a una evaluación realizada, no ha dejado buenos resultados en los/las alumnos/as. No obstante, se han incluido, en los módulos, aspectos como “toma de decisiones” o “habilidades sociales”; La opinión de DITOE es bastante clara al respecto.

Yo entrevisto a un estudiante de esas instituciones educativas y seguramente me recita qué es el VIH, el SIDA, cuáles son los pasos para ponerse el condón ¿pero eso ha cambiado comportamientos y actitudes?, ¿ha dejado aprendizajes? Yo no creo... Yo no creo porque la evaluación de 6ta ronda...6ra ronda ha complementado las actividades que se han hecho en la 2da fase y cuál es el resultado de la evaluación: que los estudiantes tienen información heterogénea, dispersa y errónea sobre el tema de VIH e ITS, ¿hemos avanzado? Tampoco, Igual con los docentes, hay que leer nada más las evaluaciones. (DITOE)

Ahora bien, los materiales han sido un aspecto importante de las estrategias y de la llegada de los docentes y promotores capacitados a los alumnos. DITOE, reconoce su participación crucial en la elaboración de estos materiales, de los cuales aluden a dos Guías pedagógicas “Conversando con los y las adolescentes de estilos de vida saludables, sexualidad y prevención de ITS/VIH y SIDA”, y “Vivenciando mi sexualidad”. Con respecto a estos materiales sus testimonios expresan lo siguiente:

Acompañamos sólo el proceso de elaboración acá en Lima. Con participación en la elaboración del material educativo; teniendo una discusión... porque veíamos que las personas tenían un enfoque distinto al de Educación porque el sector está hablando desde la educación y ellos están hablando desde el acceso a la salud sexual y reproductiva, entonces están mirando los efectos y no el proceso que es todo lo que va a contribuir a que la gente no se enferme (DITOE)

En la elaboración de materiales pudimos orientar un poco la intervención, es decir hablar desde la sexualidad integral y no sólo hablar de la parte instrumental. En educación no sólo tienes que generar conocimientos, sino que tienes que instrumentar procedimientos para que el aprendizaje se produzca; igual, evaluar esos aprendizajes entonces las metodologías que se diseñaron desde la propuesta de educación, este es un aparte ¿no cierto? Pero es la orientación que tú le das (DITOE)

Por ejemplo, en el primer texto que se hizo en el marco de la 2da. Ronda, el texto “conversando” es un texto valioso, pero vas a ver un enfoque más centrado en la salud reproductiva, pero en el producto de la segunda fase de la 2da. Ronda “Vivenciando...” ya tú ves un enfoque distinto al del anterior producto, que es el enfoque de educación, eso estuvo mediado por una discusión fuerte y ese texto nos llevó dos años. Esa discusión fue entre los equipos técnicos de Cayetano y el equipo del Ministerio de Educación (DITOE)

Yo digo que en la 2da ronda, en la parte que nosotros intervinimos, que fueron los materiales, yo lo puedo decir en el tema de “vivenciando nuestra sexualidad” lo hemos hecho casi todo nosotros, lo hemos tenido que re escribir; fue todo un debate, somos coautores, pero ese es el libro que más le gusta a la gente (DITOE)

Con respecto a otros materiales, a los cuales ellas afirman no haber tenido conocimiento, mencionan que no poseían los enfoques, ni las temáticas esperadas y que incluso no fueron del agrado de algunos tutores.

Pero hay otros materiales que nosotros no sabíamos que existían. Hay unos videos que han hecho con CALANDRIA, hay unos rotafolios (DITOE)

Cuando ya contratamos a una persona que debía observar por nosotros, encontré directores que estaban en contra. Porque un poco que los violentaba mucho, por ejemplo encontrar rotafolios con poses sexuales no solamente heterosexuales, sino también homosexuales. O videos que, si bien es cierto, pueden estar bien tratados en la cinematografía, pero por ejemplo que también orientaban hacia la homosexualidad. Eso es negativo, nosotros estamos trabajando un lenguaje afirmativo, positivo que habla de la sexualidad, no como un problema, como plenitud, como placer y si tú entras con un video de “no se lo digas a nadie”, poniendo un mensaje, es inadecuado, o el enfoque de riesgo y daño que está a la base de salud y que nosotros ahorita nosotros queremos cambiar por un enfoque que dice que la sexualidad es algo natural y tienes que saber vivirlo y manifestarlo y el tema de VIH y embarazo que son problemáticas que no las negamos y las abordamos también, son problemas asociados a la sexualidad y no la sexualidad como un problema. (DITOE)²

Otro problema que observan las entrevistadas es la cobertura del proyecto, en términos de niveles escolares, allí también difiere el enfoque del programa, del enfoque del Sector Educación.

El proyecto solamente trabajó en secundaria, para nosotros la educación sexual es transversal desde inicial, pero el FM se focaliza en la secundaria, pero eso obligó a revisar la educación sexual y a revisar enfoques también. Igual se pensó en capacitación docente y en la Estrategia de Educadores de pares, esa estrategia también ha sido efectiva, eficiente en el diseño (DITOE)

4.1.2.2 Percepción de que las metas alcanzadas por el Programa cubrieron las necesidades de los beneficiarios

Algo que resalta la mayoría de los entrevistados, es la forma en que las estrategias lograron cambiar a los/las jóvenes promotores/as de pares a través de su trabajo y responsabilidades.

-
2. Probablemente este tipo de percepciones haya impedido que se incorporen temas de diversidad sexual en los manuales y materiales.

Pero el desarrollo personal que han adquirido es positivo, están bien formados y van a actuar siempre así, en cualquier lugar se comportan así (Profesora, San Juan de Miraflores)

Los chicos lo han recibido con muchísimo entusiasmo, con muchísimas ganas, han aprendido, han madurado, de ser unos niños muy tímidos, al tener el cargo, al llevarlos a participar en otras actividades al participar con otros colegios, con otras UGELES, lo han visto muy bien, muy positivo, han crecido como personas (Profesor, San Juan de Miraflores)

De esta manera los beneficiarios indirectos de la intervención, tutores/as y promotores/as de pares se encuentran satisfechos con las estrategias y los resultados de estas estrategias en cada colegio visitado.

Por ejemplo en el Callao, la municipalidad ha formado brigadas para que intervengan en las discotecas, es otra realidad. Pero están de acuerdo con la intervención, dicen que es positiva, porque nosotros nos reunimos y conversamos y están contentos. (Profesor, Callao)

Entonces también fue, digamos, formar un buen grupo al menos en este colegio que fue durando al pasar el tiempo... (Profesora, San Juan de Miraflores)

Algunas dificultades se presentaron en el proceso, sin embargo la evaluación que hacen los/las tutores/as es positiva.

No me gustó que limitaran el tamaño de los grupos a 20 (promotores). Sólo han podido trabajar 20 personas, así que ha sido un grupo cerrado (Profesor, San Juan de Miraflores).

La estrategia fue de fortalecimiento, se conoció más sobre el tema. Yo diría que fue muy buena, el grupo permanece en contacto (Profesor, Callao)

Los/las tutores/as reconocen que haber participado en el programa, también, los/as ha ayudado, no solamente por los conocimientos adquiridos, sino también en sus vidas laborales e incluso personales³.

Pero si hemos aprendido. Yo sí. Me ha ayudado en mi vida personal, en mi vida familiar, en mi vida en relación con los alumnos, muchísimo. Yo de verdad hablo a nivel personal, incluso yo estaba pensando que ya no me gustaría enseñar mi especialidad aunque me encanta, sino enseñar lo que es... todo lo que abarca esas áreas que está dentro de tutoría e información integral (Profesora, San Juan de Miraflores)

3. Esto pudo haber contribuido a que algunos tutores hayan continuado con el trabajo, incluso aquellos que, en las regiones, trabajan actualmente en las COREMUSAS.

De capacitarnos, de hacernos el equipo movilizador, yo creo que sí, porque en el colegio se me reconoce que hemos sido las personas que estábamos involucrados en esto de la prevención de VIH/SIDA, con los alumnos y las alumnas, se nos daba incluso una resolución de la Dirección de felicitación por el trabajo, también nuestros colegas han estado enterados de nuestra función, y eso, de alguna manera, lo del reconocimiento, significa que sí ha sido productivo (Profesor, Callao)

Una carencia importante percibida por los entrevistados ha sido el reducido seguimiento y profundización de los conocimientos ya adquiridos. El testimonio que sigue demuestra cómo, al adquirir conocimientos nuevos, se crea una necesidad de continuar aprendiendo más, necesidad que no fue del todo satisfecha.

Tal vez si pudo ayudar mucho un anexo que a nosotros nos pudiera profundizar más el tema, ¿no?, ya que teníamos que agenciarnos de Internet, o de otros textos que teníamos nosotros, con lenguaje más adulto, más teórico, y un anexo pudo haber apoyado eso (Profesor, San Juan de Miraflores)

Sobre la metodología aplicada con nosotros, los docentes, tal vez, hacer más continuas las reuniones de coordinación, tanto de los docentes acompañantes como de los equipos regionales (Profesora, San Juan de Miraflores)

Le faltó un poco de seguimiento de los mismos responsables de la Institución que nos apoyaba, de ir a los colegios; porque algunos colegios que tuvieron este programa no han sido muy bien seguidos, se han quedado, y no han seguido con el Proyecto, entonces creo por parte de la Organización tenían que haber acompañado más a los alumnos (Profesor, Callao)

No sé... quizás debió ser un poco más de compromiso de las ONG con los tutores que trabajaban en este colegio, porque a nosotros se nos presentó miles de dificultades de todo y a todo nivel, y prácticamente quienes tenían que resolver esto eran los tutores de aula, el profesor de planta, nos sentíamos abandonados y cada vez que teníamos conflictos, poníamos todo nosotros. Nos faltó más cercanía (Profesor, Callao)

Otra necesidad no satisfecha, percibida por los/las tutores/as y por los/las promotores/as de pares, ha sido el hecho de no trabajar con los padres de familia, piedra angular de la formación de los/as alumnos/as. Ello hubiera servido como complemento de las actividades que se daban en cada colegio.

Tal vez con los padres... que estos temas ellos los conozcan tanto como los conocen los promotores, en el sentido de que tal vez, unos trípticos, unos folletos, un seguimiento a cómo el padre aborda el tema, y por lo tanto, el resultado con el hijo. El alumno que no llegó por el lado de los promotores, llegó por el lado del papá, o de la mamá, del tío o la tía, entonces, trabajar con la familia creo yo que también pudo haber sido importante (Profesor, San Juan de Miraflores)

Tal vez podría haberse tomado la relación de los padres con los chicos y cómo la educación de sexualidad de los padres, influye de alguna manera de cómo llevan la sexualidad los alumnos... (Promotor de Pares, San Juan de Miraflores)

De igual manera lo expresan las funcionarias de DITOE entrevistadas:

Un sector no atendido fueron las madres y los padres de familia, por ejemplo nuestro modelo de intervención es integral es directivo, tenemos coordinador de tutoría, docentes, estudiantes y madres y padres de familia. Si tú intervienes de manera parcial tus resultados no van a ser eficaces tampoco (DITOE)

Desafortunadamente no todos los tutores tomaron con el mismo compromiso la intervención; no obstante la percepción de los/las tutores/as es que, de una u otra manera, se pudo llegar hasta a los más indiferentes.

En unos más que otros se vio algún compromiso; a algunos no se les vio mucho compromiso, cierta indiferencia o que más tarde lo hago, Yo creo que logró en ellos, tanto como nosotros que estábamos más activos, que influyan en sus alumnos, lo que los promotores decían o lo que nosotros abordábamos en algunos talleres grandes (Profesor, San Juan de Miraflores)

Aunque el entusiasmo al inicio fue grande, muy pocos tutores quedaron comprometidos con el programa, ello para los/las entrevistados/as ha constituido una gran dificultad, ya que se trataba de un trabajo bastante intenso para los pocos que quedaron.

Cuando nos invitaron a participar en este proyecto, se inscribieron un grupo de tutores, pero después fueron abandonando; al final nos quedamos unos cuatro contaditos. No hubo ese monitoreo de saber si el profesor se comprometió, vamos acompañarle, faltó el acompañamiento (Profesora, San Juan de Miraflores)

Al llegar a la realidad a veces era otra, primero porque, por ejemplo, en este colegio asistieron 20 tutores, de los 20, hemos quedado 3. Entonces como que quizás eso hizo cambiar las estrategias y los temas (Profesor, Callao)

Por otra parte, muchas veces, tanto los encargados del programa, como los mismos colegios, contribuyeron de manera parcial a facilitar los procesos, lo cual generaba problemas en la implementación de las actividades y mellaba el entusiasmo de los/las tutores/as.

Estas instituciones, tenían que haber estado más ligadas al MINEDU a través de la UGEL. Muchas veces se nos enviaban los documentos, nos llegaban un poquito a destiempo; nosotros estábamos ahí atrás, atrás, nos enterábamos e íbamos, pero también cuando sucedían estas cosas muchas veces no teníamos la disposición para ir por el permiso del colegio (Profesor, Callao)

El colegio no nos reconocía ninguna hora, era todo lo contrario, y a veces que era tan secuencial, por ejemplo, este sábado, el otro sábado, el otro domingo y el otro sábado y el otro domingo, entonces, nos alejábamos de la familia todo el mes, y teníamos ya después problemas familiares porque ya el esposo ya no nos quería mandar porque era de 08 a 06 de la tarde pero mientras terminaba (Profesora, San Juan de Miraflores)

Los/las promotores/as tienen una percepción general positiva del programa, que les ha permitido incluso impartir la información aprendida en sus casas. Su compromiso ha sido muy intenso durante todo el proceso y perciben que la intervención los ha ayudado en el terreno personal.

Me interesó mucho el tema, de todo el Objetivo N° 1, de todo lo que trataba el Consorcio en sí, me interesó, y entonces me dieron una citación especial para que mis padres también tengan conocimiento, y conversé con mis padres, a mis padres les pareció muy buena la idea, y así pude entrar y tener conocimiento de todo (Promotor de Pares, Callao)

Nos ayudó bastante no sólo a nosotros, sino a las personas que nosotros hemos compartido, los alumnos, los chicos de la calle, personas adultas, porque también teníamos la labor de propagar la información no sólo en el colegio, sino en nuestras casas, y de poco a poco ir yendo a otras personas, y para qué, nos ha ayudado bastante, nos ha enseñado más de lo que sabíamos, hemos podido desenvolvernos ante los demás también. Hemos podido ayudar a las personas que han tenido problemas (Promotor de pares, Callao)

A mí personalmente, lo que me ayudó en lo personal fue el tema de liderazgo, que me pudo ayudar a desenvolverme mejor, ¿no?, Yo antes era un poco tímida y por eso, tal vez, no tenía un buen rendimiento académico y cuando ya llegó el Proyecto, me dio otro enfoque y pude desenvolverme mucho mejor (Promotora, San Juan de Miraflores)

En el caso de la Asociación Juvenil visitada, los promotores de pares sienten la misma satisfacción por el reconocimiento, al igual los/las promotores/as de pares de las escuelas.

Por ejemplo, pasamos las metas porque nos decían anualmente tenían que hacer 800 orientaciones cara a cara, lo teníamos en cuenta, y pasamos la meta, fuimos uno de los primeros grupos que pasamos las metas. Nos felicitaron, los reportajes que nosotros hacíamos... Elaborábamos un informe pero para el CS cada tres meses. (Promotor de pares, Asociación Juvenil- Callao)

Algunos jóvenes nos dieron las gracias. Estaban nulos en información y creo que aprendieron, y así como nosotros enseñamos ellos también querían formar parte para enseñar a otros jóvenes (Promotor de pares, Asociación Juvenil- Callao)

Me ha ayudado mucho el trabajo de promotor, me ayudado tener experiencia con todos. Ahora el trabajo con población joven es más fácil para mí (Promotor de pares, Asociación Juvenil- Callao)

De acuerdo a los testimonios, en algún momento los/las tutores/as tuvieron la intención de implementar estrategias para educar a los/las alumnos/as en otros temas que los preocupaban, sin embargo no recibieron el apoyo necesario. De todas formas el programa les permitió desarrollarlas, porque todos los insumos les eran dados sin necesidad de que el colegio realizara ningún gasto.

Está bien, porque, por decir, supongamos que nosotros solamente nuestra institución, a veces no hay recursos del colegio para poder implementar, o hacer esta situación, pero, con el Proyecto, ellos ya nos brindaron recursos económicos, materiales, para poder facilitarles nuestras explicaciones a los demás (Profesor, Callao)

No teníamos tanto apoyo acá en el colegio porque habían varios problemas con el Director (del colegio) pero gracias al Programa sí hemos podido...nos facilitaba los objetos que hemos utilizado, y gracias a eso hemos podido avanzar, en el Programa, y gracias a las orientaciones que también hemos tenido (Profesor, San Juan de Miraflores)

De acuerdo a los Beneficiarios Intermedios, el programa ha favorecido a los equipos de intervención con respecto al incremento de sus conocimientos, su crecimiento personal y el reconocimiento frente a los demás. Sin embargo ha habido carencias importantes resaltadas por ellos, como son el trabajo con padres de familia, el seguimiento y el monitoreo más cercano de los organizadores, así como el soporte y el mayor compromiso de los órganos directrices de los colegios intervenidos; lo cual coincide también con la percepción de DITOE

Un sector no atendido fueron las madres y los padres de familia, por ejemplo nuestro modelo de intervención es integral es directivo, tenemos coordinador de tutoría, docentes, estudiantes y madres y padres de familia. Si tú intervienes de manera parcial tus resultados no van a ser eficaces tampoco (DITOE)

Es importante resaltar aquí la percepción de DITOE la cual valora las intervenciones de este objetivo para la 2da. Ronda en un sentido bastante más general. Es decir en el sentido de cómo, gracias a estas intervenciones se permitió reabrir el tema de la sexualidad en el Sector Educación, tema que, por mucho tiempo, estuvo dejado de lado.

La entrada del objetivo 1 nos parece positiva porque entra en un momento en que el tema de educación sexual estaba en un momento de latencia, pero desde la dirección de tutoría. Los directores no lo tenían como un tema prioritario, la llegada del FM obliga un poco a abrir el tema, ese es un 2do momento donde se trabaja material específico para el sector educación (DITOE)

Sin embargo su principal y más importante atinencia al programa es que el enfoque se trabaje desde una mirada de Salud y no a partir de la mirada de Educación, tema que habría que tomar en cuenta para nuevas intervenciones. Ello se contradice con otras percepciones del Sector Salud, que reclamarían una mayor participación de los Centros de Salud cercanos a las escuelas intervenidas.

Justamente ahí, como era una mirada de salud, era la única encargada en las escuelas del tema de la salud sexual y reproductiva, en realidad desde mi punto de vista no ha sido muy pertinente la intervención. Seguramente en muchos lugares a pesar que tú lo puedes haber recogido como una experiencia buena de los docentes, es que el docente quizá ha tenido la idea de que este tema tiene que ver con salud, y piensan que Educación Sexual tiene que venir de salud, y cuando ellos capacitan a los educadores de pares lo que ellos piensan es que el niño es un médico chiquito que tiene que dar charlas y orientar a los demás “así no te contagias”; le damos roles postizos y que no corresponde a la edad de él y al lo que podría ser su educación. Es como un médico que asesora (DITOE)

Ello, según sus testimonios, les ha causado dificultades para incorporar una visión de Sexualidad Integral. Notar al respecto, en el testimonio que sigue, la percepción sobre cómo los docentes ha asumido la “visión de salud”.

Eso hemos visto en nuestra intervención durante el 2008 en las 5 regiones, que los docentes que ya tienen el sesgo de VIH y esas cosas, no lo entienden y se aferran. Una cosa que nos ha parecido espeluznante en una presentación de lo que ya habíamos trabajado, les dijimos que presenten una experiencia que les parecía importante mostrar a los demás, había unos que habían traído fotos de las enfermedades de transmisión sexual, las más horribles!!!!, ellos las habían puesto allí (DITOE)

Finalmente ellas tienen claro cuál ha sido la contribución del proyecto y cuáles han sido sus limitaciones.

El proyecto ha contribuido en sensibilizar, no en desarrollar capacidades. Pero eso no lo trasladan en su acción educativa. Porque en realidad ellos lo único que enseñan es qué es el VIH, qué es el SIDA, cómo se transmite, cuáles son las formas de transmisión, más allá de eso no (DITOE)

4.1.2.3 Participación de los beneficiarios en las etapas diferentes del Programa

No se desprende de los testimonios, ni de otras fuentes que se hubiera dado una participación de los beneficiarios en el diseño, implementación y monitoreo del Programa. Lo que sí se puede percibir es que el compromiso de tutores/as y promotores/as de pares, los ha llevado a tener iniciativas propias para adaptar las actividades del Programas de acuerdo a sus necesidades.

Sobre orientación fue un tema que tuvimos que reforzarlo, porque estábamos formando a jóvenes que también tenían que volver a orientar a otros, entonces teníamos que prepararlos bien. Los contenidos fueron positivos, durante un año formé vigías... (Profesor, San Juan de Miraflores)

Utilizamos la guía de temas del Fondo Global del consorcio, luego lo enriquecimos y lo publicamos como libro, fue más completo. Las ponencias fueron las que nos dieron las ideas para mejorarlo y convertirlo en libro oficial (Profesor, Callao)

Fue necesario agregar algo más para llegar al joven (Responsable Grupo Juvenil- Villa el Salvador)

4.1.2.4 Participación de la red organizacional existente

Existen muy pocas evidencias de participación o formación de redes organizacionales más amplias. Al parecer, el programa se limitó a cada colegio intervenido, pero no tuvo la fuerza suficiente para involucrar otras organizaciones comunitarias o formar otras nuevas. Los dos testimonios a continuación, son los únicos que evidencian algo que se aproxima a las redes organizacionales, fuera de las propias instituciones educativas o juveniles.

El grupo ENTRE AMIGOS, se reunía semanalmente. Me ayudó a que yo sea Coordinador de la RED Lurín, Pachacamac, Pucusana y Villa el Salvador (Responsable, Grupo Juvenil-Villa el Salvador)

Después formamos a nivel de Cono Sur el equipo regional. El equipo regional que como que ya no tuvo esa coherencia, entonces hizo como perder un poquito la ilusión y la motivación, porque ya a la reuniones iban 2, 3 o sólo 1 persona (Profesora, San Juan de Miraflores)

Podemos percibir por el testimonio a continuación, que las actividades en los colegios absorbían toda la dedicación de los/las promotores/as de pares, así como la de los/las tutores/as y ya no quedaba tiempo, ni fuerzas para realizar un trabajo fuera del ámbito escolar.

Los grupos regionales, con el tiempo eran no sé... una vez cada trimestre. Hubiera sido, bueno, tal vez, más regiones de estas, para poder sistematizar mejor nuestras experiencias... pudo haberse mejorado, una vigilancia más constante sobre nuestro trabajo (Profesor, San Juan de Miraflores)

La estrategia recurrió a la conformación de equipos en los colegios e institutos, y no así a las organizaciones de jóvenes ya instaladas. Tampoco fue objetivo de la estrategia trabajar u organizar una red de promotores, aunque algunas de las actividades fueron desarrollando interacciones colectivas.

4.1.2.5 Factores que facilitaron o limitaron el cumplimiento de las actividades

Todas las actividades que se plantearon en el proyecto se cumplieron, incluso se sobrepasaron las metas de cobertura y productos. Además es necesario resaltar que se lograron varios compromisos como Decretos y Resoluciones Regionales para involucrar a los docentes en el monitoreo y seguimiento del proyecto, emitiéndoles directivas y certificados, lo cual ha permitido que, hasta la fecha, algunos de los docentes, como hemos mencionado, continúen comprometidos con el proyecto e incluso participen en algunas COREMUSAS.

Aunque, simultáneamente se produjeron dificultades de comunicación, que obstaculizaron el desarrollo de estas actividades, principalmente debido a la falta de compromiso de algunas autoridades.

Faltó compromiso de todas las autoridades. Porque nosotros hacíamos una cosa y el Director no sabía nada. Al Director lo invitaban y él mandaba a un representante, o se justificaba, no iba. Entonces cuando veníamos acá entusiasmadas, hacer el programa, vamos a hacer esto, o nos vamos a reunir... prohibición (Profesora, San Juan de Miraflores)

4.1.2.6 Modos de participación de las estructuras nacionales y regionales en la implementación del Programa (CONAMUSA, COREMUSAS, DISAS, UGELs, etc.)

Las autoridades participaron de diferentes formas, pero es, de acuerdo a las entrevistadas, en el nivel más alto donde se trabajó; aunque consideran que esta relación al interior de la CONAMUSA, debe mejorar aún más.

Por ejemplo en CONAMUSA ahorita tenemos a la persona, pero yo pienso que todavía falta establecer el mecanismo que permita establecer una relación más fluida, más dinámica internamente (DITOE)

La participación de los órganos decisores en este objetivo estuvo circunscrita, de acuerdo a las entrevistas, a esta reducida comunicación.

Cuando inicia el objetivo 2 no teníamos nosotros mucha información de cómo estaba el proceso. Desde 2006, es que nos damos cuenta que somos contraparte y somos co-responsables de una implementación, ahí asumimos la necesidad de tener una persona que mire el proceso por nosotros. Ahí conversamos con el Receptor Principal para una consultoría que pueda ir a mirar las acciones de capacitación. Ahí es donde nosotros comenzamos a conocer cuáles eran las problemáticas que se estaban presentando (DITOE)

Es cierto que por ejemplo no hubo mucha injerencia del Sector Educación que sí estaba en la Mesa Grande, pero no siempre había una mirada nuestra al interior de la acción misma que hacían los sub-receptores (DITOE)

Esto resulta un tanto contradictorio con el testimonio que sigue, aunque lo importante a resaltar aquí es cómo la 2da. Ronda, que no tuvo una buena participación de los órganos centrales, ha servido para que en la 6ta. Ronda estas dificultades se subsanen.

En el 2004 que comenzó 2da. Ronda, nosotros hemos participado desde la formulación del programa, de lo que fue la 2da ronda, y yo entro en el momento de la implementación, cuando se acercaron, hubo la selección y todo el proceso. Hemos participado en el diseño del proyecto y en la implementación pero a nivel central, ahora estamos permeando toda la cadena, monitoreando de cerca todo el proceso a partir de la 6ta ronda (DITOE)

Aquí, existe la percepción que en estos órganos centrales había una “voz fuerte”, que hegemonizaba sobre las demás y esta es la del Sector Salud. Por su parte la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de ITS/VIH percibe que su participación estuvo circunscrita a revisar materiales, pero no tuvo un rol protagónico. Es interesante notar cómo cada uno de los órganos centrales percibe su rol, la calidad de éste, y la calidad del rol del otro. Ello es un indicador bastante plausible de la carencia de comunicación entre uno y otro en este proyecto.

Pero como la voz fuerte es la del sector salud, los consultores terminan haciendo un proyecto que se ajusta a las necesidades de salud, y no se ajustan a los indicadores... ese indicador por ejemplo ya estaba cumplido {habla del indicador de incorporar contenidos...}, porque los contenidos ya estaban incorporados (DITOE)

A pesar de estas dificultades, las entrevistadas reconocen que la 2da. Ronda ha permitido generar espacios para el tema de educación sexual, además de otros aspectos positivos que se están capitalizando el día de hoy.

Se ha actualizado el material educativo y se han resignificado contenidos y creo que también los otros actores que participan en la CONAMUSA, tienen ahora información directa de cómo se entiende en el sector educación el tema de educación sexual integral. Tenemos un lenguaje común con otras ONG y con otros sectores, antes nadie te hablaba de “desarrollo de capacidades”, sino de “prevención de...”. Se ha logrado que acepten que en el sector se trabaje con estos lineamientos de educación, que hemos trabajado también con salud, a salud le hemos dado. Son consensos mínimos a los que hemos llegado (DITOE)

De lo dicho líneas arriba se puede concluir que las estructuras nacionales, si bien actuaron en diversos escenarios clave de la 2da. Ronda para el objetivo 1, no tuvo una actuación sostenida en la implementación del programa, tal como lo demuestran los testimonios a continuación.

Ha faltado el acompañamiento, a mí algo que me parece esencial es que los procesos se acompañen. Mientras no hemos estado acompañando el proceso... por falta de recursos también, porque la otra cosa los proyectos de CONAMUSA entienden que fortalecimiento técnico es darle el proyecto a ejecutores externos. Nosotros necesitamos acompañar los procesos y el equipo técnico acá en la época de la 2da. Ronda éramos dos personas, no teníamos tiempo (DITOE)

La continuidad, el monitoreo no se dio. Porque... yo creo que la poca coordinación entre el MINEDU, UGEL y el Director, este... la capacitación esta buena todo... con el profesor que trabaja (Profesora, San Juan de Miraflores)

Pero, si ese Director de ese colegio no tiene coordinación con la ONG, y si no tiene coordinación con el equipo que está trabajando, entonces, no va a haber un óptimo avance. Y si éste no tiene coordinación con la UGEL, tampoco. Entonces, creo que se perdían en el entrapamiento entre los papeles de la UGEL, la UGEL y la Dirección, y

cuando llegaban acá, ya no había nada, se perdía la continuidad (Profesora, San Juan de Miraflores)

Lo malo es que como no hemos tenido muy buena comunicación con el personal ya que hubo un problema, cambiaron al encargado de salud, cambiaron, entonces, ese doctor, el doctor que nos tocó, creo que no le importaba mucho nuestro Programa, pensaba que era muy vago, muy pobre, parece que no nos quiso apoyar en lo que pedíamos (Profesor, Callao)

Entonces los profesionales pidieron su cambio, se iban, se cambiaron, entonces nosotros ya no sabíamos cómo seguir, ¿no? Ya no podíamos trabajar con nuevos porque era una cosa diferente, ¿no? Nosotros también hicimos nuestra reunión, “entonces, vayámonos” por el trato de la señora, nos reuníamos en mi casa, en el parque, en la “casa del pueblo (Promotor de pares, Asociación Juvenil-Callao)

4.1.2.7 Efectos de la participación en los resultados del Programa

De acuerdo a las entrevistadas el programa puede haberse visto afectado en su sostenibilidad.

Si estas acciones no se incorporan a la planificación y programación del Ministerio y el otro es fortalecimiento de capacidades, no son talleres, no son seminarios, son actividades sostenidas y vigilancia y acompañamiento para que los materiales que tú hagas se usen, se lleven al aula, se lleven a la programación. Y que se dé la posibilidad de que tú lo hagas siempre (DITOE)

Sin embargo, de acuerdo a lo dicho líneas arriba, muchas de las dificultades y problemas experimentados en esta ronda, han podido capitalizarse para otras rondas. De esta manera las entrevistadas de DITOE mencionan estos logros:

Generar un nuevo espacio para discutir el tema de la educación sexual, en el espacio técnico y en el de toma de decisiones y eso ha perneado la voluntad política del sector, porque ahora creo que sin esa intervención, no sé si tendríamos en este momento Lineamientos para la Educación Sexual Integral, es un resultado no esperado positivo (DITOE)

Hubo cosas bastante positivas también en las estrategias que apoyó el IES. IES hacía reuniones de evaluación y coordinación con todos los actores y eso permitía poner ideas, mejorar las intervenciones (DITOE)

La entrada del objetivo 1 nos parece positiva porque entra en un momento en que el tema de educación sexual estaba en un momento de latencia, pero desde la dirección de tutoría. Los directores no lo tenían como un tema prioritario, la llegada del FM obliga un poco a abrir el tema, ese es un 2do momento donde se trabaja material específico para el sector educación (DITOE)

4.1.3 Eficacia

Para efectos de la presente evaluación el análisis de la eficacia se realizó con base en (1) la comparación de las metas previstas por el programa y los resultados alcanzados a nivel de indicadores de impacto/efecto, objetivos inmediatos y productos; y (2) la evolución de dichos indicadores en el tiempo. Además, como parte del estudio de eficacia se ha considerado el análisis de: cobertura del programa.

4.1.3.1 Análisis de evolución de indicadores Clave del Objetivo 1

El análisis de los indicadores de resultado será realizado por separado de acuerdo a cada uno de los objetivos. Como en el caso anterior se considera como referencia la meta establecida por el programa al 2008. Asimismo, cabe precisar que se incluyen en el análisis los resultados de la línea base (2004) y las tres mediciones sucesivas (2005, 2006 y 2008).

🕒 Fuente y metodología para estimar los indicadores

La fuente utilizada para estimar los indicadores del Objetivo 1 ha sido la encuesta en población escolar y encuesta domiciliaria a jóvenes. La comparabilidad de las diferentes mediciones, así como la observación del comportamiento del indicador a lo largo del tiempo es limitada, por cuanto el procedimiento para el cálculo de los indicadores de éste objetivo ha variado.

En lo que respecta a los indicadores de conocimiento de ITS/VIH en adolescentes y jóvenes (indicadores R.1.1 y R.1.4 respectivamente) la principal diferencia radica en los ítems considerados para el cálculo del indicador. En general en las dos primeras mediciones se ha calculado el indicador en base al porcentaje promedio de respuestas correctas a preguntas sobre infecciones conocidas como ITS, formas de transmisión de ITS, formas de transmisión del VIH, síntomas de ITS, formas de prevención de ITS y formas de prevención del VIH. En tanto en la tercera y cuarta medición se elaboraron los indicadores desde una encuesta similar a las mediciones anteriores incorporado nuevas alternativas correctas e incorrectas.

En lo que respecta a los indicadores de uso de preservativo en adolescentes y jóvenes (indicadores R.1.2a y R.1.5a respectivamente), la estimación de la segunda medición consideró uso del condón en la última relación sexual en el periodo de los últimos 12 meses; en tanto las otras mediciones consideraron el uso del condón en la última relación sexual en el periodo de los últimos 3 meses. En forma similar los indicadores referidos a la búsqueda de atención y consejería en VIH/SIDA (indicadores R.1.3 y R.1.6 respectivamente) difieren la primera y segunda medición del resto de mediciones debido a las modificaciones en las preguntas del cuestionario, así como las ítems utilizados para el cálculo del indicador.

Teniendo en consideración los antes mencionados además de cruzar los datos con otras fuentes analizaremos los indicadores de resultado correspondientes al Objetivo 1. Es importante señalar que la estimación del cumplimiento de la meta propuesta al 2008 se realizará tomando como referencia las dos últimas mediciones.

🕒 Estimación de la brecha

Tomando como indicador clave para medir el Objetivo 1 los indicadores R.1.2a y R.1.5a referidos al uso de preservativo en la última relación sexual en el lapso de los últimos tres meses en

adolescentes (de 12 a 17 años) y jóvenes (de 18 a 29 años) observamos en la cuarta medición una prevalencia de uso de 61.9% y 46.9% respectivamente. En comparación a la anterior medición, no se observan cambios significativos, puesto que los porcentajes obtenidos están comprendidos dentro de los intervalos de confianza de la tercera medición. Sin embargo, **para el caso de los escolares, sí hay una diferencia estadísticamente significativa entre las dos primeras mediciones y las dos últimas, diferencia que es de más del 10%, lo que se considera un cambio razonable para intervenciones comportamentales en el contexto internacional.** En el caso de los jóvenes, hay una diferencia menor pero aún importante entre la segunda y la cuarta medición, que también sobrepasa el 10%, aunque no es estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

Es importante tener en consideración que el **sesgo de deseabilidad social del uso de condón** (sea o no cierto) particularmente en el contexto de una encuesta a un grupo de estudiantes en el centro educativo, estaría sobreestimando las cifras. Otras encuestas como la ENDES continua 2004-2006 muestran cifras significativamente diferentes. Por ejemplo entre adolescentes mujeres de 15 a 19 años el 20.3% manifestó haber usado condón como una forma de evitar el contagio del VIH, en tanto el 16.3% de las jóvenes de 20 a 24 años y el 13.7% de las jóvenes de 25 a 29 años respondieron uso del condón en la última relación sexual.

Cuadro 7a. Uso del condón en la última relación sexual con cualquier compañero	
15-19 años	20.3%
20-24 años	16.3%
25-29 años	13.7%

ENDES CONTINUA 2004 - 2006

En cuanto al indicador de conocimiento del objetivo 1 (Indicadores R 1.1 y R1.4), se observa que el 61.9% de adolescentes y el 54.3% de jóvenes cuenta con información sobre ITS/VIH. Esta cifra alcanzada en la cuarta medición no difiere en forma significativa de la obtenida en la tercera medición; sin embargo es importante precisar que estos datos son coincidentes con los alcanzados en otros estudios como la ENDES continua 2004-2006, donde se aprecia un importante nivel de conocimiento de los adolescentes y jóvenes mujeres.

Por otro lado, el indicador de búsqueda de atención y consejería en ITS y VIH en adolescentes (Indicador R 1.3) y jóvenes (Indicador R 1.6) muestra en la cuarta medición un prevalencia de uso de 71.9% y 51.3% respectivamente. Estas cifras en relación a la tercera medición no logran ser diferentes significativamente, pero si en relación a las primeras mediciones aun que para efectos de comparación podría verse sesgada por la diferente metodología de cálculo.

En tal sentido, la meta propuesta para los indicadores del Objetivo 1 del Proyecto no se ha logrado y como se aprecia en el cuadro 7 en la mayoría de caso la brecha está entre 25 y 30 puntos porcentuales, excepto en lo que concierne a búsqueda de atención y consejería en ITS/VIH donde la brecha en el caso de la población adolescente está en 3.2 puntos porcentuales y en jóvenes 17.3 puntos.

Cuadro 7.
Cumplimiento de metas en indicadores clave del objeto I

Código	Indicador	Línea de Base 2004	2da medición 2005	3ra medición 2006	4ta medición 2008	Meta 2008	Diferencia al 2008
R.1.1	Porcentaje de adolescentes mujeres y varones que tienen información de ITS / VIH	57.3% n=1,953 (IC 95%: 55.1% -59.5%)	57.3% n=3,262 (IC 95%: 55.6% -59.0%)	56.1% n=3,187 (IC 95%: 54.4% -57.8%)	54.3% n=3,333 (IC 95%: 52.6% -56.0%)	80.0%	25,7
R.1.2A	Porcentaje de adolescentes mujeres y varones, que utilizaron preservativo para prevenir las ITS / VIH en su última relación sexual (últimos 3 meses)	51.8% n=184 (IC 95%: 44.6% -59.0%)	49.4% n=424 (IC 95%: 44.6% -54.2%)	59.2% n=236 (IC 95%: 52.9% - 65.5%)	61.9% n=259 (IC 95%: 56.0% -67.8%)	90.0%	28,1
R.1.3	Porcentaje de adolescentes mujeres y varones, que buscan atención y consejería en ITS/ VIH	26.3% n=1935 (IC 95%: 24.3% - 28.3%)	37.6% n=3262 (IC 95%: 35.9% - 39.3%)	74.3% n=3170 (IC 95%: 72.8% - 75.8%)	71.9% n=3322 (IC 95%: 70.4% - 73.4%)	75.1%	3,2
R.1.4	Porcentaje de jóvenes, mujeres y varones, que tienen información de ITS / VIH	71.1% n=1397 (IC 95%: 68.7% - 73.5%)	28.9% n=1357 (IC 95%: 26.5% - 31.3%)	54.1% n=1389 (IC 95%: 51.5% - 56.7%)	54.3% n=1374 (IC 95%: 51.7% - 56.9%)	85.0%	30,7
R.1.5A	Porcentaje de jóvenes, mujeres y varones, que utilizaron preservativo para prevenir las ITS / VIH, en su última relación sexual (últimos 3 meses),	44.2% n=624 (IC 95%: 40.3% - 48.1%)	40.4% n= 955 (IC 95%: 37.3% - 43.5%)	43.2% n=618 (IC 95%: 39.3% - 47.1%)	46.9% n=656 (IC 95%: 43.1% - 50.73%)	77.0%	30,1
R.1.6	Porcentaje de jóvenes, mujeres y varones, que buscan atención y consejería en ITS / VIH	24.0% n=1393 (IC 95%: 21.8% - 26.2%)	19.9% n=1357 (IC 95%: 17.8% - 22.0%)	48.3% n=1387 (IC 95%: 45.7% - 50.9%)	51.3% n=1366 (IC 95%: 48.6% - 54.0%)	68.6%	17,3

4.1.4 Sostenibilidad

4.1.4.1 Sostenibilidad Técnica

La Sostenibilidad Técnica del Objetivo 1, relacionada a las capacidades desarrolladas por el proyecto y necesarias para sostener sus acciones, en el caso del objetivo uno en términos concretos estaría dada a partir de las dos estrategias centrales: Estrategia de Promotores de Pares en Escolares

y Estrategia de Promotores de Pares en Jóvenes, la primera circunscrita al espacio escolar y la segunda desarrollada en institutos superiores. En ambos casos se desarrollaron competencias en población intermedia: Promotores y en Tutores que para ambas estrategias fueron maestros.

Un problema para la sostenibilidad de la estrategia de promotores de pares escolares es el cambio de las promociones de alumnos de año a año. Cuando concluyó el programa ya no se continuó con las actividades con nuevos grupos de promotores/as de pares.

Los promotores año a año, han cambiado porque las promociones se iban y venían otras, sin embargo, creo que allí, ya las instituciones estaban atentas a poder capacitar a los nuevos, y no solamente capacitarlos, ni bien comenzaba el año, ya los estaban llamando para poder trabajar la guía. Entonces, eso ha sido un seguimiento de la nueva promoción que venía, entonces, por ese lado, ellos estaban más al tanto; ahora con este... ya cuando termina su participación, ha habido un vacío en estos nuevos grupos que han venido a trabajar (Profesor, Callao)

Así mismo, los/las promotores/as ya formados, una vez que salieron de la escuela, no han podido proseguir con su trabajo y con la relación establecida con otros/as promotores/as, por la falta de herramientas para darle continuidad al programa en relación al ciclo de vida de los propios chicos y chicas.

Fue algo nuevo conocer a otros chicos de otros colegios que tenían los mismos objetivos nos hicimos muchos amigos, nos apoyamos entre colegios y colegios, y para qué. Pero de ahí las otras charlas sí han ido bajando, por lo mismo que ya iba también tomamos conocimiento que solamente hasta cierto tiempo iba a estar todo este Consorcio, o sea, al menos, en lo que es Lima y Callao (Promotores de pares, Callao)

En el caso de seguir estudiando en el centro educativo, tampoco pudieron desarrollar sus actividades al interior de la institución, debido a que el propio centro educativo, luego de concluido el Programa, no fomentó su continuidad.

Nuestro caso, en el colegio, no se respetó nuestro espacio de conversa cara a cara, en el lugar donde nosotros estuvimos. Fue en la Secretaría, al menos, los que se quedaron acá como promotores, no lo usan, no tienen tampoco la llave, y ya pues, no se pueden guardar tampoco ahí las cosas porque están metiendo otras cosas del MINEDU (Promotores/as de pares, Callao)

Pero los chicos que se han quedado con esta organización como que no piden ayuda, no tienen esa iniciativa que teníamos nosotros, debe ser porque también hay muchas cosas que tienen encima y no se les... no tienen el tiempo adecuado como para apoyar (Promotores/as de pares, Callao)

Poquito a poquito se iban enfriando las cosas y eso fue de repente un detalle, se podría decir, porque ya cuando fue terminando, ya como que se disminuyó (Promotores/as de pares, Callao)

Pese a ello los/las propios/as promotores/as han continuado realizando con el trabajo en sus barrios, con sus amigos o buscando algún tipo de actividad que pudiera darle continuidad pero de manera individual.

Digamos amigos del barrio, amigos de otras zonas, ya conocían en lo que tratábamos, y aún así, hasta ahora, te vienen, te preguntan, te hablan y el trabajo conjunto de los promotores, así haya acabado el Objetivo (Promotores de pares, Callao)

Acá hay una casa de la cultura en Carmen de La Legua, y yo he estado yendo allá, allá hemos estado haciendo algunas cosas, hemos promovido algunas cosas, como las charlas masivas que hicimos en verano, en la calle también, en algunos eventos que hubo promovido por la municipalidad (Promotores de pares, Callao)

4.1.4.2 Sostenibilidad Social

Sobre el Objetivo 1, algunas instituciones han podido continuar con las actividades, construyendo alianzas con algunas instituciones públicas, replicando el modelo del programa. Sin embargo al no contar con financiamiento y depender de la buena iniciativa de algunos docentes esta iniciativa corre el riesgo de terminar.

“Entre Amigos”, continúa reuniéndose. Hablamos de Habilidades sociales y el uso del condón. Actualmente trabajamos con 5 colegios de los 08 colegios estatales. Los otros 3 no, porque tienen problemas de presupuesto. No tienen dinero. Se cumple el Plan de trabajo, se firman convenios anuales y vamos a sus aulas. Existe una alianza: ENTRE AMIGOS, COLEGIO, HOSPITAL (“Cesar López Silva” de Pachacamac). El problema es que hay límite presupuestal (Asociación “Entre Amigos” – Villa el Salvador)

Por su parte la Asociación Juvenil “JUPANI”, solicita la continuidad del programa, ya que conciben que existan todavía muchas actividades posibles por realizar, que de otra manera desaparecieran.

Pero el fondo global debe seguir, no debe terminar, porque hay unos jóvenes todos los días que necesitan de nosotros, o quieren crear otros grupos con nosotros, que formen otro grupo, ya que si nosotros nos separamos que ellos sigan con lo que nosotros hemos creado (Asociación JUPANI, Callao)

Desde el año pasado como que el proyecto ya acabo el año pasado pero nos seguimos reuniendo con nuestras actividades y todo lo demás. Es parte de nuestras reuniones, de nuestra agrupación, nos reunimos para hacer más. Dentro de algunas actividades tenemos el apoyo del CS, nos presta la carpa, manda el encargado para que nos acompañe dentro de las actividades (Asociación JUPANI, Callao)

Las capacidades desarrolladas en los tutores, han sido bien valoradas por ellos mismos, en algunos casos por sus instituciones pero no de manera formal. Sin embargo, a pesar que algunas de sus autoridades reconocen estas capacidades, consideran que sin un apoyo externo, difícilmente pueden constituirse en un elemento dinamizador de la continuidad de la estrategia.

En relación a la sostenibilidad social, entrevistados ligados al sector educación y al sector salud, afirman que la estrategia de promoción desarrollada en colegios difícilmente podría tener continuidad, ya que en estos momentos son pocos los actores comprometidos con la estrategia y que el propio Ministerio de Educación, en sus instancias mayores nunca apostaron por la estrategia y la hicieron suya, sólo fueron receptores de actividad por lo que la transferencia sería difícil de realizar. No obstante cabe recordar que la experiencia ha sido importante y ha logrado productos técnicos que pueden utilizarse en posteriores experiencias.

Es importante continuar en el esfuerzo para que la DITOE, y las otras instancias del MINEDU reconozcan los objetivos y estrategias del Proyecto como suyos, de lo contrario la sostenibilidad, incluso la financiera, será débil en cualquier acción destinada a la salud sexual de los jóvenes y adolescentes. Consideramos que este punto pasa por establecer y sobrepasar el verdadero cuello de botella sobre el cual cualquier programa o proyecto que responda al VIH SIDA tendrá que enfrentar y eso es: el reconocimiento de la posibilidad legal de los adolescentes de solicitar servicios de salud sexual sin el acompañamiento de sus padres. Ese es un problema de fondo al cual la respuesta país debe enfrentar.

4.1.5 Conclusiones y recomendaciones

El modelo del programa del Objetivo 1, trabajó principalmente con promotores de pares, escolares y jóvenes. Su enfoque fue más allá de los enfoques tradicionales de promoción de la abstinencia; proponiendo, más bien, temas innovadores como la incorporación del enfoque de género, la negociación entre hombres y mujeres para la utilización del condón, más allá de tocar únicamente el uso del condón como forma de prevención. Planteó, además, el uso del preservativo en la última relación sexual como un indicador de efecto/resultado, lo cual se incorporó en los contenidos de los módulos educativos utilizados en el Objetivo.

Este objetivo tuvo la intención, desde un inicio, de trabajar creando sinergias con el Ministerio de Educación. De allí un importante resultado que se resalta es la creación del módulo “Vivenciando mi Sexualidad - Guía para tutoras y tutores”. Sin embargo, pese a la intención de trabajo conjunto, éste se fue diluyendo en el camino, limitando la participación de los Sectores Educación y Salud a determinados momentos que, aunque importantes, no fueron suficientes para lograr una participación más sostenida de ambas instancias Estatales. Ello abonó a la percepción de que se trató de un modelo “ONG”.

Desafortunadamente esta estrategia no pudo mantener una cobertura amplia para llegar a una gran mayoría de Centros educativos y comunidades en las regiones de intervención y ello probablemente, se ve reflejado en el impacto logrado.

Otro de los aspectos a resaltar es que, a pesar de que en la práctica, la intención del modelo era más integral, lo que ha quedado en la memoria y percepción de los actores es que se trató de una estrategia que estaba centrada principal y únicamente en el tema de ITS y VIH, no estando acorde con los conceptos de Educación Sexual Integral que maneja el MINEDU. **Aunque, por otro lado, el MINEDU reconoce que este programa permitió reavivar el tema de sexualidad en el Sector, el cual estuvo sin tomarse en cuenta durante un tiempo considerable.**

Por otra parte el programa careció de un mayor involucramiento de los sectores externos a la escuela, como son la comunidad y la familia; principalmente esta última, la cual es considerada como fundamental para fortalecer las actividades de prevención en las escuelas y darles legitimidad.

Otra dificultad importante es que el modelo no fue un modelo creado de manera participativa por todos los actores. Se partió de un modelo participativo tradicional donde cada actor tiene su rol bien definido, del cual no hay canales para salir. Por ejemplo: no fue posible que los promotores de Pares o los Tutores participaran en el sistema de monitoreo y evaluación; o que tuvieran intervención para generar algunos cambios a lo largo del programa.

La percepción de los beneficiarios, con respecto al programa es positiva, aunque siempre se resalta el hecho de que ha sido un programa centrado en la provisión de información. El rol que jugaron los promotores de pares fue crucial, desde el momento en que fueron ellos los que se apropiaron de las metodologías para comunicarse con sus pares y lograr su atención. Esa misma percepción comparten los/las tutores/as. Muchos de ellos, sin embargo, no conocen hasta qué punto las metas del programa se pudieron cumplir. El programa ayudó, tanto a promotores educadores de pares y a tutores y tutoras con nuevos conocimientos y habilidades que han resultado en que muchos de ellos actualmente participen en las COREMUSAS o en otras organizaciones comunitarias. En general se tiene una visión bastante positiva del programa, que en varias ocasiones ha llevado a los beneficiarios a continuar replicando lo aprendido de manera particular.

Para futuros programas sería recomendable partir del Sector Educación (e incorporarlo como ejecutor del programa), y no partir desde el eje temático de ITS/VIH, tratando de insertarlo en Educación. Ésta ha sido una de las mayores dificultades que ha enfrentado el programa.

Además sería recomendable incorporar la participación de los actores, desde el inicio del programa, partiendo de la construcción del modelo/estrategia de intervención, además de la ejecución y el monitoreo y evaluación.

4.2 Resultados Referidos al Objetivo 02: Disminuir la prevalencia de la infección VIH/SIDA en poblaciones vulnerables

4.2.1 Estrategias implementadas

La estrategia del objetivo 2 se basó en la implementación de programa de promotores de pares en conjunción con un programa de atención médica periódica para HSH, TS y PPL, incluyendo despistaje VIH/ITS, tratamiento gratuito de ITS, consejería y entrega de preservativos sin costo.

Fortalezas:

- (1) Programa participativo – Se basó en promotores educadores de pares, estrategia que tiene su base en la teoría de la difusión y en la educación popular.

- (2) Desarrollo de nuevos liderazgos – Los agentes formados se han convertido en una gran mayoría en líderes de sus comunidades en todo el país, desarrollando el movimiento social, uniéndose particularmente a la causa de la promoción de derechos.
- (3) Gratuidad del acceso a despistaje de VIH/ITS y tratamiento de ITS – Este elemento, enfocado en poblaciones en mayor riesgo que son al mismo tiempo poblaciones socialmente excluidas, representa en principio un componente costo-efectivo y una medida de reconocimiento del derecho a la salud.
- (4) Control de ITS contribuye a prevención de VIH –En principio se buscó sinergias entre la prevención de ITS y la prevención del VIH, según lo señalado por la literatura de ese momento.

Limitaciones:

- (1) No se aseguró acciones para mejorar y mantener estándares de trabajo de promotores, lo que derivó que se centraran en tareas de reclutamiento para atención médica periódica solamente, especialmente porque eran evaluados a través de su logro en reclutamiento para AMP.
- (2) La AMP en sí misma es esencialmente biomédica, y en ella los componentes preventivo-promocionales son limitados.
- (3) El discurso preventivo no se actualizó considerando la evolución de la epidemia y los cambios en las culturas sexuales. El advenimiento del TARGA cambia el significado de la infección, y los programas deben reflejar este dato y reinterpretar la prevención. Los canales por los que se expresa la sexualidad de las comunidades van cambiando también.
- (4) No se incluyó acciones de fortalecimiento comunitario ni un componente claro de derechos humanos. No se incluyó un diálogo horizontal con las comunidades, las cuales en un momento inicial no participaban de la CONAMUSA.
- (5) En cuanto a HSH, el programa restringido a sólo un grupo (tal vez al de mayor riesgo), pero no abordó a una serie de grupos distintos que también requerían acceso a servicios adecuados.
- (6) No hay justificación técnica para recomendar un número mínimo de controles al año a la población de ‘HSH’, en equivalencia a la población de trabajadoras/es sexuales que tienen un riesgo ocupacional. Ello es más obvio aún en ausencia de otras intervenciones en la esfera de lo social y de los derechos. En la práctica, considerar a un HSH ‘controlado’ sólo luego de un número mínimo de visitas a un servicio biomédico puede implicar un modelo paternalista que refuerce los mitos sobre promiscuidad.
- (7) No enfoque adecuado de limitaciones institucionales (PPL). El sistema de prisiones es un sistema sujeto a muchas limitaciones estructurales y las estrategias podrían haber incorporado un trabajo de abogacía más intenso para combatirlas.

4.2.2 Satisfacción de Beneficiarios

4.2.2.1 Percepción de la población beneficiaria directa e indirecta, los beneficios del programa

Los usuarios/as de la Atención Médica Periódica refieren una actitud positiva hacia el servicio. De la misma manera reconocen la importancia de los/las promotores/as en el programa y el rol que han cumplido en el servicio.

La atención es buena, por eso es que he vuelto ya varias veces para hacer mi chequeo, mi control. Vengo una o dos veces a la semana. Realmente aquí me siento confiado, me siento seguro (Patrucco, Usuario AMP)

Obviamente que un promotor trata de promocionar la salud sexual, ellos vienen a hablar lo que es prevención y la prevención de enfermedades ITS. Obviamente me parece bien porque esas personas generan información y obviamente uno tiene que acatar esa información. Una vez que vine acá, de casualidad me encontré un promotor me indicó más o menos, correctamente mejor dicho..., el trato fue bueno, fue amigable, fue sociable, no tuve problemas de rechazo y me pareció muy agradable (Patrucco, Usuario AMP)

En Lambayeque, las promotoras relatan que cada usuaria nueva tiene que pagar 13 soles por la primera atención; esta cifra es muy elevada, por lo que, en muchas ocasiones, son ellas mismas las que asumen este pago, a fin de asegurar contar con nuevas referencias. Asimismo, mencionan que en muchos casos ellas también deben correr con los gastos de movilidad y comunicaciones telefónicas derivadas de la atención de sus referidas. Otra de las grandes limitaciones mencionadas es la deficiencia de stock de algunos insumos tales como guantes o agujas que también estarían siendo cubiertos en muchos casos por las mismas promotoras y en algunos otros por las propias usuarias.

El grupo entrevistado de Promotoras TS percibe que las actividades que realizan sí han ofrecido resultados favorecedores, entre los más importantes han mencionado el incremento de los conocimientos que las TS en relación a ITS/VIH y el haber adquirido una mayor conciencia frente al riesgo.

Algunas antes se echaban por solo 20 soles sin preservativo, pero ahora hay más conciencia de su propia vida (Promotora TS, Hospital Las Mercedes)

Incluso algunas TS piden folletos informativos para entregar a sus clientes (Promotora TS, Hospital Las Mercedes)

Las entrevistadas estimaron empíricamente que aproximadamente el 50-60% de TS usa condón con sus clientes, no así con sus parejas. La existencia del programa TARGA estaría siendo percibida como un medio que disminuye el temor al VIH en las trabajadoras sexuales.

Con relación al CERITTS Olaya, los usuarios se encuentran conformes con el servicio recibido, especialmente por contar con tratamiento antiretroviral gratuito, lo cual es percibido como el beneficio más importante. Expresaron que el servicio ha mejorado en comparación a lo que se ofrecía antes, en general el equipo de proveedores es percibido como bien dispuesto a atender a los/las usuarios/as.

La opinión que tienen los/las usuarios/as con respecto a los/las promotores/as se encuentra dividida en dos tipos de promotores, aquellos que realizan un trabajo loable y comprometido, y los otros que sólo hacen el trabajo por obtener el pago al final del mes, sin un mayor compromiso

con la población. En Iquitos, las promotoras TS afirman que ahora ya se ve menos la incidencia de VIH en las Trabajadoras sexuales y que se da un uso más consistente del condón con sus clientes.

Actualmente las chicas han tomado conciencia como madres de familias, son madres y padres y se ponen en la realidad. Ellas ya ven el medio de protección para las enfermedades de transmisión sexual y son más conscientes. Las TS se cuidan más que los HSH, las TS se cuidan mucho. (Promotora TS, Iquitos)

Nuestras compañeras se benefician de la atención y del tratamiento que les damos, y también de los preservativos que les dan. Actualmente nos dan cien por mes, es suficiente por mes. No nos dan lubricantes pero queremos que nos den, las chicas que trabajan en los prostíbulos constantemente nos piden porque ellas atienden seguido, a diferencia de las chicas de los Night Clubs (Promotora TS, Iquitos)

Los promotores HSH sostienen empíricamente que actualmente el 80% de HSH ya conocen del preservativo y de su uso adecuado.

Esto es real, las personas hoy en día, se van a tu casa, te buscan, te dicen, regálame Me parece que todo ahora es diferente que ahora las personas están más conscientizadas, más sensibilizadas (Promotor HSH, Iquitos)

Con respecto a la PPL, hasta hace poco prevalecían las afirmaciones de que existen internos que se rehúsan a utilizar el condón

Que tienen vergüenza, porque nunca lo han hecho, y la verdad que, para mí también, yo soy promotor, yo también me voy a la verdad, no me gustaría usarlo, pero es mejor usarlo porque con esto de tanta enfermedad y como le digo el VIH no tiene cura pues, te lleva a la otra. (PPL, Chimbote)

De ello se puede concluir que el uso del condón es evaluado como poco frecuente entre los PPL entrevistados y sus compañeros. Se perciben acciones preventivas restringidas, notándose acciones puntuales por iniciativa de algunos promotores, mas no acciones provenientes de una estrategia institucional.

Es necesario resaltar que la iniciativa de los promotores no ha constituido la dificultad principal, ya que los promotores han actuado con compromiso en todo momento. La dificultad radica en una discontinuidad del programa, es por ello que, de acuerdo a lo manifestado por los entrevistados de la Población Privada de Libertad (PPL) en Iquitos, las acciones de prevención en los centros penitenciarios han sido discontinuas, no habiendo correspondido a una estrategia sostenida y constante.

Un aspecto a destacar, y que probablemente ha servido como detonante para el compromiso de los promotores PPL, lo constituye el beneficio penitenciario de redención de la pena por trabajo; advirtiendo que, si bien esta norma ha podido estimular el trabajo de prevención del promotor, éste no actúa sólo, y necesita de un soporte permanente, tanto de materiales y condones, como de capacitación para poder realizar su labor de manera efectiva; justamente ello es lo que se ha visto dificultado.

4.2.2.2 Percepción de que las metas alcanzadas por el Programa cubrieron las necesidades de los beneficiarios

Es necesario puntualizar que para los/las entrevistados/as del CERITTS Patrucco, como de Barton en Lima, ha sido difícil separar las rondas y los diferentes programas. Ellos/as perciben al programa como un continuo, el cual tiene ventajas, como el TARGA y el mejoramiento de la calidad de atención.

La estrategia más importante que ha aportado la 2da. Ronda ha sido, en general, el acceso a TARGA.

Lo más importante sería el acceso al TARGA, el tratamiento, eso es lo más importante (Promotores HSH, Iquitos)

La labor de los promotores y promotoras es percibida por ellos/as mismos/as como una labor que llega justamente a las poblaciones más excluidas.

Entonces nosotros como promotores tenemos que valorar a esa persona que la sociedad no lo valora, creo yo es la única forma de alcanzar las metas (Promotores HSH, Iquitos)

Uno de los componentes más valorados por los beneficiarios intermedios del programa de 2da. Ronda, especialmente los promotores y las promotoras, ha sido el aprendizaje recibido gracias al programa.

Estuvo bien, porque nos dio bastante apoyo, lo que no sabíamos tantas cosas aprendimos. A veces nuestros pares nos preguntan y por ellos aprendimos, sino no aprenderíamos. Ya conocíamos pero lo que era el SIDA, la sífilis, la ETS, no sabíamos más lo que era. Estuvo bien. Estuvo muy bien, a todas las compañeras les estuvo bien. Hubo bastante atención, nos tenían paciencia, nos hacían hacer papelografos (Promotora TS, Patrucco)

Hubo juego, dinámicas, todas esas cosas nos ayudó, o sea para soltarnos más, para ayudarnos entre nosotras (...) sido necesario todo eso, no sabíamos nada, ahora ya es diferente, ya aprendimos, ya enseñamos (Promotora TS, Patrucco)

Nos han capacitado como promotores, luego las enfermedades y luego derechos humanos. Impacta nos ha capacitado. También de liderazgo, que enfatizó en los derechos (Promotoras TS y HSH, Barton)

Con respecto al programa, las dificultades que más frecuentemente han experimentado los/las promotores/as han correspondido a la implementación de metas para sus derivaciones. Ello también puede haber ocasionado una limitación de su compromiso con el trabajo de prevención que realizan. Las metas pueden haber hecho disminuir el tiempo de contacto con los potenciales usuarios a fin de poder traer la mayor cantidad de derivados mensualmente en detrimento de su labor educativa.

Trabajamos bajo presión, nos pedían 8 a 10 personas mensuales, pero a veces no es fácil. Sobre todo esa parte de cómo usar el condón y trabajar bajo presión, no ayudó. Se necesita tiempo, se necesita tiempo para eso (Promotor HSH, Patrucco)

Como se puede ver y comprobar, para todos/as ellos/as las capacitaciones han sido muy importantes para su crecimiento, autoestima y empoderamiento.

La autoestima, creo más que todo, fue más importante, es que los promotores no nos valoramos como tales, el hecho de ser promotores nos sentíamos, por lo mismo que no conocíamos nuestros derechos, nos sentíamos menos en el centro de salud, el mismo personal a veces no te trataba bien (Promotor HSH, Patrucco)

Perciben que las capacitaciones han ido cambiando y mejorando con el tiempo y han permitido aprender sobre varios temas antes desconocidos.

Los primeros talleres que se dieron eran este... les faltó mas dinámica, expositor y ponente hablaba mucho, Uno estaba desde las 9 de la mañana hasta las 5 de la tarde, y el único espacio para relajarse era la hora del refrigerio o a la hora de ir al baño. En la segunda fase como que cambia un poquito, fue más participativo. La escenificación, quizá, eso mejoró, uno salía y representaban varios personajes, fue bonito, gustó bastante, aprendimos mucho, todos. Fue participativa, dinámica, la escenificación. Como que se aprendió, después que mejoraron los talleres (Promotor HSH, Patrucco)

Con esto he podido traer información a mis pares y ellos me preguntan – qué pasa si tengo una infección – y yo les respondo y ellos se sienten contentos (Promotor HSH, Barton)

Al comienzo las capacitaciones eran muy largas y las charlas se hacían tediosas y otras eran más dinámicas concretas y cortas. Algunos ponentes no se dejaban entender y otros sí. Pero sí hemos aprendido más cosas de las que sabíamos antes, y nos dieron libros y rotafolios (Promotores/as HSH y TS, Barton)

Otro de los problemas que dificultan el trabajo de los/las promotores/as es el tema de los horarios del servicio de AMP, especialmente en el CERITTS Patrucco, que muchas veces no es acorde con el de la población.

Hablamos a los chicos, pero no todos vienen, y creo que se debe a que trabajan todos los días, de lunes a viernes o a veces hasta el sábado y en los horarios que atienden aquí en el centro de salud, entonces, en qué momento van a venir (Promotor HSH, Patrucco)

A pesar de las dificultades, la percepción, en general es positiva, sobre todo en lo que se refiere a la implementación del TARGA y de los servicios, sin embargo existe la impresión de que la inclusión de un pago podría haber cambiado la mística de las personas.

Cuando comienza a crecer eso de la segunda ronda, comenzó a darse muchas cosas igual, uno y otro querían hacer lo mismo, y daban plata, y ya no había un interés personal, sino, por el dinero que se daba (Promotor HSH, Patrucco)

Antes no había tratamiento y mucha gente falleció, mucha gente que no pudo hacerse la prueba murió. Pero fue muy bueno, buen impacto sobre todo, la gente venía, venía bastante, como fue algo nuevo (Promotor HSH, Patrucco,)

En el caso del Equipo del CERITTS Patrucco, sus integrantes no tienen muy claro cuál ha sido el aporte de la 2da Ronda, porque, según ellos, esto forma parte del manejo de la DISA; por lo tanto no pueden atribuir ningún cambio operado, a la 2da. Ronda; tampoco sienten, en general, que el Fondo Mundial, en particular, los haya favorecido.

No sabemos qué es lo que la 2da ronda ha aportado, ha faltado una socialización sobre los aportes, porque muchas cosas vienen sin etiqueta, no sabemos si es gestión de la DISA o del Ministerio (Equipo CERITTS, Patrucco)

Como la atención del CERITTS es a demanda, no pueden afirmar fehacientemente si ésta ha aumentado, pero sí afirman que, específicamente en AMP, la demanda aumentó; aunque, para ellos, esto no se puede atribuir necesariamente al programa, porque existe también la participación de otras DISAS y los proyectos de otras instituciones. También perciben que el servicio ha mejorado, pero que lamentablemente no se ha aumentado el recurso humano, por lo que no observan mejoras en lo que se refiere al personal.

Los servicios han estado mejorando, aquí solamente se ha contratado a una persona y eso ha sido manejado por la DISA, aquí no hemos visto una mejora en lo que es personal (Equipo CERITTS, Patrucco)

Aumentó la demanda en Atención Médica Periódica pero no se puede atribuir a la intervención, ellos tienen que tener en cuenta que hay otras instituciones que compiten con nosotros, si la intención era aumentarlo, la ejecución de estos proyectos (Equipo CERITTS, Patrucco)

En cuanto a las capacitaciones, afirman que han recibido tres capacitaciones por 2da. Ronda, pero que no han constituido temas nuevos, teniendo muchos reparos con respecto a la metodología empleada.

Hemos tenido algunas capacitaciones y también de aquí han salido capacitadores nacionales. Nos han dado lo mismo que todos sabemos acá, no ha habido cosas nuevas. Hemos recibido dos o tres capacitaciones, para fortalecer el AMP. No hemos recibido capacitaciones para entrega de TARGA, más bien hemos ido al hospital para ver el proceso pero por iniciativa nuestra (Equipo CERITTS, Patrucco)

Opinan que el trabajo de los promotores ha sido y continúa siendo deficiente; principalmente por causa de las “invasiones” de otras DISAS que se “llevan” a la población; sin embargo aducen que el tema de los promotores no depende de ellos, sino de la DISA, que supervisa el cumplimiento de metas y su trabajo en general.

Tenemos 18 promotores, de esos 2 son de 6ta ronda y 2 eran de 2da ronda, pero ya terminó su contrato y la DISA sólo ha podido captar a uno nada más. Cuando la DISA los absorbe ya no se le presiona con metas y por ello baja su número de derivados (Equipo CERITTS, Patrucco)

No están al tanto de las capacitaciones que los/las promotores/as han recibido, no obstante tienen una percepción muy negativa de su evolución como promotores/as.

Cuanto más capacitas a un promotor, es más flojo o es más rebelde, la capacitación es inversamente proporcional a su rendimiento (Equipo CERITTS, Patrucco)

No sé cómo han sido las capacitaciones de los promotores. Pero yo no he visto cambios relevantes a ellos, más ven sus derechos que sus deberes. De que trabajan, trabajan, se ve que abordan, pero los resultados no se ven (Equipo CERITTS, Patrucco)

En el CERITTS José Olaya en Chiclayo (Lambayeque), no se tiene clara la diferencia entre las actividades correspondientes a cada una de las rondas, por lo que todo se percibe como un continuo. Los entrevistados coincidieron en que la capacitación es una de las debilidades más importantes del equipo. Ellos perciben que ésta ha sido insuficiente, e incluso se menciona que algunos de los/las proveedores/as no han recibido ningún tipo de capacitación relacionada directamente con la intervención.

Las promotoras TS tampoco tienen claras las diferentes rondas, ni los programas a los que se éstas se refieren. Su percepción está más ligada directamente a las actividades y metas específicas que ellas poseen. Afirman que la capacitación en el CERITTS sólo ha sido ofrecida por el objetivo a las 4 promotoras nuevas, en la cual trataron temas tales como liderazgo, discriminación, dinámicas para manejo de ITS, VIH/Sida y como abordar a las potenciales usuarias, la cual ha sido bien calificada por ellas. Las promotoras antiguas no fueron favorecidas por esta capacitación.

De lo que yo no sabía nada, ahora estoy aprendiendo (Promotora TS, Olaya)

Las Promotoras se quejan porque no cuentan con los materiales suficientes, por ejemplo rotafolios para realizar su trabajo y difundir la información a las usuarias.

Por su parte el grupo de promotores HSH, no tiene claro a que nos referimos cuando preguntamos por el programa de 2da ronda, no tienen la percepción de que haya sido un programa con un conjunto de actividades de las que ellos hayan sido parte. Cuando se les pregunta por actividades de 2da Ronda el grupo no tiene claridad de la diferencia entre las actividades de 2da u otras rondas, todo es visto como una sola intervención. Entre las dificultades percibidas en relación a su trabajo, lo que más les preocupa es no poder cumplir con las metas mensuales solicitadas y plantean que existen dificultades para lograr la cifra solicitada. Manifiestan también que las “Las capacitaciones sólo tocan el tema de ITS y VIH”.

Con respecto a los/las promotores/as ellos opinan que su producción es variable y se da en función de cada mes, grupo (HSH o TS) y/o promotor/a. En general no se tienen problemas con el

cumplimiento de metas, especialmente con los/las promotores/as antiguos, quienes mantienen una productividad bastante constante. Ello podría estar queriendo decir que cada grupo de promotores/as va presentando más carencias en cuanto a su capacitación y su compromiso de acuerdo al tiempo de ingreso al programa. Por eso algunos proveedores/as piensan que ciertas promotoras TS, están llevando a sus vecinas y familiares a atenderse sólo para cumplir las metas mensuales.

En Iquitos, los promotores HSH manifiestan que la 2da. Ronda fue el inicio de todo por lo que habían luchado años anteriores.

Desde la Segunda Ronda, hemos luchado hemos estado en la calle y luego de la Segunda Ronda ha empezado todo (Promotor HSH, Iquitos)

Los y las promotores/as han recibido capacitaciones de diversos temas.

En el 2005 y 2004 vino Impacta y tuvieron capacitaciones de ellos, sobre ITS, VIH, derechos humanos, nos capacitaron en un montón de cosas, de todo (Promotora TS, Iquitos)

En el caso de Iquitos, sí indican diferencias entre las diversas rondas y en este caso especifican la descentralización que se está experimentando ahora, en relación a la 2da. Ronda.

Los capacitadores de la Segunda Ronda hemos trabajado más con la gente de Lima, pero ahora se ha incorporado en la Sexta Ronda a las Macro Regiones (Promotoras TS, Iquitos)

De la misma manera, el tipo de capacitadores ha cambiado de una ronda a otra.

En la segunda Ronda se trabajaba bien siempre hemos dicho que necesitamos que nuestra misma población estén sensibilizada, capacitada, un poco nos ayuda. En la Segunda Ronda, estaba más profesionalizado, con profesionales de Lima, en la Sexta se han incorporado los promotores de las poblaciones (Promotoras TS, Iquitos)

En suma, promotores y promotoras afirman que los materiales y la actualización han sido muy útiles para su trabajo, pero que ya debe hablarse de otros temas más allá de las ITS y el VIH.

Los materiales nos han servido mucho, nosotras como promotoras tenemos que estar actualizándonos con cosas nuevas, como en este último taller que hemos tenido hemos trabajado más el VIH. Te enriqueces como personas, para poder llegar nuestros pares. Ellas ya no solamente saber de ITS/VIH sino valorarse también como mujeres (Promotoras TS, Iquitos)

Han venido de Impacta a capacitarnos, cómo hacer el trabajo de campo, hemos aprendido porque era una novedad para nosotros y hemos captado más personas. Nos han enseñado cómo llegar a la persona, no sólo dar trípticos, folletos y adiós sino a pulirlo y llegar a la población (Promotores HSH, Iquitos)

Su valoración de los proyectos del Fondo Mundial es buena, por una parte porque han incrementado promotores/as, no obstante lo que más valoran es que esto haya permitido la formación de organizaciones de base.

Los proyectos del FM están bien, porque ampliaron los promotores, se ha visto que antes con los pocos promotores que hay no se hubiera alcanzado la meta, nos ha ayudado bastante para organizarnos entre nosotras también (Promotoras TS, Iquitos)

Con el FM se aumentó el número de promotores con la segunda Ronda. Hubo más captación de población HSH y se pudo captar mas personas. En Quinta Ronda se aumentaron más (Promotores HSH, Iquitos)

Es importante notar que ellos/as también han desarrollado sus propios métodos para acercarse a la población y realizar prevención.

Del rotafolio agarras un pequeño concepto y lo desarrollas (Promotoras TS, Iquitos)

Yo insisto pero sin cansarlas, trato que confíen en mí (Promotoras TS, Iquitos)

Aunque sería necesario adaptar el rotafolio a los diferentes lenguajes locales.

Hemos pedido que cuando hagan los rotafolios, se adecuen las palabras a la región; cada región debería tener su rotafolio (Promotor HSH, Iquitos)

Para los promotores HSH, lo más importante de la 2da. Ronda ha sido el TARGA y las capacitaciones.

La Segunda Ronda ha sido la mejor porque ha habido TARGA, adherencia, PVVS, auto cuidado, a capacitarnos... he aprendido mucho (Promotores HSH, Iquitos)

En relación a la Población Privada de Libertad de lo que en un inicio era una imagen desvalorada y distanciada del condón, en la actualidad la percepción ha cambiado, aunque las estrategias de promotores de Pares no se han sostenido en el tiempo; es por ello que se mantiene un nivel de conocimientos mayor sobre VIH y Sida, que de las ITS.

Con respecto a las estrategias de atención y promoción emprendidas, hay poco recuerdo sobre ello, lo cual tiene como consecuencia que no se mantenga una noción en los entrevistados de un programa para el control y tratamiento de ITS y VIH en los penales. Es importante resaltar, sin embargo, que en relación a esta población, se han realizado significativos esfuerzos a nivel de infraestructura y equipamiento de los penales, además de haberse potenciado durante la 2a.Ronda la labor de los promotores educadores de pares, con materiales y ayuda técnica; sin embargo los esfuerzos han resultado reducidos al no haberse sostenido estas actividades, frente a las grandes necesidades de estas poblaciones y su compleja situación de vulnerabilidad.

Las dificultades generales que los/las entrevistados/as mencionan para la situación actual para el trabajo de prevención, se refieren básicamente a aquellas poblaciones a las cuales todavía no se ha podido llegar.

Las menores de edad no pueden venir porque no tienen DNI, fíjese hay bastantes menores de edad, chiquillas que no tienen ni senos nada, pero se drogan con terocal y no se dan cuenta de lo que hacen, se van con taxistas y hacen cualquier cosa, sin protección (Promotora TS, Patrucco)

Pero queremos apoyo para nuestras chicas, las menores de edad, porque no van al hospital, porque son menores de edad y no le ponen interés, se ponen la ampolla en la farmacia, así, pero a veces no les hace nada, y así trabajan... (Promotoras TS, Patrucco)

Es importante tomar en cuenta que una población a la cual no se ha llegado en ninguna de las rondas del FM (por razones externas a los programas), es la población vulnerable adolescente.

De repente en los jóvenes, como que para ellos la vida sigue siendo un juego, por la misma edad que tienen, todavía no maduran, necesitan tomar conciencia del riesgo que llevan, bueno, eso (Promotor HSH, Patrucco)

En Lambayeque, una de las necesidades que no está siendo cubierta, y que es importante tomar en cuenta, es la de incidir en las trabajadoras sexuales de las zonas más alejadas.

Los equipos itinerantes y las promotoras tenemos que asegurarnos de llegar a todas las zonas (Promotora TS, Hospital Las Mercedes)

Una limitación expresada aquí por las usuarias transgénero, fue el hecho de que en algunos casos, principalmente en el servicio de admisión, todavía no se les nombre en femenino.

De la misma manera que para Lambayeque, los promotores en Iquitos manifiestan la necesidad de llegar a las poblaciones alejadas, que corresponden a las poblaciones más excluidas a quienes se está dejando de lado.

En la Segunda Ronda no se ha llegado a mucha población, hablamos del interior de la región, no podemos hablar del Acceso Universal porque no lo hay. En Loreto sólo hay en Iquitos, Yurimaguas, y faltan las capitales de provincia: Requena, Caballococha, Contamana, son poblaciones que están viniendo acá, los que pueden buscar el acceso (Promotor HSH, Iquitos)

Lo que se podría mejorar es que haya más (promotores/as) en otras zonas, Contamana, Yurimaguas sólo hay dos deberían ser más porque población HSH hay bastantes (Promotor HSH, Iquitos)

De todas formas podríamos concluir que, en general, existe la percepción de que los objetivos se han cumplido.

Ya usan el condón, han tomado conciencia, todas, sí, ellas dicen, estás loca, a veces les ofrecen más plata y dicen no, entonces les decimos está muy bien, así me gusta que sepan pensar, ahora usan el condón. Es importante. Hablarles bien también. Acá a nosotras que nos piden sin condón, les decimos vamos a llamar un guardia, allí mismo, al toque se ponen el condón (Promotora TS, Patrucco)

Queda claro, sin embargo, que el aporte más importante de esta 2a. Ronda lo constituyó el inicio del TARGA, lo cual ha permitido llegar a la mayoría de usuarios que lo requerían; aunque los/las entrevistados/as resaltan que existen poblaciones que se están dejando de lado y que componen un contingente importante de poblaciones excluidas como las poblaciones vulnerables adolescentes y las poblaciones vulnerables que habitan en zonas alejadas a las capitales de departamento y las zonas.

4.2.2.3 Participación de los beneficiarios en las etapas diferentes del Programa

Todo el programa se ha basado en la Estrategia de Promotores Educadores de Pares, por un lado, cuyo diseño elaborado por el MINSA, data de 1996. En este sentido los propios promotores tenían poco que aportar. En cuanto a los beneficiarios directos, éstos han participado en su rol de beneficiarios de la AMP. Con respecto al personal de salud, éste, de acuerdo a los testimonios, ha participado en una sola etapa del proceso que corresponde a la implementación. De allí podrían desprenderse las críticas que hemos observado líneas arriba, sobre las diferentes etapas de la 2a. Ronda.

4.2.2.4 Participación de la red organizacional existente

En ese momento, no hubo participación de la red organizacional existente. Solamente los promotores del CERITTS Alberto Barton y los entrevistados en Iquitos han manifestado que los proyectos del Fondo Mundial han contribuido a generar organizaciones, las cuales actualmente han comenzado tener una presencia activa; por cierto estas organizaciones son las llamadas a garantizar la sostenibilidad de los programas. Durante esta etapa hubo limitaciones para la participación de las organizaciones de poblaciones vulnerables, que han ido tomando fuerza en las siguientes rondas.

4.2.2.5 Factores que facilitaron o limitaron el cumplimiento de las actividades

De acuerdo a las entrevistas sostenidas las actividades se cumplieron sin factores limitantes.

4.2.2.6 Modos de participación de las estructuras nacionales y regionales en la implementación del Programa

En Lima, de las entrevistas se desprende que la participación de las estructuras nacionales y regionales ha sido restringida. En especial los Hospitales y los CERITTS, tanto de Lima, como del interior del país, nos demuestran la carencia de comunicación y seguimiento, por parte del Ministerio de Salud y las DISAS o DIRESAS con los órganos operativos. Problemas de procesos,

desconocimiento, falta de capacitación, carencia de información para la toma de decisiones es una constante. Eso hace que los órganos operativos tengan la percepción, en algunos casos, de encontrarse sobrecargados y desatendidos y en otros de indiferencia con respecto a las intervenciones del Fondo Mundial. Existe además la percepción de que no se ha utilizado su propia experiencia para mejorar ciertos procesos e instalar ciertas tecnologías que pudieron haber funcionado mejor.

Con respecto a Lambayeque, las coordinaciones con el INS, fueron positivas. En el inicio se tuvieron períodos de carencia de medicamentos, ocasionados, no por falta de envío desde el nivel central, sino más bien por la inoperatividad del nivel local para realizar una apropiada distribución de medicamentos teniéndolos en stock. Se menciona también la existencia de un trabajo articulado a nivel de DIRESA, Redes y Microrredes. En algunos casos la COREMUSA ha brindado capacitación, entre los temas desarrollados se mencionaron liderazgo, discriminación, gerencia y derechos humanos. Esta capacitación ha sido muy bien calificada por grupo de promotores/as entrevistados/as

En Iquitos, los promotores han planteado como una exigencia el derecho a la rendición de cuentas por parte de la Dirección Regional de Salud para informarles respecto a los logros obtenidos hasta el momento a partir de su trabajo como promotores, ¿cuáles son los resultados obtenidos? ¿Hasta dónde se ha llegado? Ya que hasta el momento no han sido informadas al respecto.

Los promotores de Iquitos manifiestan que la relación con el CERITTS es muy buena.

Es muy buena la relación con nosotros y con las personas que vienen. La Dra. Guerra se reúne con nosotros, los lunes conversamos, escucha nuestro punto de vista, los viernes con las chicas (Promotoras TS)

4.2.3 Eficacia

4.2.3.1 Análisis de evolución del indicador E.1: Proporción de HSH seropositivos al VIH

🕒 Fuente y metodología para estimar el indicador

Las fuentes empleadas para estimar el indicador en la Línea de Base y mediciones posteriores fueron los estudios de Vigilancia Centinela en HSH de la Dirección General de Epidemiología y como fuente oficial de información periódica, la Hoja de Monitorización del MINSa.

Aunque la propuesta de este indicador (así como de E2, E3 y E4) asumía presumiblemente mediciones bianuales, el MINSa no ha realizado estas mediciones con la periodicidad esperada; cuando realizó alguna, con frecuencia fue en asociación con grupos de investigación privados en el contexto de estudios independientes, lo que en la práctica limitaba el acceso oportuno a esta información.

De otro lado, la estimación de indicadores a partir de los estudios de Vigilancia Centinela en HSH realizados en 2002 y en 2006-7, respectivamente, no son comparables. La principal diferencia entre la Vigilancia de 2002 y la reportada en el 2006, se encuentra en que en la última no se incluye a las personas que tienen el diagnóstico de VIH, es decir que si una persona se hizo un

examen de VIH previo y obtuvo un resultado positivo, entonces no participaba en el estudio y por ende no era contabilizado dentro del denominador ni numerador (cuando ellos conocían su resultado)⁴.

Asimismo, cabe resaltar que los estudios de Vigilancia Centinela en HSH realizados hasta la fecha tienen representatividad limitada a las ciudades en las cuales se han llevado a cabo (usualmente Lima y ciudades de mayor prevalencia), además utilizan muestras por conveniencia que tienden a incluir a las personas en mayor riesgo, lo cual estaría generando una sobreestimación de la prevalencia de la infección en relación con la población general de HSH en aquellos estudios que no excluyeron a los seropositivos; en aquellos que sí los excluyeron, las cifras corresponden a *población HSH con al menos un factor de alto riesgo pero sin diagnóstico previo de VIH*.

Por otro lado, los datos consignados en la Hoja de Monitorización de la Estrategia Sanitaria de ITS y VIH/SIDA no proporcionan estimados representativos de la prevalencia de infección de VIH en HSH, sino que reflejan simplemente la proporción de seropositivos entre quienes, voluntariamente, acudieron a los establecimientos de salud para atención médica periódica y para solicitar la prueba. Por ello no proporciona estimados representativos de prevalencia, particularmente si una importante fracción de antiguos susceptibles adquirió la infección con anterioridad y de manera muy rápida. En principio, las cifras reportadas cada año reflejan sólo la proporción de personas que, desconociendo su estado de infección, se sometieron al tamizaje durante el período de referencia. Por lo expresado, es limitado hacer un análisis de tendencias con esta información, pues no existen condiciones de comparabilidad.

🕒 *Estimación de la brecha*

Por las consideraciones arriba señaladas, en sentido riguroso tampoco es posible analizar si las metas se cumplieron. Dejando de lado las limitaciones de comparabilidad de las dos vigilancias epidemiológicas, podría decirse que la vigilancia del 2002 no incluyó 10% en el intervalo de confianza de estimación (95% IC 12-7%-15.1%), mientras que la vigilancia de 2006-2007 sí lo hizo (9.3%-12.3%), lo que sugeriría una disminución de la prevalencia. Sin embargo, reiteramos que la vigilancia del 2006-7 excluyó a personas de diagnóstico previo de infección VIH, lo cual implica una disminución de la prevalencia de por sí.

Recientemente la DGE (Dirección General de Epidemiología) ha realizado estimaciones, sin embargo, las estimaciones de la vigilancia no han incluido análisis o moldeamiento matemático que permitan hacer un estimado de la disminución o control de la epidemia por lo que se recomienda hacerlo para futuras estimaciones.

4. La Vigilancia Centinela del 2002 de la Dirección General de Epidemiología del MINSA (fuente de información en la línea de base del proyecto) fue realizada en una población de 3635 HSH de las ciudades de Lima, Piura, Iquitos, Arequipa y Pucallpa; y la Vigilancia Centinela del 2007 se realizó en una población de 4227 HSH de las ciudades de Lima, Ica, Trujillo, Chiclayo, Sullana Arequipa, Huancayo, Iquitos y Tarapoto

Cuadro 01.
Proporción de HSH seropositivos al VIH

MEDICION	Fuente	N	%	IC
Meta al 2008			10.0%	
Línea de Base 2004	Vigilancia Centinela, DGE 2002	HSH: 3,635	13.6%	(95% IC: 12.7% -15.1%)
Medición 2005	Hoja Monitorización MINSa 2005	HSH: 564	14.9%	(95% IC: 12.0% -17.8%)
Medición 2006	(1) Sanchez et al. Acquire Immune Defic. Syndr. Vol. 44, Num.5, April 15, 2007 (2) Hoja Monitorización MINSa 2006	HSH: 1,358	22.3%	(95% IC: 20.1% -24.6%)
		HSH TS : 2,331	4.7%	(95% IC: 3.8% -5.6%)
		HSH : 9,788	8.0%	(95% IC: 7.5% -8.5%)
Medición 2008	(1) Vigilancia Centinela, DGE 2007 ^a (2) Hoja Monitorización MINSa 200	HSH : 1,574	10.8%	(95% IC: 9.3% -12.3%)
		HSH TS: 3,565	5.0%	(95% IC: 4.3% -5.7%)

Fuente: ^a Tomado del Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Perú. 2006-2007

4.2.3.2 Análisis de evolución del indicador E.2: Proporción de TS seropositivas al VIH

🕒 Fuente y metodología para estimar el indicador

Las observaciones realizadas al indicador E.1 son pertinentes a éste, tal vez con la diferencia de que la vigilancia centinela en TS tiende a involucrar a TS de menor riesgo, y no a sujetos de mayor riesgo como en el caso de HSH.

🕒 Estimación de la brecha

El estudio de Vigilancia Centinela realizado por la DGE en el 2002 muestra la prevalencia de VIH en trabajadoras sexuales en 0,6%⁵, en tanto en la Vigilancia Centinela del año 2006 se reporta una prevalencia de 0,5%⁶. Como se observa, durante el período del proyecto sólo se dan estas dos vigilancias epidemiológicas en TS, no habiendo diferencia significativa entre sus estimados, cuyos intervalos de confianza se superponen. Asimismo, ambos intervalos de confianza incluyen a la meta, lo que implica que desde el inicio dicha meta no era distinta del *statu quo*, y así se mantuvo.

Sin embargo, otras consideraciones son pertinentes: ONUSIDA ha documentado que los estudios de vigilancia en trabajadoras sexuales pueden inadvertidamente subestimar la prevalencia de VIH en éstas por efecto de una auto-segregación de las mismas, pues son estimuladas a dejar esta práctica laboral al ser diagnosticadas⁷. Entonces, o continúan en la clandestinidad o efectivamente dejan de practicar el trabajo sexual. En el primer caso, la vigilancia subestimaría la prevalencia real; en el segundo reflejaría una prevalencia real que se controla no a través de la prevención sino de la salida de las seroconvertidas del mercado de trabajo sexual.

7. Vigilancia Centinela 2002, Plan Estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA en el PERÚ, 2007-2011.
8. Vigilancia Centinela 2006, Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Perú. 2006-2007
9. Ver Informe del Taller de Análisis de Información Estratégica para los Programas de VIH en América del Sur, ONUSIDA/UNFPA, 2009.

Estas últimas opciones se hacen más factibles cuando consideramos los datos proporcionados por la Hoja de Monitorización del MINSa, que es más un instrumento administrativo que refleja la proporción de mujeres TS que se sometieron a pruebas para VIH y fueron positivas. Por tanto las estimaciones realizadas a partir de los datos de la Hoja de Monitorización (2,6% en el 2006 y 2,8% en el 2007) corresponden a aquellas mujeres TS que, sin conocer un diagnóstico previo de infección por VIH, se realizaron una prueba de VIH en los establecimientos de salud del MINSa. Su diferencia con las cifras de los estudios de vigilancia llama la atención y no puede interpretarse sin información adicional.

Cuadro 02. Proporción de TS seropositivos al VIH				
MEDICION	Fuente	N	%	IC
Meta al 2008			0.49%	
Línea de Base 2004	Vigilancia Centinela, DGE 2002 ^a	4,387	0.6%	(95% IC: 0.4% -0.8%)
Medición 2005	Datos no disponibles	ND	ND	ND
Medición 2006	Hoja Monitorización MINSa 2006	12,113	2.6 %	(95% IC: 2.3% -2.9%)
Medición 2008	(1) Vigilancia Centinela, DGE 2007 ^b	4,084	0.5%	(95% IC: 0.3% - 0.7%)
	(2) Hoja de monitorización 2007	15,550	2.8%	(95% IC: 2.5% - 3.1%)

Fuente: ^a Tomado del Plan Estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA en el PERÚ, 2007-2011

^b Tomado del Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Perú. 2006-2007

4.2.3.3 Análisis de evolución de Indicadores Clave del Objetivo 2

🕒 Fuente y metodología para estimar los indicadores

Las fuentes empleadas para estimar el indicador en la Línea de Base y mediciones posteriores fueron principalmente la Hoja de Monitorización del MINSa y las encuestas ad hoc. En la línea de base se utilizó para estimar la prevalencia de uso de preservativo en el último encuentro los estudios de Vigilancia Centinela en TS y HSH de la Dirección General de Epidemiología.

En lo que respecta a los indicadores R.2.1 y R.2.3 referidos a la población de TS y HS abordables que acuden regularmente a la AMP se observa un cambio en la metodología del cálculo del indicador en la cuarta medición, lo que hace que se obtenga cifras diferentes a los estimados años anteriores. En ambos el numerador está conformado por la TS y HSH que acuden a AMP.

En el caso del MINSa, el reporte de TS y HSH controlados lo hacen los CERITSS a nivel nacional. Sin embargo, no existe un criterio uniforme para considerar “controlada” a una TS y por lo tanto el consolidado nacional resulta en un valor que oculta una gran variabilidad de resultados según el ámbito. No obstante, la mayor diferencia se basa en el cálculo del denominador utilizando una estimación de la demanda teórica de un servicio a nivel nacional, en tanto en las mediciones anteriores el denominador estuvo constituido por el universo de usuarios que acudieron a la atención médica periódica pero que no necesariamente lo hacían en forma regular. Por lo

expresado, es inapropiado analizar tendencias en esta información, pues no existen condiciones aceptables de comparabilidad.

🕒 *Estimación de la brecha*

En el indicador R.2.1 y R.2.3 referido a las TS estimadas y HSH abordables que acude regularmente a la atención médica periódica se observa un **comportamiento errático del indicador** basado en la Hoja de Monitorización, ello obedecería principalmente al cambio en el cálculo del denominador (en la cuarta medición) y las limitaciones propias del registro del dato. Sin embargo utilizando la encuesta ad hoc se encuentra un incremento significativo entre la tercera y cuarta medición tanto en TS como en HSH. Comparando estas cifras con la meta propuesta aun están lejos de ser alcanzadas puesto que en el caso de TS hay una brecha de 12.3 puntos porcentuales y en el de HSH de 24.5 puntos porcentuales.

Cuadro 8.
Cumplimiento de metas en indicadores clave del objetivo 2

Código	Indicador	Línea de Base 2004	2da medición 2005	3ra medición 2006	4ta medición 2008	Meta 2008	Diferencia al 2008
R.2.1	Proporción de TS estimadas que acude regularmente a la atención médica periódica	57.7%* n=18232(IC 95%: 57.0%- 58.4%)	46.1%* n=14757 (IC 95%: 45.3%- 46.9%)	42.3%* n=16843 (IC 95%: 41.6%- 43.0%) 43.0%** n=311(IC 95%: 37.5%- 48.5%)	13.9%* n=127000 (IC 95%: 13.7%- 14.1%) 77.7%** n=336(IC 95%: 73.2%- 82.2%)	90.0%	12,3 **
R.2.2	Proporción de TS que utilizó preservativo en el último encuentro sexual	93.3%*** n=4473(IC 95%: 92.6%- 94.0%)	ND	94.1%** n=272(IC 95%: 91.3%- 96.9%)	91.1%** n=305(IC 95%: 87.9%- 94.3%)	96.0%	4,9
R.2.3	Proporción de HSH abordables que acuden regularmente a la atención médica periódica	42.4%* n=4031(IC 95%: 40.9%- 43.9%)	43.0%* n=3014 (IC 95%: 41.2%- 44.8%)	64.7%* n=2544(IC 95%: 62.8%- 66.6%) 47.9%** n=219(IC 95%: 41.3%- 54.5%)	4.0% * n=187000 (IC 95%: 3.9%- 4.1%) 57.5%** n=200(IC 95%: 50.6%- 64.4%)	82.0%	24,5 **
R.2.4	Proporción de HSH que utilizó preservativo en el último encuentro	46.3%*** n=1358 (IC 95%: 43.6%- 49.0%)	ND	88.6%** n=219 (IC 95%: 84.4%- 92.8%)	90.0%** n=120 (IC 95%: 84.6%- 95.4%)	82.0%	- 8,0
R.2.6	Proporción de PPL que usó preservativo en la última relación sexual	32.8%** n=79 (IC 95%: 22.4%- 43.2%)	32.4%** n=441(IC 95%: 28.0%- 36.8%)	36.8%** n=361(IC 95%: 31.8%- 41.8%)	32.2%** n=360(IC 95%: 27.4%- 37.0%)	90.0%	57,8

* Hoja de Monitorización

** Encuesta ad hoc (Metodología UPCH)

*** Vigilancia Centinela OGE, 2002

En relación a los indicadores de uso de preservativo de la población vulnerable en el último encuentro sexual (indicadores R.2.2, R.2.4 y R.2.5) utilizando como fuente las respectivas encuestas ad hoc, no se observan mayores cambios entre la tercera y cuarta medición de los indicadores R.2.2; R.2.4 (se utilizó la encuesta ad hoc a partir de la tercera medición) y las cuatro mediciones del indicador R.2.5. En el caso de las TS y HSH alrededor del 90% usó preservativo en su último encuentro sexual, en tanto en las PPL la cifra llega en la última medición al 32.2%.

Las brechas estimadas en el logro de las metas de uso del preservativo muestran que entre las TS la brecha es de 4.9 puntos, ello obedecería a que la Línea de Base para este grupo poblacional en cuanto a uso de preservativo estaba **por encima del 90%** y por ende más factible aproximarse o cumplirla. En tanto en la población HSH se ha superado la meta propuesta, lo que obedecería a la activa participación de los PEP^s y también al sesgo de la muestra puesto que ésta no sería representativa de la población total de HSH, sino más bien de los HSH abordables y particularmente aquellos que se dedican al TS.

Un caso particular representa las personas privadas de su libertad, puesto que el comportamiento del indicador a lo largo del periodo de evaluación se ha mantenido invariable, ello obedecería a que la intervención preventiva promocional en estos espacios ha sido limitada por la alta rotación de la población. Otra dificultad fundamental está en que el indicador no distingue parejas estables (por ejemplo, esposas o convivientes de los reclusos) de otras parejas.

4.2.4 Sostenibilidad

4.2.4.1 Sostenibilidad Técnica

Sobre el Objetivo 2, en torno a la educación y atención a las poblaciones vulnerables y su sostenibilidad. El Proyecto de Segunda Ronda es visto como un programa que llega en un momento en que la estrategia se encontraba en un proceso de desaparición; en el entendido que la Estrategia de Promotores de Pares y la AMP atravesaba por una enorme crisis cuando el proyecto inició sus acciones el Proyecto.

Frente a como se desarrolla actualmente la estrategia, las promotoras del CERITSS Patrucco consideran que las capacitaciones deben continuar y que terminado el proyecto ya no cuentan con los materiales que el proyecto les proveía.

Más bien estamos extrañando que sigan capacitando, siempre hay algo nuevo que uno no sabe.

Los proyectos del FM nos han apoyado bastante, económicamente, maletines polos, aunque hoy en día ya no existen, más bien nosotros tenemos que cooperar para poder comprarnos siquiera un polo.

Del mismo modo los promotores HSH, piensan que desde que concluyó el programa cada establecimiento de salud ha vuelto a su rutina y la situación ha cambiado, no necesariamente de manera positiva.

Debió mejorar la atención a la gente, el trato, después que terminó todo esto, cada persona, cada establecimiento de salud trabaja a su manera, a su modo, es diferente, como que no les importa la salud de las personas, no sé...

4.2.4.2 Sostenibilidad Social

En torno a la sostenibilidad social para el Objetivo 2, en Iquitos la COREMUSA se encuentra haciendo esfuerzos por mantener las actividades con los Promotores Educadores de Pares contando con el apoyo del Gobierno Regional. En esa misma línea opinan los promotores HSH.

Nosotros ya prácticamente lo tenemos sostenible aquí en la Región, porque como hemos conformado la COREMUSA en realidad no hemos estado pendientes, ni supervisados desde Lima; hemos estado caminando, estamos viendo que la Directiva esté el Gobierno Regional, porque la logística siempre nos están dando ellos, estamos considerando, que siempre sea una autoridad de alto nivel sea responsable de ello (Dirigente PVVS)

En la mayoría de entrevistados de las poblaciones vulnerables y equipos CERITSS la percepción del Proyecto no es muy nítida por lo que discutir sobre su sostenibilidad es complicado. En ciertos casos se plantea el acceso a capacitaciones, en otros se plantea el acceso a mobiliario o equipos de oficina y en muy pocos casos se afirma un cambio cualitativo en la relación con la población a partir del proyecto.

4.2.5 Conclusiones y recomendaciones

El programa ha estado basado en una estrategia de promotores educadores de pares ya conocida e implementada por el MINSa, en ese entonces PROCETTS, desde 1996.

Se parte de la premisa que algunos miembros reconocidos de las poblaciones vulnerables (HSH y TS), asumen la labor educativa y de prevención en sus comunidades, con el objetivo de atraer a estas poblaciones a los servicios de salud que proveen AMP.

Este modelo permite el desarrollo de liderazgos comunitarios y también que los servicios de salud incrementen su demanda de AMP, llegando cada vez a una mayor cantidad de población a través de despistajes gratuitos y tratamientos de ITS.

Dentro del modelo del Objetivo 2 se incorporaron capacitaciones a PEP que incluyeron, como algo novedoso, capacitaciones sobre derechos humanos. La mayor dificultad que planteó este modelo es haberlo implementado mecánicamente sin haber sistematizado las experiencias anteriores y haber enfocado su prioridad en la derivación de personas al servicio de salud y no en su labor educativa. Ello no redundó en un mejoramiento del modelo PEP en sí mismo, pero sí fortaleció a los/las promotores/as, quienes luego han podido tener una actuación más orgánica en sus comunidades. Otra dificultad ha sido la implementación de metas para sus derivaciones, lo cual probablemente ha contribuido a desvirtuar el rol del promotor y a priorizar el reclutamiento de población, en detrimento de su labor de educador.

Sin embargo, siendo una estrategia ya implementada desde hace tiempo, no se revisó el modelo, tratando de entender su lógica, además de sus ventajas y desventajas. Ello llevó a que éste se desvirtuara hacia tareas de reclutamiento de población, obviando su componente educativo.

No se analizó tampoco los cambios generados por el advenimiento del TARGA, para una revisión del modelo.

En cuanto a la AMP la población beneficiaria, en general, está satisfecha con la atención recibida. De la misma manera lo están los promotores del programa; aunque todavía existen algunas dificultades, diferentes en cada región, como la falta de rotafolios, los gastos de movilidad, los horarios en los servicios, y todos aquellos insumos que les permiten realizar su labor con eficacia.

En el caso de los beneficiarios intermedios, no existe una imagen muy clara de los beneficios de la segunda Ronda. Una recomendación en este sentido sería involucrar más a los beneficiarios indirectos, es decir, al personal de salud, dándoles un rol preponderante en su implementación.

4.3 Resultados Referidos al Objetivo 03: Disminuir la transmisión vertical del VIH

4.3.1 Estrategias implementadas

La estrategia del Objetivo 3 fue identificar a las gestantes positivas durante el embarazo (en Control Prenatal- CPN) o el parto (con pruebas rápidas) para utilizar regímenes de profilaxis con antirretrovirales para prevenir infección del neonato.

Fortalezas:

- (1) Evidencia directa de eficacia
- 2) Utilización de regímenes estándar a nivel internacional

Limitaciones:

- (1) No se incluyeron medidas suficientes para asegurar una cobertura amplia de manera rápida. Particularmente, se dieron dificultades en la coordinación con la Estrategia Nacional de Salud Reproductiva. Ello desembocó en problemas logísticos relativos con distribución de pruebas y otros materiales.
- 2) No se trabajó en grado suficiente la integralidad programática (incorporación de esta acción en un marco de salud integral).
- (3) No se definió necesidad de implementar sistema de información adecuado para realizar seguimiento a los neonatos.

4.3.2 Satisfacción de beneficiarios

4.3.2.1 Percepción de la población beneficiaria directa e indirecta, los beneficios del programa

Las gestantes antes de llegar al servicio, suelen poseer una información bastante limitada sobre los temas de VIH; es por eso que se valora la información recibida, aunque información sobre ITS, procedimientos para evitar la transmisión vertical y tratamiento para la seroreversión ha continuado siendo limitada.

O sea, éramos como ignorantes, no había alguien que nos oriente como ahora. Antes no había como entidades que se preocuparan de hacer eso. Eran pocas las personas que estaban informadas. (Gestante, Lima)

En Iquitos por ejemplo, al inicio de la 2da. Ronda no hubo mucho impacto con respecto al conocimiento adquirido y la dedicación del servicio hacia las usuarias. Llama por ejemplo la atención de que algunas de las gestantes entrevistadas hayan mencionado “análisis de sangre” de manera general, lo cual podría estar indicando que la consejería que reciben no es exhaustiva. Por otra parte también las gestantes tienen algunas apreciaciones críticas sobre el servicio.

Recién me estoy haciendo mis controles prenatales, en San Juan y Moronacocha. Nos enseñan en el control prenatal, a prepara los pezones para dar de lactar al BB, nos enseñan a reconocer el riesgo en un embarazo. Te hacen los análisis de sangre y también de sífilis (Gestantes, Iquitos)

Las obstetricas no tienen mucho tiempo para atenderte, sería bueno que se tuviera un poco de prioridad con las mujeres gestantes para tener mayor información, para darles mayor información (Gestantes, Iquitos)

No hemos recibido charla sobre VIH/SIDA, no han hablado de qué son las ITS, en el control nunca (Gestantes, Iquitos)

También se tenían problemas de espacio y de personal en el servicio.

Las enfermeras a veces están viejitas y no tienen paciencia. No tienen paciencia. Hay personas que son intratables y dicen que no saben nada cuando uno les pregunta. No hay mucha gente que atiendan al público y la mayoría de personas se atienden por el SIS. Lo adecuado sería una hora de atención. Debería haber más consultorios, y solamente atiende dos obstetras (Gestantes, Iquitos)

A veces las dos obstetricas están en el mismo consultorio en un solo ambiente, separados por un pedacito de triplay. En San Juan hay tres consultorios y cada una atiende a una gestante (Gestantes, Iquitos)

Me está bajando un descenso amarillo y la doctora no me ha dicho nada, no me ha dado nada y estoy igual nada más (Gestantes, Iquitos)

Con el desarrollo del programa notamos cómo las gestantes, tanto en Lima, como en Iquitos, comenzaron a recibir información sobre el VIH en gestantes y la necesidad de la prueba de tamizaje, así como su condición de obligatoriedad.

Sí a todas nos dijeron que era la prueba de Elisa, que es obligatoria para todas las gestantes. (Gestantes, Lima)

Eso nos ha explicado. Porque hoy se pueden salvar los niños de tener SIDA, los preparan con medicamentos para que las criaturas no se contagien. Es necesario nos han enseñado que no se puede dar de lactar, porque ese es uno de los factores para que el infante tenga SIDA (Gestantes, Iquitos)

En ese momento las gestantes comenzaron a reconocer las ventajas de la prueba, cuya obligatoriedad, ha generado en ellas opiniones encontradas, ya que, por un lado, pensaban que se debía respetar la decisión de la madre para hacerse la prueba, y por otro resaltaban su responsabilidad frente a la salud del niño.

Está bien, o sea la prueba está bien... yo creo que está bien para saber si tenemos algo malo... (Gestantes, Lima)

Está bien que sea obligatoria, para saber que estamos sanas. Debería respetar la decisión de una mujer embarazada que no quiere hacerse la prueba pero ella también tiene que respetar a su bebito (Gestantes, Iquitos)

Entonces la aceptación de la prueba de tamizaje, al estar relacionada con la salud del niño, se terminó considerando como una necesidad.

Sí, está bien pues, como dice la señora, asegura la salud del bebe y de una misma, incluso a veces se hace al inicio del embarazo y también al sexto mes porque creo que hay un tiempo en que no se produce y no sabes si en realidad estás infectada. (Gestantes, Lima)

La gratuidad de las pruebas ha constituido una ventaja para su aceptación.

Para mí ha mejorado un poco porque antes no te hacían VIH, ni sífilis. Ahora hay las pruebas rápidas y son gratuitas (Gestantes, Iquitos)

4.3.2.2 Percepción de que las metas alcanzadas por el Programa cubrieron las necesidades de los beneficiarios

Como hemos visto, las pruebas de tamizaje, han sido bien recibidas por las beneficiarias, las cuales se valoran como necesarias, sobre todo para prevenir la salud del niño. En este sentido tiene una significación que se relaciona directamente con evitar la transmisión vertical.

Muy buena, porque ayuda, no nos desamparan. Podemos ver que no salen infectados (Gestantes, Lima)

Las gestantes sin control, reciben de la misma manera el tamizaje de VIH, el cual consideran fundamental para la futura salud del niño.

Me saqué el VIH y menos mal me salió negativo. Me mandaron al otro día, como tenía inflamación fuerte y entonces me sacaron. Y como no salía me volvieron a sacar el VIH y me salió no reactivo. (Gestante 8 meses sin control, Lima)

Sí me han sacado dos veces y me han controlado y el doctor me ha dicho que estoy muy bien, ahora sólo me falta saber cómo está mi bebé. (Gestante a término sin control, Lima)

Por su parte las gestantes VVS, reciben profilaxis con antiretrovirales, siendo la opinión de la mayoría bastante positiva.

En el hospital 2 de Mayo recibo mi tratamiento, para que el bebe no salga infectado... Yo pienso que está bien para saber y recibir gratuito el tratamiento, porque se puede tratar ¿no? Cuando es el principio se puede recibir tratamiento. (Gestante VVS, Lima)

En Chiclayo, por su parte, el Equipo del Hospital Las Mercedes, percibe que el beneficio más importante durante estos años con respecto al objetivo 3 ha sido el logro de aproximadamente 25 niños que han serorevertido, hijos de gestantes VIH positivas.

Es necesario agregar, sin embargo, que el programa en 2da. Ronda, de acuerdo a los testimonios de las gestantes nos hace pensar que el programa ha estado limitado a lograr el tamizaje de las gestantes y el tratamiento profiláctico para aquellas que resultaron positivas a la prueba; dejándose para un segundo lugar el tema de prevención positiva, mayor información sobre procedimientos y toma de decisiones informada, así como la valoración de la salud de la propia gestante y no únicamente la del niño.

4.3.2.3 Participación de los beneficiarios en las etapas diferentes del Programa

En este caso, en la medida en que las principales actividades fueron tamizaje de gestantes para VIH y prevención para el niño de gestantes positivas, las beneficiarias no participaron en las diferentes etapas del programa. Su rol ha estado centrado en recibir estos beneficios para las gestantes y sus hijos/as.

4.3.2.4 Participación de la red organizacional existente

Aquí cabe resaltar la participación de Redes de Personas con VIH en el consorcio Sub Receptor, que participaron activamente en todas las etapas del proceso.

4.3.2.5 Factores que facilitaron o limitaron el cumplimiento de las actividades

Las actividades se cumplieron, tal como se demuestra en la respuesta a las preguntas anteriores. Tal como estaba planteado el proyecto, en las actividades no se contemplaba la participación de redes organizacionales a pesar de la importancia de alcanzar a todas las gestantes para que acudan a su control pre-natal. Dichas actividades dependieron básicamente del personal de salud con el que el equipo del Sub Receptor se vinculaba.

4.3.2.6 Modos de participación de las estructuras nacionales y regionales

En el caso de este objetivo, de acuerdo a los testimonios, la coordinación entre la Estrategia Sanitaria de ITS/VIH y la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva no fue efectiva. Sin embargo cabe resaltar que CONAMUSA, ambas estrategias y el Receptor Principal se esforzaron por desarrollar acciones para facilitar esta coordinación; esfuerzo que ha sido capitalizado en la actualidad.

4.3.3 Eficacia

4.3.3.1 Análisis de evolución del indicador E.4: Proporción de hijos de madres VIH positivas que no serorevierten a los 18 meses

🕒 Fuente y metodología para estimar el indicador

Estimar el indicador E4 es complejo, puesto que todos los hijos de mujeres VIH+ reciben la denominación de “Niños expuestos” hasta el momento en que se descarta o se confirma la infección por VIH, y que equivale a documentar la transmisión vertical. Sin embargo el período entre el nacimiento y el diagnóstico definitivo es variable y depende, entre otros factores, de la evolución clínica del niño expuesto y del acceso a las pruebas confirmatorias. La norma vigente establece que el ELISA a los 18 meses de edad es la prueba estándar para demostrar seroreversión, lo cual implica que el diagnóstico se debe hacer longitudinalmente en cada niño expuesto que se realiza sus controles de atención pediátrica. Sin embargo, aun cuando el MINSA implementó el objetivo 4 de este proyecto, no aseguró la colección de información de cohortes de niños expuestos, sino hasta hace poco. Luego de la medición basal (que correspondió a una proyección) se consignó mediciones que fueron secundarias en 2005 y 2008 (datos proporcionados por el Instituto Materno Perinatal y la Hoja de Monitorización, HM de la ESN ITS/VIH) y primarias en 2007 (estudio ad-hoc realizado en el marco de la medición de indicadores en tres hospitales de Lima).

El mayor reto ha consistido en mantener una cohorte de niños expuestos que puedan ser seguidos hasta los 18 meses, y cuya información pueda ser centralizada en una base única. Por otro lado, debido a la diferencia de tiempo entre el nacimiento y la fecha en que se establece o descarta el diagnóstico el indicador no puede referirse a acciones recientes, sino que evalúa lo realizado

aproximadamente 18 meses antes de la medición. Finalmente, solo sería posible estimar el indicador considerando los casos que ya han cumplido el periodo de seguimiento razonable.

⊙ *Estimación de la brecha*

Las estimaciones obtenidas en las diferentes mediciones han diferido en cuanto a su metodología de obtención. Asimismo el alcance de la muestra es limitado a un número mínimo de establecimientos de salud de Lima. Por ello, no existen condiciones de comparabilidad y representatividad que permitan realizar una estimación de la brecha para este indicador fuera de la ciudad de Lima. Es imprescindible que se asegure la implementación de un sistema confiable y sostenible para el seguimiento de niños expuestos perinatalmente al VIH.

Cuadro 04.
INDICADOR E.4 Proporción de hijos de madres VIH+ que NO serorevieren a los 18 meses

MEDICION	Fuente	N	%	IC
Meta al 2008			10%	
Línea de Base 2004	Estudio IEMP, Velásquez, 2002, y estimaciones hoja monitoreo CETSS 2003 ^a	Indirecto	24%	
Medición 2005	Base de datos INS, Hoja monitorización ENETSS, y datos de hospitales	61	21.3%	(95% IC: 11.0% - 31.6%)
Medición 2006	Hoja de Monitorización (HM)del MINSA 2006 ^b	147	14.9 %	(95% IC: 9.1% - 20.6%)
Medición 2008	Instituto Materno Perinatal 2006, Estudio de cohorte en hijos de gestantes VIH (+)	54	5.5%	(95% IC: -0.58% - 11.5%)

Fuente: ^a Estimación indirecta; ^b Complementariamente se recogió información en 3 hospitales

4.4.2 Análisis de evolución del indicador E.3: Proporción de gestantes seropositivas al VIH

⊙ *Fuente y metodología para estimar el indicador*

Existen dos fuentes para la estimación de la prevalencia de VIH en gestantes. La primera, la Vigilancia Centinela de la DGE y la segunda la Hoja de Monitorización del MINSA. Utilizando ambas fuentes, la estimación del indicador en la primera medición arrojó una proporción de gestantes seropositivas al VIH de 0.2% y 0.5% respectivamente; en las subsecuentes mediciones las cifras se ha mantenido por debajo de 0,5%, es decir se logró la meta propuesta al año 2008.

Los estudios de vigilancia centinela en gestantes que acuden a control prenatal se vienen desarrollando desde 1996 en gestantes entre 15 y 24 años. Estas vigilancias también permiten evaluar la epidemia en la población general, y por recomendación de ONUSIDA/OMS constituyen un *proxy* de incidencia en población general. En contraposición, las limitaciones para extrapolar completamente estos datos hacia la población general en su conjunto incluyen las siguientes: modelo de vigilancia excluye a gestantes mayores de 24 años, y a las que no llegan a los servicios de salud.

⊙ *Estimación de la brecha*

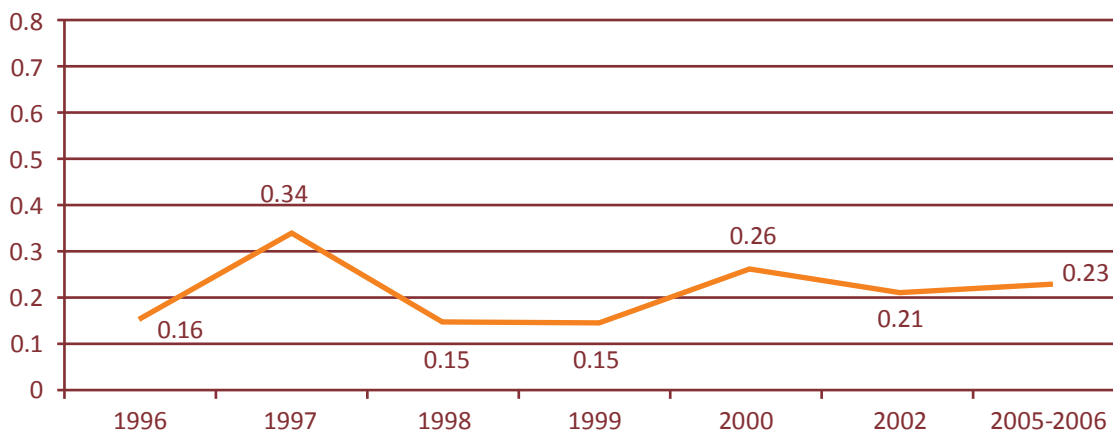
Dado que los valores estimados para este indicador estuvieron por debajo de la meta establecida (aunque en el proyecto no hubo un claro componente de prevención en población general como para atribuirle un impacto en este indicador), podría considerarse, según la información de la vigilancia epidemiológica, que la meta erróneamente presumía un crecimiento de la epidemia en población general, el cual no se ha dado.

Cuadro 03. INDICADOR E.3 Proporción de gestantes seropositivas al VIH				
MEDICIÓN	Fuente	N	%	IC
Meta al 2008			0.5%	
Línea de Base 2004	⁽¹⁾ Vigilancia Centinela, DGE 2002 ^a	9,976	0.2%	(95% IC: 0.1% - 0.3%)
	⁽²⁾ Hoja Monitorización MINSa 2003	197,602	0.5%	(95% IC: 0.47% - 0.53%)
Medición 2005	Hoja Monitorización MINSa 2005	252,069	0.31%	(95% IC: 0.29% - 0.33%)
Medición 2006	Hoja Monitorización MINSa 2006	290,399	0.30 %	(95% IC: 0.28% - 0.32%)
Medición 2008	⁽¹⁾ Estudio de vigilancia centinela en gestantes 2005-2006.DGE-Impacta ^a	3,075	0.2%	(95% IC: 0.04% - 0.36%)
	⁽²⁾ Hoja de monitorización 2007	462,864	0.1%	(95% IC: 0.09% - 0.11%)

Fuente: ^a Tomado del Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Perú. 2006-2007

Es importante destacar que la diferencia observada entre las estimaciones de la Vigilancia Centinela y la Hoja de Monitorización, obedecería a que la vigilancia centinela se realiza en una muestra sistemática de gestantes de 15-24 años en determinadas zonas, cuyos límites de edad implican un menor tiempo de exposición; mientras que el tamizaje rutinario (Hoja de Monitorización), tiene una cobertura de algo más de 1 de cada 3 gestantes de todas las edades. En ambos casos se observan limitaciones, es más probable que un pequeño estudio de vigilancia esté sesgado. La vigilancia también es más difícil de replicar, en comparación con algo que ya se encuentra implementado como el tamizaje de gestantes. De otro lado, en los datos de tamizaje de la HM no hay una forma de monitorear que no exista una selección de gestantes por un factor distinto del azar (por ejemplo, por historia de prácticas de riesgo, o por historia de contacto riesgoso), teniéndose sólo que confiar en los datos disponibles.

Gráfico 1
Prevalencia de VIH en gestantes



Fuente: Dirección General de Epidemiología

4.3.3.2 Análisis de evolución de Indicadores Clave del Objetivo 3

⊙ Fuente y metodología para estimar el indicador

La Hoja de Monitorización del MINSa es la única fuente para la estimación de los indicadores clave del Objetivo 3. Sin embargo dicha fuente presenta limitaciones en cuanto a representatividad, que fueron ya señaladas anteriormente (Ver acápite 2.3); así como en aspectos de cálculo del indicador R.3.2, para el cual no se cuenta con el denominador para estimar la proporción de gestantes sin control prenatal que se realizan pruebas rápidas al momento del parto.

⊙ Estimación de la brecha

En el indicador R.3.1 sobre la proporción de gestantes que se realizan pruebas de tamizaje para VIH durante el embarazo **se observa un incremento sostenido del indicador y las diferencias entre una medición y otra son significativas**. A pesar del incremento en la proporción de gestantes con pruebas de tamizaje de VIH, la meta propuesta al 2008 no ha sido lograda, quedando un margen de 11 puntos porcentuales para conseguirlo.

Respecto al indicador R3.2, las mediciones realizadas arrojan cifras absolutas debido a la ausencia de datos para configurar el denominador. Por tanto la estimación de su logro no se ha realizado. Por otro lado, para el indicador R3.3 referido a la proporción de gestantes seropositivas sin control prenatal que reciben profilaxis con ARV en el momento del parto institucional, las mediciones realizadas el 2005, 2006 y 2008 muestran una tendencia errática. Sin embargo tomando como referencia la última medición realizada se observa una brecha para alcanzar el logro de 23,8 puntos.

Cuadro 9.
Cumplimiento de metas en indicadores clave del objetivo 3

Código	Indicador	Línea de Base 2004	2da medición 2005	3ra medición 2006	4ta medición 2008	Meta 2008	Diferencia al 2008
R.3.1	Proporción de gestantes que se realizan pruebas de tamizaje para VIH durante el embarazo	36.9% * n=535461(IC 95%: 36.8% - 37.0%)	42.0% * n=497166 (IC 95%: 41.9% - 42.1%)	60.5% * n=452344 (IC 95%: 60.4% - 60.6%)	69.5% * n=462864 (IC 95%: 69.4% - 69.6%)	80.0%	11
R.3.2	Proporción de gestantes sin control prenatal que se realiza pruebas rápidas en el momento del parto			38,887+ *	11,448+ *	85.0%	ND
R.3.3	Proporción de gestantes seropositivas sin CPN que reciben profilaxis con ARV en el momento del parto institucional		62.3% * n=106 (IC 95%: 53.1% - 71.5%)	47.8% * n=67 (IC 95%: 35.8% - 59.8%)	76.2% * n=63 (IC 95%: 65.7% - 86.7%)	100.0%	23.8

* Hoja de Monitorización, + No tiene denominador

4.3.4 Sostenibilidad

4.3.4.1 Sostenibilidad Técnica

El trabajo realizado para capacitar a los proveedores para controlar la transmisión vertical, a decir de los profesionales entrevistados, ha sido importante pero aún resta mucho por hacer, en particular en lo referente al personal que labora en las estrategias relacionadas a la salud reproductiva. Es importante mencionar que el proceso de coordinación entre ambas estrategias se inició con el proyecto, que supone importante avance, sin embargo se enfrenta a procesos de mediana duración para lograr la transversalidad que se necesita.

4.3.4.2 Sostenibilidad Social

Según información proporcionada por la Estrategia Sanitaria de VIH en las entrevistas realizadas, este objetivo ha logrado la sostenibilidad social, técnica y financiera al haber comprometido su continuidad, mediante la participación de todos los actores decisores del sector. Es importante recordar que tanto en este objetivo como en el relacionado al TARGA, el propio diseño del proyecto contribuyó con el proceso de compromiso nacional respecto de su sostenibilidad, en la medida que fue cambiando progresivamente la composición del financiamiento y transfiriéndolo al Estado Peruano.

Un problema importante para dar cuenta de la estrategia de Transmisión Vertical es el no haber incorporado el sistema de información de transmisión vertical al sistema de información del MINSA. Esto hizo que no hubiera conexión entre los distintos proyectos de Fondo Mundial, el desarrollo de un sistema paralelo que no ayudó a la inserción de las acciones al sistema nacional.

4.3.5 Conclusiones y recomendaciones

Para el Objetivo 3, existe una evidencia directa de eficacia, en tanto se trató de identificar a las gestantes positivas durante el embarazo (en CPN) o el parto (con pruebas rápidas) para suministrarles profilaxis con antirretrovirales a fin de prevenir una infección en el neonato, utilizando regímenes estándar de nivel internacional.

Las principales dificultades han sido:

- ⊙ La falta de inclusión de medidas suficientes para asegurar una amplia cobertura rápidamente.
- ⊙ La débil coordinación con el Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
- ⊙ Problemas logísticos relativos a la distribución de pruebas y otros materiales
- ⊙ No se trabajó con un enfoque de salud integral
- ⊙ No se implementó un sistema de información adecuado para realizar el seguimiento a los neonatos

Las gestantes valoran la información recibida que ha constado principalmente en información sobre ITS, habiendo recibido menos información concerniente a la transmisión vertical y al tratamiento antirretroviral para evitarla.

Se trata de un programa que ha ido mejorando con el tiempo y llenando las expectativas de las usuarias. En este sentido las gestantes usuarias del servicio reconocen las ventajas de la prueba desde el punto de vista de su responsabilidad frente a la salud del niño. Por esa parte, la prueba de tamizaje es considerada por ellas como una necesidad.

Uno de los puntos de impacto lo ha constituido principalmente la salud del niño y la “responsabilidad” de las madres frente a ello. En este sentido la aceptación tanto de las pruebas de tamizaje para todas las gestantes, como de tratamiento profiláctico durante el embarazo para las gestantes VVS con VIH es general, aunque sobre los procedimientos no adquieran mayores conocimientos. Es necesario agregar, sin embargo, que el programa en 2a. Ronda, de acuerdo a los testimonios de las gestantes, nos hace pensar que ha estado limitado a lograr el tamizaje de las gestantes y el tratamiento profiláctico para aquellas que resultaron positivas a la prueba; dejándose para un segundo lugar el tema de prevención positiva, mayor información sobre procedimientos y toma de decisiones informada, así como la valoración de la salud de la propia gestante y no únicamente la del niño.

Digna de resaltar ha sido la participación de Redes de Personas con VIH en el consorcio Sub Receptor, que participaron activamente en todas las etapas del proceso.

Según información proporcionada por la Estrategia Sanitaria de VIH se ha logrado el concurso de sostenibilidad social, técnica y financiera al tener comprometida su continuidad por parte de los actores decisores del sector. Es importante recordar que tanto en este objetivo como en el relacionado al TARGA, el propio diseño del proyecto contribuyó con el proceso de compromiso nacional respecto de su sostenibilidad, en la medida que fue cambiando progresivamente la composición del financiamiento y transfiriéndolo al Estado Peruano.

4.4 Resultados Referidos al Objetivo 04: Garantizar la atención integral de calidad a las Personas con VIH y Sida y que incluya el acceso al tratamiento Antirretroviral

4.4.1 Estrategias implementadas

La estrategia implementada fue la atención integral de Personas con VIH, incluyendo acceso gratuito al TARGA y acciones complementarias (familia, pares).

Fortalezas:

- (1) Evidencia clara de efectividad de TARGA
- (2) Perspectiva de derechos humanos, inclusión social y derecho a la salud, que puede servir de modelo para otras políticas de acceso
- (3) Papel de estímulo a una política pública inclusiva que se ha convertido en ley y ha sido asumida por Estado

Dimensión participativa, a través de los educadores pares y, sobre todo, las organizaciones de PVVS.

Limitaciones:

- (1) Dilaciones en operacionalización de ‘atención integral’
- (2) Definición poco clara de la población objetivo (i.e. sólo la población objetivo del MINSa versus toda la población de PVVS del país) para estimar las coberturas. La tendencia actual va en el segundo sentido.
- (3) Planificación poco realista de las metas posibles en el tiempo, de modo que se sobre-estimó la cobertura que se podría lograr en el momento inicial.
- (4) Estrategia de capacitación no consideró mecanismos para asegurar selección adecuada y estabilidad del personal capacitado.
- (5) No se planeó adecuadamente el desarrollo de un sistema de información. Si bien se desarrolló el SMEii éste no estaba plenamente implementado al momento de la evaluación y los sistemas alternativos (i.e. TARGUITA) solo se habían implantado en la Estrategia de Prevención y Control de ITS y VIH/sida, no así en la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva

4.4.2 Satisfacción de Beneficiarios

4.4.2.1 Percepción de la población beneficiaria directa e indirecta, los beneficios del programa

Durante la primera fase de la 2a. Ronda existían, para las Personas Viviendo con VIH, muchos reparos para aceptar que lo que recibían (consejería, soporte emocional y TARGA) correspondía a una Atención Integral.

Porque nosotros vemos que atención integral es solamente consejería, soporte emocional y TARGA y...después es muy poco atención médica. Pero después como decía Irene, tenemos para Odontología u Oftalmología, es muy difícil de obtener, tenemos que hacerlo por nuestra cuenta. No se ve una atención integral completa (PVVS, Lima)

Que llega una PVVS y dicen que lo van a atender al final en Ginecología, Dental, Oftalmología, en todos los demás servicios. Por eso es que...no en realidad vemos que nuestra atención como PVVS es parcial, no es integral. (PVVS, Callao)

No existía una atención diferenciada para cada una de las poblaciones, de acuerdo a sus necesidades específicas.

La atención no es diferenciada. Por ejemplo, hay problemas que entre hombres y mujeres no son los mismos, por ejemplo de ginecología, que no es lo mismo, por ejemplo en el caso de los HSH o de las TS. Son problemas que tienen diferente problemática cada una de las poblaciones. Entonces, ¿a qué le llamamos atención

integral? Si es que nosotros le damos una perspectiva a lo que es Atención Integral, creo que nosotros debemos tener acceso a todos los que nosotros requerimos, no sólo lo que es soporte emocional, atención médica, nada más. (PVVS, Lima)

Es en este sentido que discrepaban con la idea de que se les estuviera proveyendo de Atención Integral, tal como se manejaba en el programa. Otro tema importante correspondía a la necesidad de personal capacitado para tratar a las PVVS.

Primeramente, si es que los PVVS teníamos Atención Integral. Y nos dimos cuenta de que no, porque en nuestra cabeza para una PVVS está solamente la Estrategia Sanitaria de VIH, y nos olvidamos que necesitamos de más tratamiento. El gran problema es que faltan infectólogos porque, por ejemplo, en provincias, son sólo médicos internistas o médicos generales los que atienden y donde no son personas capacitadas. Y los profesionales que atienden en otros servicios no están capacitados para tratar a las personas con VIH. (PVVS, Lima)

Por lo tanto, sobre la calidad del servicio, prevalecían cuestiones no resueltas en torno a la calidad de los servicios:

- ⊙ *La carencia de personal médico especializado en la atención de enfermedades oportunistas. Esto generaba demoras en el diagnóstico y tratamiento oportunos.*

Creemos que deben de haber médicos preparados para que conozcan las diversas enfermedades oportunistas que le da a una persona con el VIH (PVVS, Lima)

Yo creo que falta de experiencia del personal, porque hay muy pocos infectólogos especializados en enfermedades oportunistas. Y por otro lado no hay mucha experiencia en enfermedades oportunistas (PVVS, Lima).

Creo que es importante que el personal que está capacitado y sensibilizado no sea movido, sino se quede en ese lugar permanentemente. En el servicio en que ha sido capacitado, y que sea capacitado también el personal que va a trabajar directamente con los pacientes (PVVS, Callao)

- ⊙ *La demora en los diagnósticos*

Hay demora en los diagnósticos, por lo mismo que no son especializados los infectólogos. Y a veces las derivaciones que se hacen no son muy rápidas, si hablamos de, pero si hablamos en provincia pues es mucha más todavía. Una derivación te puede durar dos semanas y esa persona ya puede estar muerta ya. Puede estar ciega en dos semanas, porque no hay infectólogos especializados en enfermedades oportunistas (PVVS, Lima)

⊙ *Las dificultades de atención en otras áreas médicas*

En PROCETTS te atienden lo mejor, en otros programas la atención no es muy buena (PVVS, Iquitos)

⊙ *Los exámenes y tratamientos para enfermedades oportunistas, los cuales no eran cubiertos por el programa.*

Creo que debería de haber una gratuidad para las medicinas de enfermedades oportunistas, y también para los exámenes. Porque en algunas enfermedades como en... hay que sacarse medición y sale bien caro y las personas no pueden acceder a pagar esos exámenes (Taller PVVS, Lima)

Y por... por lo otro que tenemos del voluntariado, donde conseguimos los medicamentos, deberían de reforzar para enfermedades oportunistas, porque no todos los voluntariados están con medicamentos para enfermedades oportunistas y lo ideal sería que el Estado nos provea de medicamentos gratuitamente (PVVS, Lima)

⊙ *El desabastecimiento de medicamentos*

Continuos desabastecimientos que hay del tratamiento antiretroviral (PVVS, Callao)

⊙ *La ausencia de condones para las PVVS*

No hay provisión de condones. Uno va a hacer la consulta y no le dan condones (Taller PVVS, Lima)

⊙ *La poca claridad en cuanto a las normas de pago de consultas y costo de exámenes.*

Algunos de los hospitales no se cumple las normas con respecto al valor de los exámenes. Cada hospital cobra diferentes cantidades a pesar de que existen la norma que debe de costar 20 soles (PVVS, Lima)

⊙ *La persona encargada de brindar la consejería en prevención positiva no era adecuada y los temas eran limitados a lo clínico.*

La consejería debería de darlo una persona con el VIH por la sensibilidad y la comprensión que podría darle a la otra persona. Y aparte de ello el hecho a estar bien anímicamente y físicamente haría que la persona que está siendo tratada, el impacto de la persona que está recibiendo el diagnóstico sea mucho menor (PVVS, Callao)

De repente hablar más con las personas con temas de autoestima, para que de alguna manera emocionalmente suban la autoestima, se protejan más y evitar la re-infección y hacer que los medicamentos funcionen (PVVS, Iquitos)

⊙ *La falta de apoyo psicológico permanente*

Por ejemplo la otra forma de recordar es mediante un trabajo psicológico que se debe perennizar en la mente de la persona de prevención, usar el preservativo. Eso es un trabajo también pero junto con un psicólogo que se puede trabajar. Es más efectivo también que con un papel (PVVS, Lima)

Consecuentemente durante la primera fase de la 2da. Ronda, se detectaron serias dificultades en la calidad de los servicios de salud; tanto antes, como después de ingresar en el Programa TARGA. Estas dificultades giraban en torno a la calidad técnica del personal de salud y la no gratuidad del tratamiento de enfermedades oportunistas. Sobre el Programa prevalecían quejas sobre desabastecimiento de medicamentos y condones, faltas de claridad de las políticas de pagos y exoneraciones, la alta rotación de recursos humanos capacitados y sensibilizados y la poca claridad en la entrega y cantidad de los medicamentos. Todo ello abonaba para una insatisfacción de los beneficiarios.

El testimonio actual de uno de los entrevistados en Iquitos resume lo que las PVVS experimentaban en esos inicios y la comparación con lo que actualmente sucede.

Al comienzo la entrega y atención TARGA era desastrosa porque recién se estaban adecuando, pero luego ya ha sido muy buena, la atención de la obstetrix, ahora tenemos hasta odontólogo, hay cosas que han mejorado bastante (Usuario TARGA, Iquitos)

Ya entrada la Segunda Fase, las opiniones de las PVVS, se encontró dividida con respecto al servicio; mientras que algunos entrevistados estaban satisfechos con la atención recibida y asistían puntualmente a su control, otros opinaban que la atención no era la ideal. Por ejemplo, en el Callao, se escuchaban muchas quejas con respecto al Programa en el Hospital Carrión, lo mismo que en Iquitos.

No me permitían echarme porque mi mamá no tenía plata para internarme, me han llevado a emergencia para echarme y me han dado suero y ya me tranquilicé y gracias a dios que me han traído acá. Hay que ser humanitario porque a muchos de nosotros no nos atienden y nos hacen esperar y no nos escuchan (PVVS, Iquitos)

Durante esta Segunda Fase, las PVVS comenzaron a percibir cambios en los servicios en diversos aspectos; aunque todavía persistía en algunos servicios el estigma hacia ellas.

Antes era diferente, porque no me atendían porque no teníamos plata, ahora ha cambiado, no mucho, porque si no decimos nuestros derechos, no lo hacen, pero algunos doctores ya iban tomando conciencia para que nos atiendan, pero lo malo es que cuando a veces te ponen en una sala para que te hospitalicen ponen “sala de infectados prohibido pasar”. Las personas a veces se asustan, se alertan (PVVS, Iquitos)

La mayoría de los entrevistados, se encontraban tomando TARGA, de acuerdo al protocolo y el problema de abastecimiento cesó durante ese período.

Ahora voy mensual. A veces no dan el tratamiento completo, por la huelga, porque hay desabastecimiento de tratamiento. Ahora con la huelga. No me ha pasado que no he parado de tomar mis pastillas (PVVS, Iquitos)

A la gratuidad del tratamiento, se extendió la gratuidad de las pruebas diagnósticas y del cuidado.

Gratis era el tratamiento antiretroviral, pero yo no sabía que todo era gratuito el cuidado (PVVS, Iquitos)

En la actualidad, la percepción de los/las usuarios/as sobre el TARGA en Lima ha mejorado manifiestamente.

La atención es así, mira: primero llegas, te vas a triaje, de ahí te dan un papelito donde te indican paso por paso que es lo que tienes que hacer, primer paso, caja, tienes que pagar, es económico, es un sol cincuenta (S/. 1,50), me parece barato para una atención médica, me parece recontra barato, de ahí te mandan a admisión, ellos te sellan, sacan tu historia clínica, te lo llevan para la revisión médica, esperas que el médico te llame, cuanto te llaman, entras, hablas con el médico y de ahí te vas a consejería, donde es que te regalan los condones, lubricantes, y te regalan lo que son las pastillas. Para el tratamiento me piden exámenes, el análisis... del HIV, que es el VIH, de ahí, ELISA, de ahí me dan el examen de esputo si tengo TBC, gracias a Dios no lo tengo, de ahí te piden el análisis de ojos, si es que tengo una infección interna en el ojo, y de ahí, qué más me piden, el análisis de sangre para ver si estoy apto o no apto para recibir el TARGA, que es el tratamiento antirretroviral (Usuario de TARGA, Patrucco)

En Lambayeque, por su parte, la opinión de los/las entrevistados/as sobre los resultados de la estrategia es buena en la actualidad. Lo que resaltan en primer lugar es el acceso a tratamiento para las PVVS, el cual no existía antes del programa; ello es remarcado como el principal logro de la intervención. En segundo lugar se menciona el incremento del acceso a diagnóstico de VIH en diferentes grupos poblacionales.

El Hospital posee una significativa asistencia de usuarios, la que es monitoreada permanentemente por los/las proveedores/as en coordinación con los/las promotores/as educadores/as de Pares. El Equipo percibe que el beneficio más importante en estos años ha sido la implementación del TARGA; además de que los pacientes, han demostrado una buena adherencia al tratamiento.

El equipo multidisciplinario de la Estrategia Sanitaria de VIH fue bien calificado por los usuarios, cuyo encargado del programa tiene muy buena reputación entre las PVVS, especialmente en relación al trato que ofrece a los usuarios. No existen problemas relacionados a la entrega de medicamentos y la adherencia a los mismos. La consejería es impartida por la enfermera del servicio o por la consejera de pares. De la misma forma, la consejería es bien calificada y vista

como un espacio de conversación abierta. Pese a todo ello algunos usuarios califican la atención en el hospital como regular, debido a las demoras que se producen por la disminución de días de atención del servicio de laboratorio. De otro lado, existen quejas sobre maltrato por parte de algunos proveedores del establecimiento; además de que el único ambiente con el que se cuenta no es suficiente para cubrir las necesidades de atención. Es necesario agregar que todavía se continúa produciendo discriminación en otras dependencias del hospital tal como en el servicio de emergencia.

4.4.2.2 Percepción de que las metas alcanzadas por el Programa cubrieron las necesidades de los beneficiarios

El equipo del Hospital Cayetano Heredia, reconoce, por ejemplo, que la parte más gratificante ha sido el trabajo de los/las promotores/as y el personal del servicio, que ha ganado, con el TARGA, una experiencia invaluable.

La parte más gratificante es que el personal y los promotores están viviendo una experiencia que es positiva en varios aspectos aunque la calidad de atención ha disminuido, al aumentar el número de usuarios a 1,300 a pesar que el número del personal no se ha incrementado (Equipo Hospital Cayetano Heredia)

Sin embargo, en la actualidad, se encuentran experimentando nuevos obstáculos que tienen que ver con los procesos institucionales del Ministerio de Salud, como por ejemplo la compra de medicamentos, que se califica como “mala”.

Hemos vivido una serie de dificultades generadas por procesos institucionales del Ministerio de Salud. Por ejemplo, la dinámica de compra de medicamentos ha sido muy mala, ha mejorado y ahora es mala. Se generan complicaciones por documentos que no llegan y que impiden cumplir con el número de medicamentos con los que debería estar abastecido el programa (Equipo Hospital Cayetano Heredia)

Otra dificultad mencionada es el problema de las muestras de sangre, que les genera serios problemas debido a que solamente tienen un día para transportar las muestras al Instituto Nacional de Salud.

Existen problemas de procesos, de información y de responsabilidad compartida. Por ejemplo, los problemas para la toma de muestra de sangre, tenemos 1300 personas bajo tratamiento y nos dan 1 día a la semana para transportar las muestras al INS. Obviamente tengo que citar 1 vez a la semana mínimo 60 a 70 personas por turno, eso maltrata a los usuarios y al personal, porque a alguien se le ocurre que es 1 día por hospital. El paciente termina cargando con costos (Equipo Hospital Cayetano Heredia)

El equipo considera que los recursos de 2da. Ronda han estado presentes desde un inicio, pero que el aprendizaje no ha sido tan rápido. Por lo pronto opinan que una capacitación sobre logística y organización hubiera sido lo más adecuado para evitar los errores de procedimiento que aún se siguen cometiendo. También opinan que es una lástima que no se haya recurrido al conocimiento

del grupo de expertos de los propios hospitales para asesorar en los diferentes procesos, como por ejemplo la compra de medicamentos o los sistemas de información que hasta ahora no son los más adecuados.

Se gastó en un sistema de información llamado “Targuita”, pero nunca fue hecho para que sirviera al sistema, lo hicieron personas externas y no se recogió información de las unidades operacionales para ver cuál es la mejor manera de manejar la información, sobre todo porque ésta es fundamental para la toma de decisiones (Equipo Hospital Cayetano Heredia)

Finalmente piensan que lamentablemente se ha generado materiales y tecnología para servir a instancias que no los requerían y se ha capacitado a personas que no iban a realizar directamente el trabajo; por lo cual la conclusión es que los procesos no han ayudado directamente a las Unidades Operativas, y más bien les ha generado más trabajo y la reducción de su calidad de atención.

El equipo del Hospital Carrión, por su parte, reconoce la importancia de la implementación del TARGA, sin embargo es evidente la preocupación de los proveedores respecto de la calidad del sistema de información, el reporte de síntomas y efectos adversos provocados por el tratamiento y el estudio de la resistencia a los medicamentos. En esos temas se percibe una preocupante desatención.

En el Centro de Salud Barton, la preocupación por la adherencia al tratamiento está fuertemente relacionada al cuestionamiento del TARGA centralizado en Hospitales, no aprovechando las capacidades instaladas de atención en los CERITSS de Lima y Callao. Esta centralización, según ellos, producirá prontamente una demanda no satisfecha, con la consecuente disminución de la calidad de atención.

Los encargados de la Estrategia Sanitaria de VIH en el Hospital Las Mercedes de Chiclayo afirman, por otro lado, que el TARGA los tomó por sorpresa. Ellos no recibieron ninguna capacitación para conocer qué procedimientos eran necesarios ante situaciones difíciles de manejo de tratamiento antiretroviral y eso se constituyó en una gran carencia. Por lo tanto la implementación de este servicio se dio en un contexto de deficiencias, desconocimiento, falta de insumos y equipos necesarios para su desarrollo. Es así que el inicio del Programa TARGA se produce en un contexto de inexperiencia por parte del equipo del hospital y de carencias a diferentes niveles, principalmente a nivel de capacitación, recursos humanos, infraestructura, equipos e insumos. No hubo capacitación previa al inicio, por lo que la responsabilidad de implementación se inició sin previo entrenamiento.

Incluso no reconocen hasta ahora que exista una real descentralización del Programa TARGA.

En el caso de que se dé una real descentralización del programa TARGA definitivamente se requeriría tener previamente una capacitación integral (Clínico, CERITTS Olaya)

Las metas alcanzadas del programa han cubierto las necesidades más sentidas de los beneficiarios, pero ha constituido un proceso de aprendizaje “ensayo-error” que muchas veces ha perjudicado a los usuarios. Finalmente las necesidades, esenciales de los beneficiarios, de acceso a tratamiento,

gratuidad de medicamentos, prueba y cuidados y últimamente en la provisión de condones han sido cubiertas. Sin embargo se trata de un proceso de mejoramiento continuo que genera nuevas demandas y necesidades, tanto para los beneficiarios directos, como los indirectos, y ello, como hemos visto genera nuevos obstáculos y dificultades que es necesario superar.

4.4.2.3 Participación de los beneficiarios en las etapas diferentes del Programa

En este objetivo se dio una participación fundamental de las organizaciones de PVVS, tanto, desde la CONAMUSA, como también desde las organizaciones a las cuales representaban.

4.4.2.4 Participación de la red organizacional existente

La red organizacional existente de PVVS participó activamente, a partir de la lucha por el tratamiento antiretroviral, la exigencia de mejores procesos para la distribución de tratamiento y atención integral, así como la mejora de las políticas y normatividad del Ministerio de Salud para la facilitación de procesos. Es así que uno de sus resultados más saltantes fue la modificatoria de la Ley Contrásida, que se explicará más adelante.

4.4.2.5 Factores que facilitaron o limitaron el cumplimiento de las actividades

La existencia de una masa crítica bastante fuerte que abogaba por el Tratamiento Antiretroviral Universal, junto con la voluntad política, el soporte técnico necesario y el compromiso de los profesionales de salud encargados de la tarea permitieron el cumplimiento de todas las actividades de este objetivo.

4.4.2.6 Modos de participación de las estructuras nacionales y regionales en la implementación del Programa

Las organizaciones de PVVS, sus representantes en la CONAMUSA, junto con las estructuras nacionales (MINSA y la recién creada Estrategia Sanitaria Nacional de VIH/SIDA) facilitaron, entre otras cosas, la promulgación de la Ley 28226 en el 2004 que modifica la Ley 26626 (CONTRASIDA) sobre el VIH/SIDA que universaliza el Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA) de manera gratuita.

A su vez el INS inicia todo un proceso, de implementación del TARGA en el marco del Objetivo 4, el cual comienza en la ciudad de Lima y se va extendiendo hacia el Interior del país.

Lo que hicimos fue crear nodos macro regionales, como un modelo e ir de manera progresiva introduciendo el TARGA (...) Para empezar el Lima nosotros hacíamos las pruebas e instalamos un laboratorio en la DISA Lima – Ciudad en el año 2004 y trabajábamos de manera compartida (...). Se compartía con los hospitales, hasta setiembre del 2004 el INS hizo todo sólo y luego ya se asumió de hospital en hospital, estableciendo los flujos y coordinando con directores (INS)

La entrevistada del INS reconoce también que los Proyectos del Fondo Mundial los apoyaron mucho en el mejoramiento y fortalecimiento de todo el sistema de entrega de tratamiento.

El Proyecto del Fondo apoyó sin estar dentro del financiamiento (...) apoyar al instituto pagando consultorías, con servidores etc. para ir fortaleciendo el Sistema (INS)

Considerando que el trabajo en la implementación del TARGA ha constituido una experiencia única.

Para mí esto es una gran experiencia, en realidad es la primera experiencia que ha tenido el Instituto de trabajar con tantas instituciones en un proyecto de tal envergadura, por un período de cinco años. El Instituto no ha tenido una experiencia así antes (INS)

4.4.3 Eficacia

4.4.3.1 Análisis de evolución del indicador E.5: Proporción de PVVS que acceden a atención integral

🕒 Fuente y metodología para estimar el indicador

La estimación de este indicador a partir del uso de la noción de integralidad, implica una adecuada operacionalización. Sin embargo, en las normas vigentes no existe una definición para el concepto de atención integral; los estudios de evaluación realizados hasta 2005 consideraron el acceso al TARGA como un marcador indirecto del indicador, considerando que el programa TARGA incluye un equipo multidisciplinario y que sigue la Norma Técnica de Atención Integral para PVVS, de modo tal que el acceso a estos equipos podría considerarse como acceso a atención integral.

En tal sentido, de la primera a la tercera medición, este indicador se llegó a operacionalizar presentando la proporción de PVVS recibiendo TARGA en el Programa Nacional (o a través de ESSALUD y COPRECOS), donde el numerador era proporcionado por el número de PVVS en tratamiento, y el denominador por una proyección del número de PVVS en el Perú (según actualizaciones del estudio HAART – Cáceres, Mendoza, Konda y Lescano 2007), de 50,000 para 2006, y planteándose que un 25% de dicha población requería TARGA. No obstante, en el año 2008 se adopta un estimado oficial del número de PVVS empleando el **programa Spectrum, que eleva el estimado de PVVS a 69,000 y además eleva la proporción de PVVS en necesidad de TARGA a 33% de dicho número**, lo que bajó la cobertura de atención integral a 42.9% (como efecto de cambio de parámetros). No obstante, en el informe UNGASS se consigna una cobertura de 86%.

🕒 Estimación de la brecha

La provisión de TARGA para PVVS es uno de los principales objetivos del Proyecto. Se empezó a brindar gratuitamente a partir del 2004, con el aporte del Fondo Global. Desde el 2006, el MINSA financia el total del tratamiento para adultos, mientras que el tratamiento para niños se entrega a través del Seguro Integral de Salud desde el 2004.

Alrededor de 62 establecimientos de salud del Ministerio de Salud ofrecen TARGA, lo que representa el 73% de todos los servicios, la Seguridad Social (ESSALUD) el 25% y otros (ONGs, cárceles) el 2%. La cantidad de pacientes adscritos por cada establecimiento está alrededor de 1,000 en los hospitales de Lima y varía entre 1 y 100 en los hospitales de provincias.

Cuadro 05.
INDICADOR E.5 Proporción de PVVS que acceden a atención integral

MEDICION	Fuente	N	%	IC
Meta al 2008			> 90%	
Línea de Base 2004	Estudio TARGA, 2003	Indirecto	25%	
Medición 2005	Base de datos de TARGA y proyección de PVVS - 2005	9,000	73.6%	(95% IC: 72.7 % - 74.5%)
Medición 2006	Base de datos de TARGA y proyección de PVVS - 2006	10, 300	91.5%	(95% IC: 90.9% - 92.0%)
Medición 2008	⁽¹⁾ Estimado nacional de personas en necesidad de TARGA 2007, Método UPCH	21,299	42.9%	(95% IC: 42.2% - 43.6%)
	⁽²⁾ Estimado nacional de personas en necesidad de TARGA - 2007 ^a	12,080	85.8%	(95% IC: 85.2% - 86.4%)

^a Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Perú. 2006-2007

Podría decirse que la información es consistente respecto al incremento del enrolamiento de beneficiarios del programa TARGA desde que éste se inició en el 2004 (aunque con una brecha de poco más de 4 puntos porcentuales respecto a la meta establecida para el 2008). Sin embargo, al momento de analizar este resultado habría que tener en cuenta las limitaciones derivadas de una operacionalización insuficiente del indicador, así como las limitaciones propias del dato, que de un lado solo incluye a las PVVS con indicación de tratamiento antirretroviral y no considera a las que aún no lo requieren; y que de otro lado refleja la incertidumbre relativa al estimado del número de PVVS en el país y al estimado de la proporción de PVVS en necesidad de tratamiento.

Considerando las limitaciones expuestas en la determinación de indicadores y de metas para este proyecto (en el momento del diseño) y en la estimación de los mismos (en su período de ejecución), con consecuencias sobre la pertinencia, representatividad y validez interna del sistema de evaluación, resulta discutible la posibilidad de establecer inferencias acerca del impacto y efectos del proyecto, así como en relación con las metas planteadas. La observación llana de que los estimados de los indicadores E1, E2 y E3 son similares a las metas (E1, E2) o presentan un cuadro mejor aún (E3) no puede interpretarse como un éxito del programa por los motivos antes expuestos.

Cuadro 06.
Indicadores de impacto del Programa

MEDICION	Medición 2008	Meta 2008	Brecha
E1: Proporción de HSH seropositivos al VIH	⁽¹⁾ 10.1% ⁽²⁾ 5%	10%	- 0.1 ⁽¹⁾
E2: Proporción de TS seropositivas al VIH	⁽³⁾ 0.5% ⁽⁴⁾ 2.8%	0.49%	- 0.01 ⁽³⁾
E3: Proporción de Gestantes seropositivas al VIH	⁽⁵⁾ 0.2%	0.5%	- 0.3 ⁽⁵⁾
	⁽⁶⁾ 0.1%		- 0.4 ⁽⁶⁾
E4: Proporción de hijos de madres VIH + que NO serorvierten a los 18 meses	⁽⁷⁾ 5.5%	10%	4.5
E5: Proporción de PVVS que acceden a atención integral	⁽⁸⁾ 85.8%	90%	4.2

(1) Estudio de Vigilancia Centinela, DGE 2007; (2) Hoja de Monitorización 2007; (3) Estudio de Vigilancia Centinela de segunda generación en TS, DGE 2007; (4) Hoja de Monitorización 2007; (5) Estudio de vigilancia centinela de segunda generación en TS, DGE 2007; (6) Hoja de Monitorización 2007; (7) Instituto Materno Perinatal 2006, Estudio de cohorte de hijos de gestantes VIH+; (8) Base de datos de TARGA y estimado nacional de personas en necesidad de TARGA - 2007

En relación al indicador E 5, tal vez el indicador en el cual debería haber un impacto más claro según otras bases de evidencia (indicadores del objetivo 4, información cualitativa), el no cumplimiento puede constituir un artefacto resultado de la imprecisión de la definición así como de la variación histórica de los parámetros de estimación.

4.4.3.2 Análisis de evolución de los Indicadores Clave

☉ Fuente y metodología para estimar el indicador

Las fuentes de información para los indicadores clave del Objetivo 4 fueron principalmente la Hoja de Monitorización del MINSA y Encuestas ad hoc. En el caso del indicador R.4.1 la fuente utilizada fue la encuesta ad hoc con población PVVS, sin embargo no se ha podido estimar la brecha en la medida que no se estableció una meta para este indicador.

En lo que respecta al indicador R.4.2, las fuentes regularmente utilizadas en las mediciones fueron la encuesta ad hoc en PVVS y la base de datos de TARGA. En lo que respecta a esta última fuente, en la última medición el cálculo del indicador ha variado y se adopta el estimado oficial del número de PVVS empleando el modelo Spectrum (o más exactamente el *Worksheet* de ONUSIDA).

Para el cálculo del indicador R.4.3 se utilizaron las mismas fuentes que en el caso anterior, al respecto en tres mediciones se utilizó la encuesta ad hoc y la base del TARGA en las dos últimas mediciones. No hubo variación en el cálculo del indicador.

El indicador R.4.4 no se midió en la Línea de base y en las subsecuentes mediciones se optó por la encuesta ad-hoc como una fuente regular del mismo. Sin embargo los datos obtenidos no permiten estimar el logro de la meta, por cuanto ésta se establece en términos absolutos y no en términos relativos como se había calculado.

☉ Estimación de la brecha

Como se ha mencionado, el indicador R.4.1 fue estimado a partir de una encuesta rápida en PVVS realizada en establecimientos de salud que brindan TARGA. A partir de la tercera medición, la atención integral fue definida como la atención a un PVVS, en un período de un año, por 3 o más profesionales (atención médica, psicológica, nutricional, o por trabajador social). No se incluyó la atención por enfermería, ya que es esta la que se encarga de brindar consejería y de proporcionar el TARGA en la mayoría de centros de salud. Por ende, al ser parte de la atención rutinaria se le excluye del concepto de multidisciplinariedad que deben manejar los equipos que brindan atención a PVVS definidos por la Guía Nacional de Atención Integral.

El cálculo en la segunda medición fue diferente, se estimó como el cociente entre el total de PVVS en atención integral y el total de PVVS incluidos en la base de datos de la Estrategia Sanitaria de VIH. Esta diferencia explicaría la aparente disminución de PVVS que acceden a la atención integral; sin embargo la diferencia entre la tercera y cuarta medición podría interpretarse como un relajamiento en los establecimientos para brindar atención integral. Este indicador no tiene una meta de logro al término del proyecto; sin embargo considerando la proporción obtenida en el 2008 podría decirse que el resultado está muy por debajo de lo esperado.

El indicador R.4.2 muestra dos resultados en la medición del 2008 la que procede de SMEii (que incluye denominadores calculados vía el modelo Spectrum de ONUSIDA) y la encuesta ad hoc en PVVS. Como ya se ha mencionado anteriormente los datos utilizados para el cálculo del indicador

han variado. Para fines de comparación utilizamos el valor de la encuesta rápida, el cual es similar al valor del indicador para la Tercera Medición. Este indicador ha servido para monitorizar el avance del Programa TARGA desde sus inicios en el 2004. Es una medida de la demanda efectiva. En términos de cumplimiento de metas, utilizando la metodología de la encuesta ad hoc, podría decirse que se cumplió la meta propuesta al final del proyecto.

Respecto a la adherencia al tratamiento (Indicador R.4.3) los resultados proceden de dos fuentes: la Hoja de Monitorización y SMEii y los resultados de la encuesta rápida, en ambos casos en la última medición se alcanza un porcentaje de adherencia al tratamiento de más del 80%, lo que da cuenta del cumplimiento del logro en cuanto a la meta propuesta para el año 2008. Al respecto es necesario poner atención a este indicador pues los métodos para calcular y evaluar adherencia no son uniformes en todos los centros que brindan tratamiento TARGA y posiblemente el indicador, calculado en base a datos administrativos, no sea un exacto reflejo de la realidad. La adherencia al tratamiento es muy importante por cuanto uno de los objetivos de la terapia TARGA es la supresión de la carga viral hasta niveles no detectables y esto se consigue con niveles séricos sostenidos de antivirales. Por otra parte el riesgo de resistencia antiviral incrementa con la disminución de la adherencia.

Cuadro 10.
Cumplimiento de metas en indicadores clave del objetivo 4

Código	Indicador	Línea de Base 2004	2da medición 2005	3ra medición 2006	4ta medición 2008	Meta 2008	Diferencia al 2008
R.4.1	Proporción de PVVIH que acceden a atención integral	ND	56.6% ** n=419 (IC 95%: 51.9%- 61.3%)	45.2% ** n=578 (IC 95%: 41.1%- 49.3%)	37.0% ** n=563 (IC 95%: 33.0%- 41.0%)	ND	ND
R.4.2	Proporción de PVVIH en fase de inmunodeficiencia que reciben TARGA según protocolo	Estimado nacional 25.0% *** n=6000 (IC 95%: 23.9%- 26.1%) Estimado MINSa 1.0% *** n=6000 (IC 95%: 0.7% - 1.3%)	Estimado nacional 73.7% **** n=9000 (IC 95%: 72.8%- 74.6%) Estimado MINSa 64.0% **** n=6416 (IC 95%: 62.8%- 65.2%)	95.3% ** n=517 (IC 95%: 93.5%- 97.1%) 96.0% *** n=6856 (IC 95%: 95.5%- 96.5%)	92.2% ** n=563 (IC 95%: 90.0%- 94.4%) 42.9% *** n=21299 (IC 95%: 42.2%- 43.6%)	90.0%	- 2,0 ** 47,1***
R.4.3	Porcentaje de adherencia al tratamiento ARV	ND	85.8 ** n=296 (IC 95%: 81.8%- 89.8%)	97.0 ** n=483 (IC 95%: 95.5%- 98.5%) 82.7 *** n=1452 (IC 95%: 80.8%- 84.6%)	83.5% ** n=516 (IC 95%: 80.3%- 86.7%) 87.0% *** n=6138 (IC 95%: 86.2%- 87.8%)	80.0%	- 3,5** - 7,0 ***
R.4.4	Número y % de PVVS que reciben pruebas de monitoreo CD4 y Carga Viral	ND	88.1% ***** n=7000 (IC 95%: 87.3%- 88.9%) 96.5% (CD 4) ** n=385 (IC 95%: 94.7%- 98.3%) 93.4% (CV) ** n=361 (IC 95%: 90.8%- 96.0%)	86.7% ** n= 578 (IC 95%: 83.9%- 89.5%)	95.6% (CD 4) ** n= 546 (IC 95%: 93.9%- 97.3%) 93.3% (CV) ** n= 539 (IC 95%: 91.2%- 95.4%)	10,124+	ND

* Hoja de Monitorización, ** Encuesta ad hoc (Metodología UPCH), *** Base de datos de atención integral, **** Estudio TARGA, ***** Instituto Nacional de Salud, + Expresado en número absoluto

4.4.4 Sostenibilidad

4.4.4.1 Sostenibilidad Técnica

Los profesionales entrevistados en Lambayeque ven poco probable que se mantengan las condiciones actuales. Le dan mucha importancia a la necesidad de descentralizarse considerando que el número de usuarios está en incremento. Por ello, sería necesario contar con, por lo menos, 2 hospitales más en Ferreñafe y Lambayeque, eso incrementaría el acceso, disminuiría los gastos de bolsillo de los usuarios que deben trasladarse hasta Chiclayo y disminuiría también el tiempo de espera de los usuarios.

4.4.4.2 Sostenibilidad Social

Relacionado al acceso a tratamiento antirretroviral. Es importante considerar la propia estrategia de implementación circunscrito en algunos hospitales, las dificultades de incorporación en el primer momento del proyecto, las dificultades de los proveedores a nivel regional para aceptar la incorporación de tratamiento entre otras circunstancias. En relación a las consejerías, por ejemplo, estas estuvieron relacionadas a los CERITSS, sin embargo al concentrarse el TARGA en los hospitales se dispuso su reforzamiento en estas instituciones. Los promotores plantean que hasta este momento muchas instancias del Hospital no reconocen el valor de las consejerías del promotor de pares y que eso mismo limita sus acciones.

El hecho que en Lima no se haya descentralizado la administración del TARGA, llama poderosamente la atención, ya que se viene generando una demanda creciente en los Hospitales, la que repercute en la calidad de atención, en la pobre vinculación de la red de promotores en los espacios hospitalarios y en la percepción de una suerte de capacidad no valorada en los CERITSS y usuarios. Siendo estos últimos asiduos y con una vinculación constante con los CERITSS, últimamente han dejado de frecuentarlos desaprovechándose ese vínculo para el desarrollo de una buena adherencia al TARGA. Estas acciones podrían explicar en algunos casos el abandono del tratamiento y su consecuencia en el control de la resistencia, hechos directamente relacionados con la sostenibilidad de la entrega gratuita de medicamentos TARGA.

El nudo crítico de la sostenibilidad social de estas acciones radica en la propia concepción y desarrollo de las estrategias de prevención, atención y tratamiento de la respuesta nacional, esta relacionado con el liderazgo que pudo tener la propia ESN ITS/VIH, en conducir, orientar y desarrollar rectoría en torno a las políticas que se implementarían.

Quizás una explicación de los problemas del proyecto para insertarse en la dinámica institucional nacional esté relacionado a la percepción de la propia ESN ITS/VIH es que el modus operandis del Proyecto hizo que las acciones fueran direccionadas técnicamente por los subreceptores y que incluso se percibieran como los agentes del proyecto no a la Respuesta Nacional, sino que se identificara a las ONGs o al propio Receptor Principal como el referente del proyecto, produciendo una imagen fraccionada y cuestionando el propio rol del MINSa.

La función de la ESN ITS/VIH y las demandas de acción del propio Proyecto, superaron en algunas situaciones las posibilidades reales de una ESN ITS/VIH debilitada por los cambios acontecidos dentro del propio MINSa en los primeros años de la década. La demanda fue creciendo, más aún cuando en paralelo se iniciaron los nuevos proyectos de 5ta ronda y 6ta ronda.



Este problema a nivel central se transfirió a las regiones, las autoridades y los proveedores no sabían del Fondo Mundial, ni cómo funcionaban los proyectos. Allí fueron expuestos a mensajes múltiples, confundieron a los protagonistas, las categorías Receptor Principal, Sub Receptor estaban vacías de significados y fueron asociadas con creatividad pero en muchos casos con distancia de lo que significaban para la Respuesta Nacional. Esa falta de claridad ha originado en muchos casos, a decir de la ESN ITS/VIH, el cierre de las puertas desde las regiones para seguir trabajando.

Complementariamente la asfixia por falta de recursos humanos y la demanda de acciones en el núcleo de la estrategia llevó muchas veces a saltar procesos o confiar en que las personas siguieran un circuito que no realizaban, en la búsqueda de abreviar tiempos y cumplir con los objetivos, sin embargo esto mismo fue creando escenarios cada vez menos institucionalizados para el desarrollo de las acciones. De igual forma se puede analizar lo sucedido con las acciones de monitoreo que fueron débiles por la propia falta de recursos económicos y recursos humanos de la ESN ITS/VIH, se tenían que esperar invitaciones para poder llegar a las regiones y casi siempre en compañía de los implementadores, lo cual restaba a los monitores grados de libertad y las mejores condiciones para desarrollar su función.

Pese a estas condiciones se ha logrado sostener el financiamiento del TARGA, y también la estrategia dirigida a las gestantes para el control de la transmisión vertical. No así, la incorporación de promotores de poblaciones vulnerables que, de acuerdo a la entrevista sostenida con la Estrategia Sanitaria de ITS/VIH, actualmente se encuentran flotando alrededor de 100 promotores capacitados por el objetivo 2.

Estas debilidades de la Estrategia Sanitaria de ITS/VIH para asumir su rol protagónico, están simultáneamente solventadas por una presencia también débil en algunos momentos del Mecanismo Coordinador de País frente a la ejecución del Proyecto.

4.4.5 Conclusiones y recomendaciones

Lo que evidencia este objetivo es una clara efectividad del TARGA con una perspectiva de derechos humanos, inclusión social y derecho a la salud. Ha sido importante el involucramiento del Estado para implementar una política pública inclusiva que se ha convertido en ley (específicamente la ley 28226, modificatoria de la ley 26626 conocida como ley CONTRASIDA), lo cual le ha otorgado sostenibilidad al programa. Este objetivo debería constituirse en un ejemplo a seguir con otros programas que debieran ser asimilados por el Estado en su totalidad.

La implementación de la “Atención Integral” ha sido bastante dificultosa, debido a que su definición, demanda contar con capacidades muchas veces ausentes en el sistema de salud. De igual manera existió al inicio una sobre-estimación de la cobertura, lo cual implica la necesidad de planificar mejor las metas de los programas en general y de este programa en particular.

Los entrevistados manifiestan serios problemas en la capacitación para poner en funcionamiento el programa; es así que si bien el programa ha logrado desarrollar un sistema eficaz para la entrega de TARGA; la capacitación ha costado mucho y aún no es de la entera satisfacción de todos los involucrados.

El sistema de información tampoco ha sido, durante la segunda ronda, satisfactorio para los involucrados. En la actualidad esta debilidad se está logrando revertir con el desarrollo del SMEii.

En conclusión, se podría decir que el Programa TARGA ha ido mejorando con el tiempo y, procesos que no existían se fueron incorporando, mientras que otros se optimizaron; tratando de cubrir las necesidades de los beneficiarios. En este sentido en la actualidad es reconocida y valorada la gratuidad del tratamiento y de la atención, aunque aún persisten situaciones de discriminación, especialmente en aquellos servicios que no guardan relación con el TARGA.

Es importante considerar la propia estrategia de implementación circunscrita únicamente a algunos hospitales, lo cual hace problemático el acceso a todo el universo de PVVS. En relación a las consejerías, por ejemplo, estas estuvieron relacionadas a los CERITSS, sin embargo al concentrarse el TARGA en los hospitales y no descentralizarlo, se genera una creciente demanda que repercute en la calidad de atención.

4.5 Resultados Referidos al Objetivo 05: Fortalecer la respuesta de la sociedad civil y el Estado frente a la epidemia VIH/SIDA

4.5.1 Estrategias implementadas

La estrategia es el desarrollo de acciones de abogacía y vigilancia para el fortalecimiento institucional de la CONAMUSA y desarrollo de COREMUSAS.

Fortalezas:

- (1) Promoción del desarrollo del capital social en la respuesta nacional
- (2) Descentralización de la respuesta nacional.

Limitaciones:

- (1) Falta de claridad para muchos actores respecto de lo que correspondía desarrollar al Objetivo V (y lo que éste efectivamente desarrolló).
- (2) Dificultades administrativas en la implementación del componente, que llevaron a inacción durante los años 3 y 4 (por ejemplo, para el seguimiento de las COREMUSAS instaladas durante la primera fase), retomándose actividades en el año 5 bajo otro arreglo administrativo.
- (3) Aislamiento de las actividades (no integralidad)
- (4) No se pensó en cómo privilegiar lo técnico sobre lo político. Si bien éste es un objetivo político, su reto era lograr que lo técnico interactuara con lo político para lograr una respuesta nacional fortalecida técnicamente.

4.5.2 Satisfacción de Beneficiarios

4.5.2.1 Percepción de la población beneficiaria directa e indirecta, los beneficios del programa

El objetivo 5 de la 2da. Ronda, nace de una necesidad de consolidación de espacios de concertación regionales multisectoriales, que contribuyeran al fortalecimiento de la CONAMUSA en las regiones del país.

Nosotros lo pedimos en la Asamblea, entonces la Asamblea dijo - tienen que estar representados las organizaciones de personas Viviendo con VIH y las ONG-, o sea, fue un objetivo formado por la Asamblea, donde nosotros teníamos mayor poder (Líder PVVS)

Hay que recordar que los principales logros, en este sentido, fueron, a fines de 2004: la promulgación del decreto supremo 007-2004-SA que reconoce oficialmente a esta institución Multisectorial, además de la publicación de su reglamento, la definición de su Plan estratégico y la instalación de las 5 primeras COREMUSAS (Callao, Chimbote, Ica, Loreto y Lima).

Como podemos observar la participación de las personas afectadas por el VIH fue crucial para el cumplimiento de sus metas y actividades.

Nacen como propuesta a partir de que la CONAMUSA requería de un fortalecimiento a nivel nacional, entonces se hizo una propuesta para que desde las diferentes regiones, organizaciones con características similares a la CONAMUSA fortalecieran, apoyaran la intervención que las COREMUSAS estaban haciendo (COREMUSA Callao)

CONAMUSA en función del Rol que le tocó jugar y mirando en que ha sido un proceso inicial ha ido cumpliendo cada vez más un rol más protagónico y asumiendo un rol más activo (Ex-secretario ejecutivo)

Uno de los mayores resultados de 2da. Ronda ha sido la construcción de la multisectorialidad en el objetivo 5. Ese objetivo ayudó a la instalación y el fortalecimiento de las COREMUSAS de cada región que se formaron 14 en realidad. Y permitió el fortalecimiento del MCP en la CONAMUSA, hay acciones que se hicieron que permitieron la multisectorialidad (Ex-secretario ejecutivo)

Las COREMUSAS aparecen con la intención de fortalecer la Respuesta Nacional al VIH y que ellos se apropien de esta respuesta (Líder PVVS)

Como hemos dicho, en este proceso se logró en una primera etapa la instalación de cinco COREMUSAS y así lo reconoce la COREMUSA Callao, aunque la entrevistada no percibe que en ese momento se hubiese dado un real fortalecimiento.

Porque nosotros en el Objetivo 5 de la Segunda Ronda, nos instalaron y ahí quedamos, jamás se dio ese paso de real fortalecimiento que respondiera a las necesidades de este espacio conformado, de este espacio que esté trabajando a pesar de sus limitaciones y que es por el compromiso y el entusiasmo de su gente y de la gente de esta región (COREMUSA Callao)

Es así que de acuerdo a los entrevistados, esta estrategia se forja como una necesidad de continuar el fortalecimiento de la CONAMUSA y de consolidar espacios de concertación regionales multisectoriales, en las regiones, capacitación de líderes de organizaciones de personas afectadas; cuyo resultado más importante en esta etapa fue la implementación de esta instancia autónoma de los proyectos del Fondo Global.

4.5.2.2 Percepción de que las metas alcanzadas por el Programa cubrieron las necesidades de los beneficiarios

Una de las necesidades cubiertas más sentidas fue la capacitación de líderes de organizaciones de personas afectadas, a fin de que pudieran conducir los procesos de defensa de sus derechos y tener herramientas de gestión. Con esta capacitación se pretendía reforzar la participación activa de las organizaciones de personas afectadas en los procesos del programa del Fondo Mundial. Otro aspecto importante a resaltar fue la creación de la figura de Asesores Comunitarios para realizar la Vigilancia en los proyectos.

Nosotros Incrementamos el tema de Asesoría Comunitaria, también formamos grupos para el manejo de los talleres de líderes, incluyendo una persona de regiones. (Líder PVVS).

Con respecto a la creación de COREMUSAS, sin embargo, en las entrevistas se observa frustración en relación a las expectativas que se tenían con este objetivo, y de críticas, tanto hacia el Receptor Principal, como hacia la CONAMUSA.

Los objetivos sí, lo que estaba escrito en la propuesta , sí respondía a lo que era la instalación y fortalecimiento de estos espacios regionales multisectoriales, las COREMUSAS, pero en la práctica no se dio, porque en la práctica se diferenció mucho lo que se hizo en la primera fase que fue la instalación de las primeras cinco COREMUSAS, y la diferencia, la segunda fase cuando vimos ausencia total, nosotros pensamos que no había segunda fase, nos enteramos que había segunda fase al finalizar el tercer año (COREMUSA Callao)

Frente a esto nos sentimos defraudados porque también parte de eso. La responsabilidad la tiene la CONAMUSA y el Receptor Principal porque no se verificó que se daba una intervención realmente de fortalecimiento a las COREMUSAS como decía la propuesta (COREMUSA Callao)

Nosotros como beneficiarios de la COREMUSA, lo que hemos visto es que este objetivo, el Consorcio responsable lo vio como si fuera su chacra, yo lo administro para

mis fines, para mi gozo, y se olvidó totalmente de los compromisos que tenía como Consorcio frente al Fondo Mundial para la ejecución realmente de fortalecimiento de las COREMUSAS (COREMUSA Callao)

A pesar de que se formaron COREMUSAS y se capacitó a sus integrantes, las percepciones apuntan a que las acciones de fortalecimiento estuvieron ausentes.

Lo que no se dio fue un fortalecimiento de la COREMUSA con acompañamiento técnico para que pudiera gestionar un reconocimiento regional financiamiento de las actividades, orientación y capacitación de los integrantes de las COREMUSAS y en todo caso lo que era replantear o ayudar a que se construye y se consolide cada propuesta de COREMUSA a nivel regional (COREMUSA Callao)

Este Objetivo 5 de la Segunda Ronda tenía como actividad la conformación de las COREMUSAS y su fortalecimiento, y por otro lado también atendía a la población directamente afectada, le hablamos exactamente como beneficiarios de lo que era conformación y fortalecimiento de las COREMUSAS, no hemos recibido el apoyo necesario para un real fortalecimiento de las COREMUSAS, en el caso del Callao (COREMUSA Callao)

Este fortalecimiento esperado y ausente durante esta etapa, es percibido desde el punto de vista de la legitimidad y el reconocimiento, así como también de infraestructura y capacidad instalada para poder trabajar.

Para nosotros, fortalecimiento es, que ya estemos instalados, ya estemos interviniendo, ya tenemos cierto nivel de reconocimiento ante la comunidad... pero, que se entendía por fortalecimiento. ¿Podemos decir que la COREMUSA fue fortalecida cuando ve usted que nos encontramos, que tenemos un ambiente vacío, no tenemos una máquina, no tenemos una computadora, no tenemos una mesa de trabajo, no tenemos un escritorio, la línea (telefónica) con la que contamos es prestada, el ambiente del local es prestado, entonces de qué fortalecimiento estamos hablando? (COREMUSA Callao)

Igualmente esta entrevistada nos ilustra cómo la creación de las COREMUSAS quedó desarticulada, debido a las numerosas quejas que éstas tenían; así como quedaron inconclusas algunas actividades que eran importantes para el Movimiento de PVVS, como el Manual de Participación Comunitaria y el Plan de Vigilancia.

Era para la creación de las COREMUSAS, eso se desarticula porque las COREMUSAS tenían muchas quejas por su falta de autonomía (Líder PVVS)

Esta desarticulación llevó a que muchas de las actividades no se llegar a concluir como el Manual de Participación Comunitaria (Líder PVVS)

Algunas cosas que nosotros habíamos planeado como actividades se quedaron en el aire (Líder PVVS)

4.5.2.3 Participación de los beneficiarios en las etapas diferentes del Programa

Los beneficiarios fueron actores principales en las diferentes etapas del programa, especialmente al interior de la CONAMUSA, como ejecutores del Objetivo 5 junto con la Sociedad Civil, como delegados comunitarios y también en la formación de las COREMUSAS con las cuales se inició el proceso. Y eso puede notarse en el siguiente testimonio:

Un aspecto importante ha sido el fortalecimiento de las personas de sociedad civil, especialmente las personas que viven con VIH, especialmente la formación de nuevos liderazgos. Eso ha permitido que aparezcan nuevos líderes. (Ex-secretario ejecutivo)

4.5.2.4 Participación de la red organizacional existente

La red organizacional participó activamente en tanto se trataba de un objetivo que contribuía a su propio desarrollo y fortalecimiento y que ellos mismos eran ejecutores de este objetivo. Participaron redes vinculadas al VIH/SIDA, como la Red Peruanos Positivos, La Red de Mujeres Viviendo con VIH, la Red SIDA Perú, y el Colectivo por la Vida; vale la pena agregar que estas dos últimas organizaciones estuvieron únicamente durante la primera fase de la segunda ronda.

4.5.2.5 Factores que facilitaron o limitaron el cumplimiento de las actividades

La participación de la redes facilitó el cumplimiento de las actividades, en tanto estas mismas redes eran ejecutoras del Objetivo. Aunque otros problemas, administrativos y políticos frenaron el cumplimiento de determinadas actividades. Por ello, los beneficiarios directos, principalmente provenientes de las Regiones, no sienten que se haya cumplido con el fortalecimiento de las COREMUSAS, ni por el lado de infraestructura y logística, ni por el lado de la capacitación.

Porque las actividades estaban dirigidas a una población objetivo en esta actividad... que es lo que se ha... o sea, en cuanto a lo que es fortalecimiento, no hemos recibido, porque qué es lo que se entendía por fortalecimiento de la COREMUSA, qué era lo que se entendía. Para nosotros, fortalecimiento, ya estamos instalados, ya estamos interviniendo, Ya tenemos cierto nivel de reconocimiento ante la comunidad... pero qué cosa es el fortalecimiento de la COREMUSA, que se entendía por fortalecimiento. (COREMUSA, Callao)

Ello ha afectado la calidad de la intervención y de las actividades, según los entrevistados, ya que lo que debía hacerse en cinco años, se tuvo luego que recuperar en sólo dos años; habiendo, como hemos visto líneas arriba, actividades que no se llegaron a cumplir.

La calidad de la intervención que se podía obtener de tres años de intervención, no es la misma que la calidad de trabajo que se hace en un plan de emergencia de 6 o 9 meses, donde sí nosotros recibimos mucha voluntad y entusiasmo y vimos que este equipo concertado realmente se rasgó las vestiduras, se compró el problema y trató de sacar adelante, este... la actividad (COREMUSA, Callao)

4.5.2.6 Modos de participación de las estructuras nacionales y regionales en la implementación del Programa

Las estructuras nacionales participaron activamente en el Objetivo 5, en primer lugar la CONAMUSA, que logró su legitimación y por ello, en ese momento, también participó el Ministerio de Salud. En tanto se trató de un Organismo Multisectorial, también participaron las diferentes instancias del Estado (con diferentes intensidad como lo vamos a ver) y de la Sociedad Civil involucradas en los temas de VIH y TB principalmente. Las COREMUSAS formadas se comprometieron igualmente en el desarrollo de estas instancias en cada Región donde se instalaron, llegando a constituirse 14 COREMUSAS en diferentes regiones del País.

Actualmente las COREMUSAS no dependen de la CONAMUSA; y ese es justamente el principal problema mencionado: la falta de relación entre las instancias regionales y la instancia nacional. Ello es un reclamo de todas las COREMUSAS que se han entrevistado.

Se ha propuesto que de alguna manera debe existir una relación entre la CONAMUSA y las COREMUSAS, pero no existe (COREMUSA, Callao)

Entre las principales limitaciones percibidas entre la CONAMUSA y COREMUSAS, está el hecho de que no existe ninguna coordinación efectiva entre ambas que permita llevar propuestas y generar respuestas país (COREMUSA, Lambayeque)

No sentimos a CONAMUSA aquí, de pronto diría, que debería ayudarnos, impulsar un mecanismo administrativo, normativo, que le podamos sentir. CONAMUSA está aislado de lo que están haciendo las regiones (COREMUSA, Iquitos)

Con respecto a la Estrategia Sanitaria de ITS/VIH el entrevistado, ex – Secretario de CONAMUSA, opina lo siguiente.

Para la Estrategia Sanitaria de VIH, ha habido una buena voluntad a partir del liderazgo de su responsable, pero yo creo que a veces los liderazgos no son suficientes, desde mi experiencia ha habido una falta de capacidad técnica de la estrategia Sanitaria de VIH para resolver algunas cosas (Ex - Secretario Ejecutivo de CONAMUSA)

De la misma manera, tuvieron una participación bastante reducida otras dependencias del MINSA.

No toda la responsabilidad está en la propia estrategia sanitaria de VIH, a veces hay otras direcciones o programas que tampoco desean articular eso o están en otra cosa, nos ha tocado mirar eso con DIGEMID, con OGA, con OGE, u otras dependencias ((Ex - Secretario Ejecutivo de CONAMUSA)

En cuanto a la participación de los otros actores, su involucramiento ha dependido de cada uno de ellos, siendo en el Callao las participaciones más irregulares las del INPE y las del MINEDU. Particularmente la participación de este segundo actor ha ido haciéndose más frecuente recién

en el año 2008. Por ello se reconoce que en general la participación de todos los estamentos ha sido bastante deficiente.

Con el INPE ha sido una participación muy cíclica por momentos venían cuando hacíamos gestión, no ha sido una participación comprometida, ha sido mucho a presión de nosotros que invitábamos, insistíamos que ellos vengan, pero no ha sido una participación regular (COREMUSA, Callao)

El MINEDU también ha tenido una participación cíclica que cuando lo invitábamos, insistimos entonces ellos luego responden y hemos venido haciendo algunas actividades hasta esta final en la que ya vemos a partir del mes de octubre, noviembre del año pasado ya comenzamos a ver una participación más estable (COREMUSA, Callao)

Esto se atribuye a una hegemonía del sector salud, frente a los otros sectores y su involucramiento con temas sanitarios.

Lo otro es el enfoque que cada uno de los sectores da a lo que es la responsabilidad frente a la conservación o recuperación de la salud; pensamos que estos aspectos, tanto de conservación o recuperación de la salud son patrimonio del sector salud, entonces, el trabajo no lo ve como un problema propio. Educación, algo que ya está viendo de su compromiso y su responsabilidad frente a lo que es promoción y estilos de vida saludables (COREMUSA, Callao)

4.5.2.7 Efectos de la participación en los resultados del Programa

Todas las dificultades experimentadas en el objetivo que hemos analizado, han influenciado en el reconocimiento que las COREMUSAS hubieran podido ganar frente a las instituciones estatales más fuertes, como los gobiernos regionales o los propios ministerios.

También tiene que ver mucho con el tema del reconocimiento, o sea qué tanto nosotros como COREMUSA, como mesa multisectorial somos reconocidos ante el gobierno regional; eso le va a dar a también algún peso más fuerte políticamente para que se vayan inmiscuyendo también las otras instituciones. Hay varios factores por los cuales hasta ahora no hemos sido reconocidos (COREMUSA, Callao)

El poco interés a lo mejor también de parte de los objetivos del Fondo Global, entonces la COREMUSA como en un determinado momento estuvo rezagado, pero no despertaba el interés a lo mejor de parte de algunas autoridades (COREMUSA, Callao)

En este sentido, el reconocimiento adquirido en los últimos tiempos y su posibilidad de ampliación a 14 COREMUSAS no son atribuidas por estas a los proyectos del Fondo Mundial, sino al propio movimiento de las organizaciones y a su propio empuje.

El resultado positivo es tener una propuesta para la conformación de estos espacios regionales, tener espacios regionales instalados, y hasta ahí nada más...El resto ha sido esfuerzo de cada uno. Porque lo que le estamos manifestando es lo mismo que está sucediendo en las otras COREMUSAS que viven, se desarrollan y están creciendo en base a los integrantes de cada uno... (COREMUSA, Callao)

Lo que ha tenido que ver con el Objetivo en sí, ha sido con la iniciativa propia, no con el actuar del objetivo en sí, ¿no?, no le daría crédito al Objetivo realmente... (COREMUSA, Callao)

Nosotros como COREMUSA no respondemos a ninguna ronda en particular porque nacimos por iniciativa regional propia (COREMUSA, Lambayeque)

El éxito final de las COREMUSAS, es un éxito atribuido a las propias organizaciones que la conforman, y ello es una percepción tanto de los/las entrevistados/as del Callao, como de Iquitos.

Yo considero que esa es una lección aprendida, eso es un gran aporte y además eso demuestra que sí existe una gran voluntad de la sociedad civil organizada, de las personas afectadas y también de las organizaciones gubernamentales por atender los principales problemas, los reales problemas de la comunidad con un enfoque propio de nuestra región (COREMUSA Callao)

Porque es el espacio de articulación que debe existir para poder articular los temas, los grupos vulnerables saben que hay una organización con la que pueden contar. Además los objetivos (de los Proyectos del FM) están trabajando más con nosotros y se visualiza más el trabajo de los objetivos, de la población objetivo (COREMUSA, Iquitos)

Es un hecho que ese primer empuje dado por el objetivo 5 ha constituido, a pesar de las dificultades, en el catalizador de los consiguientes procesos.

4.5.3 Eficacia

4.5.3.1 Análisis de evolución de indicadores clave

🕒 Fuente y metodología para estimar el indicador

Las fuentes de información para los indicadores clave del Objetivo 5 fueron los informes de las mediciones realizadas entre el 2004 y 2008.

Estimación de la brecha

En general se destaca como logro del Proyecto el incremento de los gastos multisectoriales en VIH/SIDA y TB, sobrepasando la meta prevista de 40% a 162% y en el caso particular del gasto en VIH/SIDA (No TB) el incremento es mayor (329%). En relación al indicador R 5.2.2 no se dispone de medición excepto para el año 2005, donde se registro que 9 instituciones participaban en comisiones técnicas y Comités Consultivos.

Cuadro 11.
Cumplimiento de metas en indicadores clave del objetivo 5

Código	Indicador	Línea de Base 2004	2da medición 2005	3ra medición 2006	4ta medición 2008	Meta 2008	Diferencia al 2008
R.5.2	Porcentaje de incremento de los gastos multisectorial en VIH/SIDA y TB	0.0	95.8%	98.3%	161.9%	40,0%	ND
R.5.2.1	Porcentaje de incremento de los gastos multisectorial en VIH / SIDA	0.0	24.4%	174.2%	323.9%	ND	ND
R.5.2.2	Número de instituciones que participan en comisiones técnicas y comités consultivos de la CONAMUSA	ND	9	ND		23	ND

(1) Corresponde a la adquisición de medicamentos, productos de salud, gastos administrativos y overhead. **Fuente:** CARE Perú

4.5.4 Sostenibilidad

4.5.4.1 Sostenibilidad Social

En las entrevistas existe mucho desconcierto y poco manejo de información. Qué buscó generar el objetivo 5 del programa, qué logro... es muy vago para los entrevistados. Por tanto, la inquietud de sus sostenibilidad es casi inconcebible. Se reconoce una preocupación por el fortalecimiento de las organizaciones y se cree en todos los casos que ese interés es adecuado pero lo que se mantiene en la nebulosa es la estrategia que el proyecto utilizó para ese fin, desconociendo en gran medida lo realizado. Algunos actores reconocen que en el último año se han incorporado acciones importantes para capacitar y dinamizar el rol de las COREMUSAS en varias regiones.

4.5.5 Conclusiones y recomendaciones

En suma, el objetivo 5 tuvo la meta de promover el desarrollo institucional y organizacional en torno a la respuesta nacional con un enfoque descentralizado; aunque en ese momento no había la suficiente claridad para la implementación de este modelo que era sumamente novedoso.

Si bien este objetivo tenía una motivación política, ésta motivación no pudo establecerse de manera técnica para que su implementación y sostenibilidad se dieran de manera exitosa. Su principal objetivo era fortalecer la CONAMUSA, independientemente del Fondo Mundial, como una instancia multisectorial y descentralizada de toma de decisiones concernientes al VIH y la Tuberculosis. Algo importante es que el motor de empuje de este objetivo fueron las organizaciones de personas afectadas presentes en la CONAMUSA. En este sentido también se apuntaba a un fortalecimiento de las organizaciones de PVVS, con un reforzamiento de sus liderazgos. Esta capacitación fue bastante ambiciosa y se intentaba que las organizaciones condujeran los procesos de defensa de sus derechos, darles herramientas de gestión para hacer crecer las organizaciones y con ello, que pudieran participar más activamente en los procesos del Fondo Mundial, tomando como lineamiento el principio MIPA (Mayor Involucramiento de las Personas Afectadas), además de la designación de Asesores Comunitarios en todos los objetivos del proyecto, que realizaran la vigilancia social al interior de cada uno de los programas.

Los beneficiarios, específicamente los/las representantes de personas afectadas, puntualizan que el principio MIPA no se logró. Si bien se hicieron capacitaciones y se apoyó a las Organizaciones, el Involucramiento de las Personas Afectadas no se dio, según lo esperado, ya que los Asesores Comunitarios no pudieron cumplir su papel, al estar pagados por cada uno de los objetivos, se crearon conflictos de interés. Por otra parte a pesar de que se formaron las COREMUSAS y se capacitó a sus integrantes, el fortalecimiento continuo estuvo ausente, quedando desarticulados el Manual de Participación Comunitaria y el Plan de Vigilancia.

Actualmente las COREMUSAS no dependen de la CONAMUSA; y ese es justamente el principal problema mencionado: la falta de relación entre las instancias regionales y la instancia nacional. En cuanto a la participación de los otros actores, su involucramiento ha dependido de cada uno de ellos, siendo en el Callao las participaciones más irregulares las del INPE y las del MINEDU. Particularmente la participación de este segundo actor ha ido haciéndose más frecuente recién en el año 2008. Por ello se reconoce que en general la participación de todos los estamentos ha sido bastante deficiente.

El reconocimiento adquirido en los últimos tiempos y su posibilidad de ampliación a 14 COREMUSAS no se atribuyen, ni a este objetivo, ni al Fondo Mundial en general, sino al propio movimiento de las organizaciones y a su propio empuje.

5. Análisis de Eficiencia y Evaluación Económica

5.1 Componente Gestión

En este componente se analiza la gestión administrativa financiera del programa, así como los factores que han influido en la ejecución financiera. Se incluye el análisis del entorno socio-económico que influyó en el desarrollo del programa lo cual nos permite contextualizar los resultados, así como los cambios en el Gobierno Nacional en junio del 2006 y en los Gobiernos Regional y Local en enero del 2007.

Para el análisis de los factores de mayor impacto en la ejecución financiera se realizaron entrevistas al RP y también a los SR, los cuales fueron corroborados con los documentos del programa, los cuales han permitido identificar los elementos que han facilitado o dinamizado así como también los que han dificultado o limitado la ejecución financiera.

Asimismo se analiza el uso de procedimientos establecidos en el programa. Si bien este se organizó por Objetivos de acuerdo a la propuesta realizada al Fondo Mundial, los que se enumeran a continuación, el análisis se realizó al programa de forma integral.

Cuadro N° 5.1-1: Objetivos del Programa

N°	Objetivos
1	Promover estilos de vida saludable en adolescentes y jóvenes en los temas de ITS/VIH/SIDA
2	Disminuir la prevalencia de la infección de VIH/SIDA en poblaciones vulnerables
3	Disminuir la transmisión vertical del VIH
4	Garantizar la atención integral de calidad a las PVVS y que incluya el acceso al tratamiento antirretroviral
5	Fortalecer la respuesta de la Sociedad Civil y el Estado frente a la epidemia VIH/SIDA

Los objetivos fueron ejecutados por los Sub Receptores, los cuales se organizaron a través de Consorcios. Las instituciones líderes del consorcio suscribieron contratos con el Receptor Principal. La relación de Sub Receptores se presenta en siguiente cuadro.

Cuadro N° 5.1-2: Sub Receptores y contrapartes técnicas del Programa

Objetivos	Institución líder de Consorcio	Integrantes del Consorcio	Contraparte
1	Instituto de Educación y Salud (IES)	Asociación de Comunicadores Sociales Calandria, Pathfinder International, Programa de Soporte y Autoayuda de Personas Seropositivas (PROSA) y Universidad Peruana Cayetano Heredia	MINSA (ESN VIH) MINEDU (DITOE)
2	Asociación Civil Impacta Salud y Educación	Grupo Amistad y Respeto y Asociación "Esperanza"	MINSA (ESN VIH) MINJUS (INPE)
3	Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán	Centro de Estudios de Problemas Económicos y Sociales de la Juventud - CEPESJU, Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Instituto Especializado Materno Perinatal, Red Peruana de Mujeres Viviendo con VIH y Red de Comunicación e Información para Grupos de Ayuda Mutua del Perú	MINSA (ESN VIH - ESN SSR)
4	Asociación Vía Libre	Coordinadora Nacional Peruanos Positivos y Universidad Peruana Cayetano Heredia	MINSA (ESN VIH)
5	Centro Parroquial Ecueménico Rosa Blanca	Colectivo por la Vida, Alianza en acción, Coordinadora Nacional de PVVS Peruanos Positivos y Red Peruana de Mujeres Viviendo con VIH, , Red Sida Perú y Universidad Nacional Mayor de San Marcos Fase 2 – A partir del 2008 administrado por CARE	MCP

5.1.1 Uso de procedimientos establecidos en el Programa

Manual de Procedimientos Administrativos

Antes de la suscripción del Convenio, el Receptor Principal estableció un Manual de Procedimientos Administrativos financieros, el cual formó parte del Contrato firmado entre el RP y el SR. El Manual no ha variado y se ha utilizado durante toda la vigencia del programa.

El manual administrativo no ha variado, pues cuando se firmó el convenio, el manual era parte integrante del contrato, aunque después nos dimos cuenta que faltaban varios temas que para las siguientes rondas ya se han incorporado (Receptor Principal)

Al inicio del proyecto se convocó a los responsables de administración a fin de familiarizarlos con los procedimientos establecidos en el Manual de Procedimientos Administrativos financieros. Durante el desarrollo del Programa el Receptor Principal orientó de manera personalizada a los Sub Receptores sobre aspectos de las rendiciones a fin de que cada vez haya menos observaciones que levantar y sea más expeditivo el desembolso del Receptor Principal a los Sub Receptores.

En la Fase 1 las coordinaciones se realizaban personalmente, en la Fase 2 la mayoría de las comunicaciones fueron por teléfono o correos electrónicos, lo cual agilizó las coordinaciones, dejando mayor tiempo para desarrollo de las actividades.

Generalmente lo más práctico, era darles una inducción, pues muchas de sus rendiciones llegan con dos meses de atraso, lo cual era materia de observación (Sub Receptor)

El acompañamiento era más cercano (refiriéndose a la primera fase). En cambio en la segunda, la comunicación era solo por teléfono (Sub Receptor)

Siempre se ha tenido una comunicación con el Receptor Principal (Sub Receptor)

Plan de Compras

Las compras efectuadas por el Receptor Principal se han ejecutado según las políticas del Fondo Mundial, como son la utilización de la Lista de Precalificación de Medicamentos de la OMS. Asimismo, los procedimientos realizados para efectuar las compras han seguido los criterios establecidos por el Fondo Mundial, como son la transparencia, precios competitivos. Otra característica de estos procesos es la participación de los sectores involucrados, incluyendo representantes de la contraparte en los comités de compras.

Plan Operativo

Durante todo el desarrollo del programa se utilizó el Plan Operativo como instrumento de gestión, que contempla metas programáticas. El Plan operativo se encuentra organizado por Objetivos, actividades y sub actividades. Las rendiciones financieras se realizan a nivel de actividad y producto. Las acciones de supervisión y monitoreo tanto del Receptor Principal como de los SR se establecen en el Plan de Monitoreo y se cumplieron durante toda la vigencia del Programa. Sin embargo, éste estaba circunscrito al cumplimiento de metas programáticas más no financieras.

Sistema de Monitoreo Financiero-Programático

Los planes operativos y cronogramas permitieron conocer la magnitud de los fondos que debían solicitar los SR, sin embargo el monto solicitado se establecía a criterio del SR y en algunos casos el monto solicitado no era suficiente para cancelar las obligaciones contraídas por los consorcios. Por otro lado, en la Fase 1 existió una débil relación entre el monitoreo programático y la gestión administrativa-financiera, se exigía el cumplimiento de metas sin una mirada financiera. Luego de la negociación para la Fase2, el Receptor Principal desarrollo un sistema de Monitoreo Financiero-Programático.

El objetivo del sistema fue realizar el monitoreo y evaluación financiera mediante el análisis de los avances programáticos y financieros, con el fin de detectar tempranamente contingencias financieras y administrativas que retrasan la ejecución del proyecto en los Sub Receptores y generar mecanismos de solución, establecer el costo- efectividad de las intervenciones y realizar proyecciones financieras.

Se implementó el sistema con herramientas de gestión específicamente diseñadas para este fin, que demandó un inmenso esfuerzo tanto en el Receptor Principal como en los SR. Sin embargo este sistema no obtuvo el efecto deseado, generando un trabajo adicional sin resultados concretos. El Receptor Principal reformuló el sistema el cual actualmente se aplica eficientemente a los otros programas con financiamiento del FM. El actual sistema permite mejorar la calidad programación de los desembolsos e identificar costos por actividades y subactividades.

Luego de la negociación con el Fondo entró una persona que fue incorporada al RP para implantar un “Sistema de Monitoreo Financiero-Programático. Los SR implementaron un sistema de herramientas de gestión y por eso, se debería rescatar ese dato histórico que demandó un tremendo esfuerzo de los Sub Receptores. Que no se haya conseguido una eficiencia no tiene tanto que ver con el sistema implantado (Receptor Principal)

5.1.2 Elementos que han Facilitado la Ejecución Financiera

Integración de la información financiera programática

La integración de la información financiera programática se realizó a través de talleres de retroalimentación en el cual se trataban aspectos de cumplimiento del Manual de Procedimientos Administrativos de CARE, avance de indicadores, metas programáticas, ejecución financiera y nudos críticos en la ejecución del programa. En estos talleres participó tanto el área programática como el área administrativa, por lo cual representó un espacio de integración de la información programática con la financiera. Especialistas del programa por parte del Receptor Principal durante la Fase 1 realizaron visitas a las sedes ejecutoras a fin de brindar soporte técnico en cuanto a implementación de actividades y estrategias especializadas en VIH.

Realmente para mí siendo contador... Yo no sé cuánto tiempo les habrá costado, pero están muy bien familiarizados con los cuadros financieros y programáticos (Sub-Receptor)

Compromiso asumido por SR y RP

Un factor importante ha sido el compromiso asumido por SR y Receptor Principal, ante la necesidad de cumplimiento de metas programáticas, lo cual aceleró la integración entre el Receptor Principal y entre los miembros de los consorcios, hubo coordinaciones más fluidas y constantes entre ellos, en el área administrativa. Por otro lado este compromiso, hizo que inclusive ante faltas eventuales de recursos que refieren los SR (por el desfase entre las rendiciones pendientes y el desembolsos), se continuó con las actividades programáticas y se cumpliera con las metas programáticas y financieras.

Depende, en la primera fase existieron algunos inconvenientes, sin embargo se pudo superar. Se notó algunos inconvenientes por la falta de conocimientos y la entrada a un tema de esta magnitud. Ya en la segunda fase, los miembros de las instituciones tenían claro que ya sabían cómo era el funcionamiento, no hay mayores inconvenientes (Sub-Receptor)

Desembolsos a tiempo

Los desembolsos realizados por el Fondo Mundial tienen en consideración la proyección de gastos para los siguientes 2 trimestres. El sistema de CARE, cuando existen rendiciones pendientes por más de 60 días, no permite autorizar nuevos desembolsos, por lo cual el Receptor Principal tuvo que adecuar este sistema realizando actualizaciones que permitieran realizar los siguientes desembolsos.

En cuanto a los desembolsos, ni el Receptor Principal ni los SR tuvieron problemas para solicitarlos, sin embargo el primer desembolso estuvo supeditado al cumplimiento de todos los requisitos establecidos por el Fondo Mundial (para el Receptor Principal) y el Receptor Principal (para los SR) como son características de las cuentas corrientes, representatividad de los interlocutores, etc.

En el caso del Receptor Principal la gestión de desembolsos se facilitó debido a que la toma de decisiones fue efectiva y rápida. Al cumplir los SR con todos los requisitos el Receptor Principal realizó los desembolsos. Desde el SR, la fluidez de los recursos para el financiamiento de las actividades varió según la forma como se organizaron los miembros de los consorcios.

La ejecución financiera fue más fluida en los SR cuyos administradores se adecuaron rápidamente a la dinámica de rendición de Fondo Mundial (financiamiento por desempeño). Se facilitó la gestión de los desembolsos en los SR que contaron con un administrador con poder de decisión y con entendimiento de los requisitos para solicitar los desembolsos.

Organización y procedimientos definidos

El contar con herramientas de gestión como son el Manual de Procedimientos Administrativos, el plan operativo y el presupuesto permitió facilitar la ejecución financiera. Asimismo, cada consorcio estableció procesos administrativos acordes con su organización, en la mayor parte de los casos se adoptó los procesos del líder del consorcio. Tuvieron que desarrollar procesos internos en función de las demandas de información y de rendición de cuentas del programa. Por otro lado, los consorcios se organizaron de forma diferente para su ejecución financiera, en la mayoría de los casos adoptaron los procesos del líder del consorcio. En algunos casos la distribución de fondos para cada actividad se organizaba mediante remesas, en estos casos el líder del consorcio actuaba como Receptor Principal.

En nuestro caso, el líder se hacía cargo de las compras y pagos. Se entregaba fondos de acuerdo a la actividad. Ellos tenían un tiempo prudencial para la rendición (Sub Receptor)

Marco normativo

A continuación se presentan los cambios normativos realizados durante el desarrollo del programa, entre los que resaltan el Plan Estratégico Multisectorial 2007- 2011 para la Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA, la Ley 26626 que establece la obligatoriedad de las pruebas para diagnosticar VIH y SIDA en gestantes, y establece la gratuidad progresiva en el tratamiento antirretroviral, con prioridad en las personas en situaciones vulnerables y extrema pobreza, entre otros, los cuales contribuyeron a brindar el soporte legal para la implementación de las actividades.

Cuadro Nº 5.1-3: Cambios Normativos que favorecieron el Programa – Multi Sectorialidad

Número	Fecha	Nombre de la Norma
DS 007-2004-SA	23-May-04	Se constituye la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud – CONAMUSA
RM 218-2005-SA	24-Mar-05	Reglamento de funcionamiento de la CONAMUSA
Ley 28243	1-Jun-04	Ley que amplía y modifica la Ley 26626. Excepciones al diagnóstico voluntaria: donación de sangre y gestantes. El petitorio nacional de medicamentos esenciales incorpora medicamento e insumos para VIH.
DS 005-2007-SA	3-May-07	Aprueban Plan Estratégico Multisectorial 2007 - 2011 para la Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú
DS 041-2005-EF	06-Abr-05	Actualizan lista de medicamentos e insumos para tratamiento oncológico y VIH/SIDA libres del pago del IGV y derechos arancelarios
DS 093-2006-EF	22-Jun-06	Actualización de exoneración ARV
DS 008-2008-EF	25-Ene-08	Actualización de exoneración ARV
RD 0180-2008-ED	16-Jul-08	Aprueba e institucionaliza los Lineamiento Educativos y Orientación Pedagógica para la Educación Sexual Integral para profesores y tutores de la Educación Básica regular

También son importantes las normas técnicas para la atención de consejería en ITS, VIH/SIDA, para la administración de quimioprofilaxis y tratamiento antituberculoso a personas con VIH/SIDA, para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, para Manejo de Antirretrovirales y Reacciones Adversas, norma técnica para la prevención de la transmisión vertical, norma técnica de salud para la profilaxis de la transmisión madre – niño del VIH y la Sífilis congénita.

Cuadro Nº 5.1-4: Cambios Normativos que favorecieron el Programa - Normatividad MINSAL

Número	Fecha	Nombre de la Norma
RM 074-2004	29-Ene-04	Norma Técnica para Promotores Educadores de Pares en Poblaciones Vulnerables para la prevención de las ITS y del VIH/SIDA
RM 125-2004	6-Feb-04	Norma Técnica Atención de Consejería en ITS y VIH/SIDA
RM 1328-2003	10-Ene-04	Norma Técnica para la Articulación del Servicio de Consejeros Educadores de Pares para Personas que viven con VIH/SIDA
RM 123-2004	6-Feb-04	Norma Técnica de Atención para la Administración de Quimioprofilaxis y Tratamiento Antituberculoso a Personas con VIH/SIDA
RM 124-2004	6-Feb-04	Norma Técnica para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad - TARGA en Adultos Infeccionados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana
RM 1052-2004	11-Ago-04	Norma Técnica de Manejo de Antirretrovirales y Reacciones Adversas para el Médico de Atención Integral de las Personas viviendo con el VIH/SIDA
RM 939-2004	20-Sep-04	Modifican "Norma Técnica para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad - TARGA - en Adultos Infeccionados por el VIH" (R.M. 124-2004)
RM 084-2005	7-Feb-05	Norma Técnica-Prevención de la Transmisión Vertical (Madre-Niño) de VIH
RM 311-2005	30-Abr-05	Norma Técnica para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad - TARGA en Adultos Infeccionados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana
RM 1148-2006	10-Dic-06	Documento "Consejería en Tuberculosis, Coinfección VIH/TB y TB MDR"
RM 463-2007	7-Jun-07	Documento Técnico: Plan Nacional de Prevención y Control de la Transmisión Madre Niño del VIH y Sífilis
RM 335-2008	23-May-08	Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión madre - niño del VIH y la Sífilis Congénita

Transparencia

Se generaron espacios para compartir información, en tal sentido a partir de 2007 se realizaron reuniones semestrales denominadas “Ver para Confiar”, con la finalidad de difundir los logros y realizar la rendición de cuentas del programa.

De gran importancia para los Programas del Fondo Mundial fue la Primera Reunión Anual de Transparencia y Rendición de Cuentas Ver para Confiar realizada en el auditorio del Hogar San Camilo el viernes 30 de noviembre. Esta reunión organizada por CARE Perú fue dirigida a los miembros de organizaciones de personas Afectadas por VIH y TB, así como a los representantes de la población vulnerables al VIH. Los responsables de Área de la UGPFM hicieron un recuento detallado de todas las actividades realizadas (Informe del Receptor Principal al FM- 4to año)

La segunda y tercera versión de las reuniones semestrales de transparencia y rendición de cuentas “Ver para Confiar” realizadas el 25 de julio y 17 de diciembre de 2008 (Informe del Receptor Principal al FM- 5to año)

5.1.3 Elementos que han limitado la ejecución financiera

Rendiciones Tardías

En la Fase 1 hubo demoras con las rendiciones de cuentas de los SR por desconocimiento de los procedimientos del Fondo Mundial; este fue un proceso de aprendizaje sobre todo en los consorcios donde varias instituciones con diferente cultura administrativa trabajan juntas y que deben coordinar entre ellas para la entrega de la información.

Como máximo se aceptaba dos meses de retraso. Este es un problema recurrente, siempre se demora. Muchas veces se les ha rechazado los comprobantes. Por eso son rechazados. Otro de los problemas es que los Sub Receptores mencionan.... tenemos presupuestado tanto, pero no es así (CARE Perú)

Por otro lado aunque el Receptor Principal ha orientado en aspectos financieros y administrativos a los SR, estos refieren que no fue suficiente (sobre todo en la Fase 1), razón por la cual se cometieron errores en las rendiciones, esto disminuyó en el Fase 2. En todos los casos manifestaron que existió una buena disposición del Administrador del Receptor Principal por encontrar soluciones.

Desde el inicio del programa en el Perú en Noviembre del 2003 hasta el 30 de Junio del 2004, el gasto asciende a US \$ 1, 056,894.15. Sin embargo, es preciso considerar que los desembolsos realizados que aun no han sido rendidos o ingresados al sistema contable de CARE llegan a US \$ 1, 306,219.02. (Informe del Receptor Principal al FM- 1er año)

La demora en las rendiciones se debió entre otras razones, al retraso en las rendiciones de la contraparte técnica (gran parte de las actividades se desarrollaron a través de viáticos y pasajes), y a la dificultad del personal dedicado a la ejecución de actividades para rendir dinero entregado por encargo, entre otros.

Una de las principales observaciones que teníamos era por los retrasos de las rendiciones de las DIRESAS. Pues la rendición de cuentas llegaba con 6 meses de retraso (Sub Receptor)

“Uno de las principales causas del retraso de las rendiciones de las DIRESAS estaba basado en la coordinación diversas instancias. Tenía que pasar por todas las direcciones, porque estaban a cargo de todos los jefes. Porque los jefes centralizaban todo (Sub Receptor)

La dificultad eran las rendiciones. No le daban importancia a la parte financiera. Se centran mucho en lo programático y la parte financiera les parece muy pesada y lo dejan al final (Sub Receptor)

En este aspecto cuando se trabaja con el Ministerio, es peor y al inicio era peor. Muchas veces se les ha rechazado el comprobante (Sub Receptor)

Teníamos actividades con las DIRESAS. Se les entregaba el dinero directamente. Nosotros estamos pendientes para la rendición mensual. Sin embargo, los responsables de las actividades se demoran hasta un máximo de 6 meses en la rendición. En todos los casos, se le entregó los comprobantes a Care y quedaba en el informe (Sub Receptor)

De acuerdo a lo mencionado en las entrevistas la demora en las rendiciones no solo limitó la capacidad de gasto tanto del Receptor Principal, como de los SR, sino que obstaculizó la ejecución programática.

Los PEPs refieren que no tienen insumos para el trabajo (ie. Condonos, folletería, tarjetas de derivación, etc.) y esto es una constante, lo que desmotiva y hace que pierdan el interés en la intervención (Informe del Receptor Principal al FM- 2do año)

Observaciones Tardías

Según lo mencionado por los SR, durante la Fase 1 hubo demoras del Receptor Principal en realizar observaciones a las rendiciones efectuadas, lo cual ocasionó que algunos de los errores cometidos continúan por varios meses antes que ellos pudieran corregirlos, esto ocurrió tanto a nivel programático como administrativo. También es mencionado por los SR que una vez levantadas las observaciones, no se recibía la retroalimentación para que los SR no sigan cometiendo los mismos errores.

Otro aspecto importante es el monitoreo financiero, después que pasó la primera fase ya en la segunda fase nos hicieron observaciones administrativas de la primera fase. Les dijimos, ustedes han levantado estas observaciones,... no, no lo hemos levantado nunca, tuvimos que sacar copia de sus documentos (Sub Receptor)

En la Fase 2 al incorporar el Receptor Principal recursos humanos adicionales, disminuyó el problema.

Los dos especialistas temáticos (TB y VIH) dejaron el equipo de gestión en Enero de 2006, debido a la reducción del presupuesto de la fase II. Entre Julio y Octubre de 2006, gracias a los nuevos recursos de V Ronda, se completó el equipo de CARE con la contratación de un especialista de programas, una en capacitación, una especialista en comunicaciones, un especialista en infraestructura y equipamiento sanitario, un especialista en logística de medicamentos, una especialista en monitoreo y evaluación, una asistente de sistemas de información, una especialista en monitoreo financiero y una asistente administrativa adicional (Informe del Receptor Principal al FM- 3er año)

Procesos Institucionales

La incorporación de pacientes al TARGA, fue una de las actividades que fue afectada por la demora en el inicio del programa y por problemas técnicos y logísticos para la implementación de procesos.

En febrero del 2004 se aprueba mediante Resolución Ministerial N°124-2004/MINSA la “Norma Técnica para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad – TARGA en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana”; sin embargo, se observó al inicio que los equipos multidisciplinarios estaban incompletos o a tiempo parcial; se establecían en el protocolo del programa una batería extensa de exámenes complementarios, cuyo costo además los hacía inaccesibles para algunos de los pacientes o se realizaban en tiempos muy largos en algunos de los hospitales piloto del programa (Informe del Receptor Principal al FM- 1er año)

Debilidad en los sistemas logísticos del sector salud, específicamente para la distribución y almacenamiento de productos, por lo que parte de los recursos de la recuperación del IGV, fueron destinados a superar estas limitaciones. La falta de descentralización en la toma de decisiones de la contraparte ocasionó retrasos en la ejecución de actividades y por consiguiente representó mayores costos de ejecución financiera.

Disponibilidad de los Recursos humanos de la contraparte técnica

Existió limitación en cuanto a la disponibilidad del personal de sector salud, en cantidad de recursos humanos y tiempo disponible para participar en las capacitaciones, pues debían compartir este tiempo con sus actividades de servicio. Con respecto a los docentes del sector educación, la limitación estaba referida a que se debían programar las actividades teniendo en cuenta las vacaciones escolares de verano y de medio año. Otro factor concurrente fue el relativo a las campañas masivas de vacunación.

En el caso del MINSA, entre los Sub Receptores se disputaban al personal del MINSA para la capacitación (Sub Receptor)

La campaña contra la rubéola que llevó a cabo el MINSA no permitió que el personal de salud coordine y coopere como usualmente lo hace con el desarrollo de las actividades del programa. Asimismo, por tratarse de una campaña con un componente comunicacional muy fuerte, las actividades comunicacionales del Programa se vieron opacadas. Similar efecto tuvo la Campaña por la Lectura del MINEDU, que fue priorizada por todos los niveles de coordinación del SR del objetivo (Informe Receptor Principal al FM- 1er año)

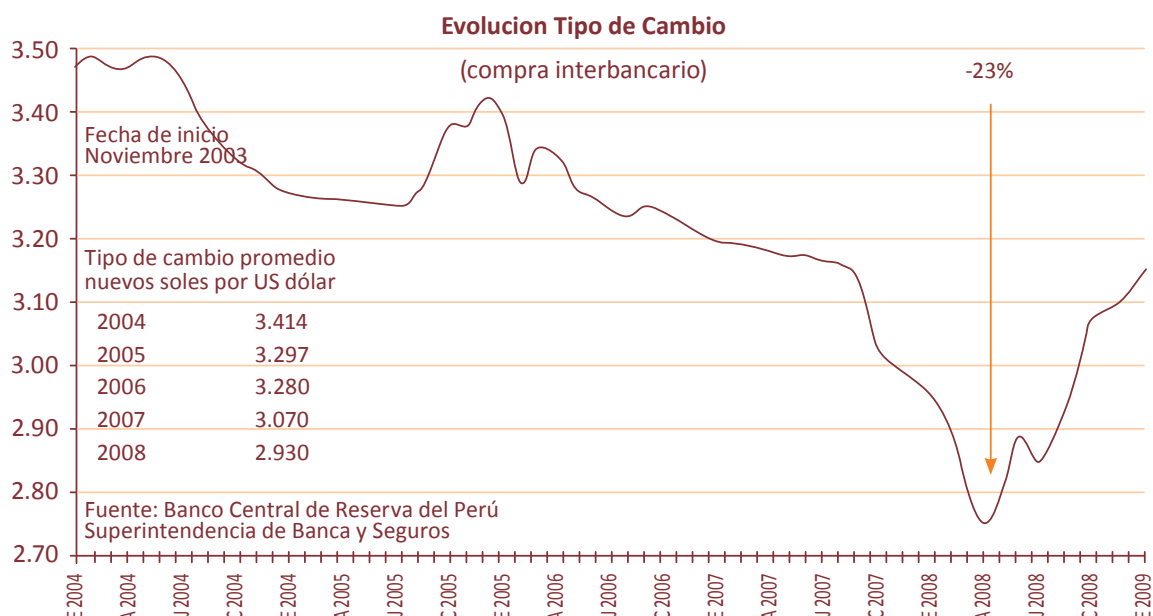
Un factor contingente fue el sismo ocurrido el 15 agosto del 2007 en la ciudad de Ica, originó que el MINSA diera orden de inamovilidad a todo su personal, lo que produjo un enorme retraso en la ejecución de las actividades. Por otro lado, la huelga médica de dos meses de duración en el país impidió un inicio más temprano del programa de TARGA; lo que originó un retraso en el número de pacientes atendidos.

Retraso en el número de pacientes atendidos: Un significativo retraso en el número de pacientes atendidos por el programa TARGA se ha producido en el marco de los compromisos del proyecto, que al 30 de Junio ha logrado apenas el 10% de la meta de pacientes en TARGA planteada para este período (212 ingresados / 2050 esperados), que representa además apenas el 41% del total de pacientes tamizados por el INS en el mismo período (517)(Informe del Receptor Principal al FM- 1er año).

Disminución del tipo de cambio del US dólar en relación al Nuevo Sol

La disminución de la tasa de cambio del dólar americano en relación al Nuevo Sol (hasta 21% menor al tipo de cambio del momento de la propuesta), originó una reducción del presupuesto de las compras realizadas en moneda nacional.

Gráfico Nº 5.1-1: Evolución del Tipo de cambio 2004- 2009



Pagos no efectuados a tiempo y gasto acelerado para cumplir metas SR

Para remontar el retraso de actividades, cuando se acercaba la fecha de corte (trimestral o anual) y poder cumplir con las metas de las actividades y sub-actividades, se llevaban a cabo gran cantidad de actividades en simultáneo, lo cual generaba un gasto acelerado y desorganización por exceso de operaciones, que a la larga dificultaba las rendiciones.

El gasto acelerado, visualizaba que algunos consorcios mantenían saldos en cuenta inmovilizados y retrasaban el pago a proveedores, lo cual se contradice con lo manifestado por ellos en el sentido que debían aportar de sus propios presupuestos en algunas ocasiones.

Reajuste en conformación de consorcios y resolución de contratos

Algunos consorcios no lograron la cohesión necesaria como para seguir trabajando juntos, lo cual se agudizó en la segunda fase, pues el presupuesto disminuyó con respecto a la primera fase,

lo cual ocasionó disminución de la cantidad de recursos requeridos para la operatividad de las actividades, produciéndose reajustes en la conformación de los consorcios.

Por otro lado, se resolvieron los contratos antes de su finalización de los Sub Receptores de los Objetivos 2 y 5, en ambos casos por mutuo acuerdo. Las observaciones de los auditores fueron⁸:

- ⊙ Inexistencia de una base de datos contable
- ⊙ Debilidades en los sistemas y procedimientos de control interno
- ⊙ Diferencias no explicadas al Receptor Principal entre los precios pagados y las tarifas de los establecimientos.
- ⊙ Adquisiciones realizadas con una sola cotización e incumplimiento en varios puntos del Manual de Procedimientos, sin explicación al Receptor Principal.
- ⊙ Imposibilidad de hablar con el contador que ejecuto el proyecto⁹

Cambio de los actores de decisión involucrados en el Programa

Con el cambio de gobierno en Julio de 2006, se produjo un cambio de gestión administrativa y aliados, entre ellos la Ministra de Salud Dra. Pilar Mazzetti fuerte apoyo del programa durante toda la Fase 1. Hay que señalar que el cambio de Gobierno en el mes de julio 2006 prácticamente paralizó las actividades desde el mes de junio hasta el mes de agosto por cambios al interior de los ministerios contrapartes del programa, como son Salud, Educación, Mujer y Desarrollo Social, tanto en los niveles gerenciales como operativos. Sin embargo, no hubo cambios en los niveles de coordinación intermedia como son las Estrategias Sanitarias, DGE, INS y OGEI del MINSA y el equipo de OTUPI del MINEDU. En el caso de la ESN de PC de ITS/VIH/SIDA los cambios ocurrieron a comienzos del 2005.

La inestabilidad del equipo técnico de la ESN PC ITS/VIH/SIDA en los primeros meses de este año fiscal, pues luego de una virtual ausencia de aproximadamente dos meses de Coordinador Nacional, se nombró al Dr. José Luis Sebastián como nuevo Coordinador, pero su equipo técnico fue casi íntegramente rotado en el mes de Octubre y posteriormente nuevamente en el mes de Marzo. Estos cambios dieron paso a un período de confusión respecto a los interlocutores sectoriales del programa, período que afortunadamente se estabilizó hacia Abril de 2005 (Informe del RP al FM- 2do año)

También las elecciones municipales y regionales realizadas en el mes de Noviembre tuvieron un efecto adverso en los niveles de coordinación locales, especialmente las actividades aquéllas que se llevan a cabo con las mismas autoridades municipales o con comités en los cuales dichas autoridades son actores clave, y también en las actividades comunicacionales del Programa.

8 Las observaciones no son comunes a ambos Sub Receptores

9 Esto representó una alerta para el programa, pues la transferencia depende de las personas y no de documentos

La alta rotación de personal a nivel directivo generó inestabilidad en el proyecto pues se tuvieron que reprogramar actividades y a veces los recursos ya estaban comprometidos y los pasajes comprados, resultando en un mayor costo del programado.

Existe una gran movilidad del personal en las contrapartes cuando ya se coordinó todas las actividades, viene otro cambio y nuevamente hay que empezar a realizar las coordinaciones porque si no, no se puede realizar las actividades (Sub Receptor)

Por ejemplo, en nuestro caso, el desembolso ya había sido ejecutado. Sin embargo, la coyuntura del Estado o diversas decisiones de autoridades de mayor cargo nos volvían a reprogramar los horarios (Sub Receptor)

Teníamos que hacer un monitoreo conjunto con la contraparte y a veces no se daba (Sub Receptor)

Cuando hablamos en actividades en provincia, hay una demora, Hay demora, no llega en la fecha respectiva. Con respecto a las DIRESAs, cuando se trabaja allí es peor (Sub Receptor)

El Mecanismo de Coordinación País

Con respecto a la influencia del Mecanismo de Coordinación País, en la ejecución financiera del programa, se menciona las apreciaciones de los SR y de los Informes del Receptor Principal.

El ALF comete un grave error en no enviar el informe a la CONAMUSA y solo lo manda al Fondo Mundial. ¿Quién hace el monitoreo financiero del Receptor Principal, quien evalúa al Receptor Principal en la cuestión financiera? se supone que el ALF ante el FM (Sub Receptor)

En los miembros de la CONAMUSA hay un problema de intereses. La única manera de control es a través de las organizaciones afectadas. No hay un sinceramiento de evaluación financiera con el SR, ni con el Receptor Principal (Sub Receptor)

Se requiere monitoreo desde la CONAMUSA sin conflicto de intereses (Sub Receptor)

Desde la Secretaria no ha habido la capacidad (y creo que hasta ahora sigue así) para realizar el análisis de la gestión ni el análisis financiero al proyecto como conjunto (Sub Receptor)

Aún se encuentra en proceso la redefinición y consolidación de los roles de todos y cada uno de los involucrados en el proyecto, ya que aún se percibe la necesidad de separar el rol de Sub Receptor respecto del rol de conductor estratégico entre algunos miembros de CONAMUSA, y de clarificar el rol mismo del Receptor Principal como contractualmente responsable ante el Fondo Mundial del cumplimiento de las metas y compromisos asumidos en el proyecto. Así por ejemplo, algunos Sub Receptores, que responden ante CARE por un contrato de ejecución, a la vez piden cuentas al Receptor Principal cuando forman parte de la Asamblea de CONAMUSA, convirtiéndose involuntariamente en juez y parte del monitoreo de la ejecución y del cumplimiento de las metas del proyecto, situación que además se torna inequitativa cuando se toma en cuenta que algunos de los Sub Receptores seleccionados no forman parte de CONAMUSA. Elemento ilustrativo de esta situación lo constituyó el pedido que hicieran algunas organizaciones miembro de CONAMUSA, ejecutores también del proyecto, para que la Asamblea de CONAMUSA revise los informes trimestrales que prepara el Receptor Principal antes de su envío al Fondo Mundial, situación que por el potencial conflicto de interés que involucraba fue consultada al Fondo, recibándose como respuesta que el contrato con el Receptor Principal establece enviar copia del documento terminado a CONAMUSA pero no establece un proceso previo de revisión por parte de aquella sobre sus contenidos (Informe Receptor Principal - 1er año)

En cuanto al Mecanismo de Coordinación de País y su vinculación con el Receptor Principal: En los meses previos a la firma del contrato entre el Fondo Mundial y CARE así como durante el primer trimestre de operaciones, hubo algunos momentos de gran desconfianza de los miembros de CONAMUSA frente a CARE Perú, que afortunadamente han sido superados (Informe Receptor Principal - 1er año)

5.1.4 Diferencias de la ejecución financiera entre la Fase 1 y Fase 2

Ejecución Financiera Fase 1

Al inicio del programa hubo dificultades para el inicio de las actividades pues existió demora para iniciar los desembolsos. Los administradores tuvieron que adecuarse al sistema de “Financiamiento por desempeño” establecido por el Fondo Mundial, es decir realizar rendiciones clasificados por actividad, producto y categoría de gasto.

Esta exigencia originó que los administradores de los SR crearan procedimientos para cumplir con las exigencias de las rendiciones, estableciendo centros de costos. No ocurrió lo mismo con los responsables programáticos de todo nivel, cuyo desconocimiento originó en la Fase 1 que no realizaran las rendiciones conforme a las necesidades financieras y esto ocasionó demora en las rendiciones.

La demora en las rendiciones en esta Fase causó problemas de liquidez a los SR, por demora en la entrega de los desembolsos, en este caso las actividades se llevaron a cabo en algunas ocasiones con recursos propios de las instituciones. De acuerdo a lo mencionado por los SR, a fin de dar fluidez a la ejecución financiera se requirió el apoyo de todos los miembros de los

consorcios, quienes continuaron realizando las actividades a pesar que los desembolsos no estaban disponibles.

Por otro lado, los consorcios refieren que gran parte de las actividades se desarrollaban con las contrapartes técnicas y estas se demoraban en rendir, lo que también ocasionaba atraso en la rendición al Receptor Principal.

En un inicio, la meta programática vino por un lado y el gasto vino por otro. La dificultad era que los programáticos entendieran las necesidades de la parte administrativa (Receptor Principal)

Por motivos de auditoría... En los casos de consorcio, cuando no tenías fondos, las instituciones responsables de las actividades aportaban. Porque teníamos que cumplir metas (Sub Receptor)

“Las actividades se llevan a cabo con los recursos propios de las instituciones. Eran 5 actividades y 4 ejecutoras (Sub Receptor)

“Ha habido dos etapas. Los que han tenido que aprender más rápido la dinámica del fondo, han sido los administradores. Porque tenían que reportar o rendir según las actividades desarrolladas por cada objetivo. Y la segunda parte, es donde los programáticos han tenido que saber utilizar los instrumentos financieros. Los primeros que han tenido que dar la cara son los administrativos, porque los primeros cambios fueron en la parte financiera (Sub Receptor)

Ejecución Financiera Fase 2

Durante la fase 2, ante la necesidad de acelerar las rendiciones que permitiera recibir los desembolsos por parte del Receptor Principal, los responsables programáticos tuvieron que familiarizarse con los procedimientos administrativos y financieros para facilitar las labores de solicitud de nuevos fondos. Al finalizar el Programa se ha constatado que ha existido un aprendizaje mutuo de labores entre los responsables que permitió dinamizar la utilización de recursos.

En esta segunda fase, también se observó una mayor permeabilidad de los integrantes de la contraparte para la colaboración en la ejecución de actividades. Desde la primera a la segunda fase del programa se ha generado espacios de comunicación y colaboración con las contrapartes, específicamente el Ministerio de Educación, INPE y Ministerio de Salud. Los espacios de comunicación han sido iniciados por el Receptor Principal y continuados y afirmados por los SR.

Estas instituciones han mostrado durante la segunda fase, una mayor receptividad para el desarrollo de las actividades facilitando y colaborando en la aprobación de normas y guías (que demoraron en la primera fase) y proporcionando facilidades al personal para la participación en capacitaciones.

No puede dejar de mencionarse la percepción de los SR sobre la verticalidad ejercida desde el Receptor Principal en su relación con los SR y la imposición por parte del Receptor Principal

de procedimientos y normas que no reflejaba la realidad de los ejecutores, tanto en la parte programática como en la administrativa como lo reflejan los siguientes testimonios. Sin embargo también es importante recalcar que existe la percepción que ellos mismos (los SR) permitieron que esto pasara y se institucionalizara durante toda la ejecución del programa.

Inmediatamente debías firmar el contrato y recibías el manual de administración. El SR se siente como un empleado y no como un aliado estratégico, se desvirtúa la naturaleza de cooperante. En las reuniones de retroalimentación uno se sentía como en el colegio, te daban la calificación: rojo, amarillo, verde, en el aspecto financiero solo se hablaba de la incapacidad de gasto de los SR, pero no teníamos la posibilidad de calificar al (Sub Receptor)

Los criterios administrativos eran sui generis para el momento en que empezamos. Hubo incapacidad para una construcción participativa del manual administrativo desde el que realmente está en el campo, eso era imposible hablar en las reuniones de retroalimentación. En la ejecución uno establece unos patrones de gasto y debe compartir el conocimiento y no establecerlos como una decisión del Receptor Principal. Las herramientas deben partir desde el ejercicio de los que lo ejecutan (Sub Receptor)

Algunas veces, eran cosas puntuales. Donde los vamos a comprar los condones y donde vamos a almacenarlos. Dos millones de condones. Ese esquema era el que demora. En un principio CARE, nos dio una importante suma para la compra de condones, pero luego CARE se reservó la compra (Sub Receptor)

5.1.5 Factores que no han permitido una mayor velocidad en el gasto

Con la finalidad de visualizar la naturaleza de los factores con mayor influencia e impacto en la ejecución financiera del programa, se ha identificado los tipos de factores que no han permitido una mayor velocidad del gasto como son: factores externos al programa es decir que no ha sido una de las variables bajo control del programa (políticas y sociales), factores correspondientes a procesos financieros y los correspondientes a procesos organizacionales, los cuales se presentan en el siguiente cuadro.

Externo

- ⊙ Cambio de gestión en el Gobierno Regional y Local. Cambio de coordinadores de la contra parte.
- ⊙ Campañas de vacunación masiva (rubéola). Coyuntura nacional (huelgas del personal de salud).

Financiero

- ⊙ Dificultad para la rendición de la contra parte. Limitación del RP para desembolsos a los SR, por demora en las rendiciones.

- ⊙ Demora por parte de los SR en pago a proveedores.

Organizacional

- ⊙ Actividades demoradas o sus pérdidas: por falta de información o coordinación con el RP o entre SR o dificultad en relaciones inter institucionales (con contra partes y entre instituciones del consorcio).

Entre las recomendaciones para mejorar la ejecución financiera y que se derivan directamente con todo lo comentado anteriormente, se puede mencionar:

Implementadas	No implementadas
<p>En los Sub Receptores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El establecimiento de normas internas, procedimientos y responsabilidades y procesos administrativos claros y concisos. • El desarrollo de propuestas administrativas innovadoras para la ejecución financiera, como es el centralizar la administración de recursos financieros en el líder, y el operar mediante adelantos por rendir. <p>En el Receptor Principal</p> <ul style="list-style-type: none"> • El establecimiento de nuevos mecanismos para realizar desembolsos a pesar de rendiciones tardías 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de desembolsos del Receptor Principal a los SR para plazos más largos que permitan un horizonte de planeación de gastos más ordenado, para lo cual se requiere agilizar la remisión de rendiciones del SR al Receptor Principal • Contar con cronogramas establecidos que se cumplan por la contraparte. • Realizar comunicaciones directas entre las diversas instancias que faciliten la ejecución, (por ejemplo con DIGEMID). • Limitar al máximo el gasto acelerado para cumplir metas que genera desorden en la programación financiera

5.1.6 Factores limitantes o dinamizadores de la ejecución financiera

En este rubro se trata de identificar cuáles son los factores limitantes y dinamizadores de la ejecución financiera que corresponden a actores del país y cuales son generados por el donante. El análisis se ha centrado en los siguientes actores: Fondo Mundial, Mecanismo de Coordinación País, Receptor Principal, Sub Receptores y País, entendiéndose esto último como características o factores estructurales de nuestro país o medidas sobre el entorno del Programa adoptadas desde el sector público (no exclusivamente el Ministerio de Salud).

¿Qué factores corresponden al país y cual son generados por el donante?

FACTORES DINAMIZADORES:

FM : Los desembolsos para un horizonte para 6 meses por parte del Fondo Mundial.

RP-SR : Efectividad en trámite de devolución de IGV de RP y SR.

País : Exoneración de tributos a medicamentos antirretrovirales.

FACTORES LIMITANTES:

FM : Exigencia de resultados en plazos establecidos inicialmente, a pesar de demora en el inicio del programa.

FM : Intransigencia para reajuste en metas programáticas a pesar de sustento realizado por el país.

RP : Falta de experiencia en procesos de compras internacionales (Fase 1)

País : Trabas gubernamentales (para trámites) demora algunas actividades

Si bien se han identificado muchos factores, los que se encuentran a continuación han sido mencionados por los entrevistados y han sido informados en los documentos del programa. Cabe precisar que estos factores han limitado o dinamizado la ejecución financiera, específicamente sobre el entorno del programa, por lo cual no han sido vinculados a algún Objetivo.

El cuadro anterior esquematiza algunos factores, entre los que destaca que los desembolsos para un horizonte de 6 meses han constituido un factor que ha facilitado la programación financiera del Receptor Principal, sin embargo la exigencia de cumplimiento de metas a pesar del retraso en el inicio del programa y la reticencia para el reajuste de metas programáticas a pesar del sustento realizado por el país por parte del Fondo mundial, son los factores limitantes que corresponden al donante.

En lo que respecta a los factores del país, cabe destacar que la exoneración de tributos internos y aduaneros a los medicamentos antirretrovirales es un factor que facilita la ejecución financiera, mientras que las trabas gubernamentales entendidas como permisos o trámites complejos que se debe cumplir, han demorado algunas de las actividades que debían realizar los SR y Receptor Principal.

Con respecto a los actores ejecutores del proyecto, la efectividad del Receptor Principal y los SR en la recuperación del Impuesto General a las Ventas (IGV) por las compras internas, permitió la implementación de una propuesta para el uso de los recursos recuperados del IGV los cuales fueron utilizados principalmente para reforzar actividades del programa de prevención de la transmisión vertical, estudios de medición de indicadores, recursos humanos de apoyo para dos objetivos y mejora de los almacenes de medicamentos del MINSA. Por otro lado, cabe precisar que las dificultades encontradas para la compra de medicamentos tales como los trámites formales necesarios, el desconocimiento sobre los precios internacionales, las consultas a los órganos pertinentes entre otros demoraron la adquisición de ARV por parte del Receptor Principal.

“La compra de tratamientos antirretrovirales sufrió asimismo un importante retraso debido a la necesidad de verificar la existencia o no de patentes para las medicinas que serían adquiridas, requisito solicitado por IDA, empresa proveedora seleccionada, para proporcionar al proyecto productos genéricos de menor costo, cuya adquisición redundaría en un importante ahorro y mejor uso de los recursos del proyecto. Debido a ello, la llegada de la primera remesa de tratamientos antirretrovirales, que estaba prevista para Mayo, se extendió hasta Agosto.” Informe Receptor Principal - 1er año

“En ese momento no existía programación de las compras, se trabajó con el MINSA para la programación, para la indagación de precios internacionales se consultó con UNICEF y OPS, y demoró en que ambos entes internacionales respondieran. Había un requisito externo que era demostrar que no estuvieran protegidas por patentes. También se tenía que efectuar un trámite ante INDECOPI; todo ello respondiendo a las políticas del Fondo Mundial. (Coordinadora del Proyecto – Receptor Principal)

Hubo demora para el ingreso de medicamentos. CARE tuvo que gestionar con su propia matriz para que los dejen ingresar (Sub Receptor)

¿Qué factores corresponden al país y cual son generados por el donante?

FACTORES DINAMIZADORES:

RP : Trámite para aceptación del Programa fuera del ámbito del SNIP agilizo ejecución de obras del programa y sentó el precedente para los siguientes programas.

RP : Apoyo de casa matriz del RP en trámites iniciales de desaduanamiento de ARV.

FACTORES LIMITANTES:

MCP : Imposición de exigencias financieras no sustentadas en criterios técnicos de eficiencia o rentabilidad (por ejemplo: 2% fortalecimiento de las agrupaciones de personas afectadas de VIH, no vinculado a un resultado tangible).

MCP : Demora en autorización de procesos al RP (incluye selección de SR).

MCP : Metas sobreestimadas en los Indicadores de impacto que ocasionó el recorte del financiamiento (meta de tratamiento antirretroviral)

Con respecto al Receptor Principal, uno de los factores dinamizadores del programa fue la aceptación del programa fuera del ámbito del SNIP, sistema obligatorio para todos los proyectos que se realicen en el sector público, con financiamiento nacional o externo, lo cual permitió obviar trámites complejos y dilatorios que son parte de este sistema, así como sentó precedente para los siguientes programas ejecutados con financiamiento del Fondo Mundial.

Con respecto a la CONAMUSA, cuya formación e integración como ente político permitió la construcción de la propuesta, el factor identificado como más limitante para la ejecución financiera está referido a un componente eminentemente técnico. En este aspecto cabe destacar la importancia de la correcta selección de Indicadores y estimación de las metas programáticas las cuales deben estar sustentadas en criterios técnicos, para evitar dificultades en el financiamiento y evitar posible reducción de presupuesto, tal como ocurrió en este programa.

Otro de los factores identificados está referido a la imposición de exigencias financieras por parte del MCP para reasignar recursos que pueden ser importantes y corresponder a poblaciones materia de intervención del programa con necesidades reales, pero que al no haber sido previamente programados, disminuyen el presupuesto de otras actividades que si han sido consideradas y que apuntan a la obtención de los resultados clave del programa.

5.1.7 Criterios utilizados para mejorar la capacidad de absorción de los recursos financieros

Teniendo en cuenta que una buena capacidad de absorción se traduce en una ejecución financiera de acuerdo a lo planificado, el RP y los SR establecieron algunos criterios para mejorar la absorción de recursos, entre los que podemos mencionar:

Buena capacidad de absorción	=	Ejecución financiera de acuerdo a lo planificado
------------------------------	---	--

RP : Establecimiento de mecanismos para realizar desembolsos a pesar de rendición estar días, a un que esto significo plazos más cortos para los desembolsos del RP a SR.

SR : Implementación de mecanismos de ejecución financiera aceptados por lideres y miembros de consorcio como centralizarla administración de recursos financieros en el líder u operar mediante adelantos por rendir.

SR : Continuidad de ejecución programática y financiera , debido al compromiso de los SR (lideres y miembros de consorcios) ante faltas eventuales de recursos.

RP-SR : Coordinación permanente con ESN permitió identificar las áreas clave para agilizar intervenciones y la ejecución financiera.

Cabe mencionar que desde el Receptor Principal, ante la necesidad de realizar una adecuada programación para la solicitud de desembolsos al Fondo Mundial y realizar los desembolsos a los SR, se implementó el sistema de monitoreo programático financiero. Este sistema demandó un considerable esfuerzo en el RP y en los SR, se constituyó en un trabajo adicional, sumamente laborioso y de poco entendimiento para los SR, sin que se estos pudieran apreciar algún resultado beneficioso.

Cabe precisar que aunque en la estructura organizativa del Receptor Principal se consideró el monitoreo programático financiero como un área independiente, no se pudo consolidar la integración requerida con el área programática y de monitoreo sólidamente establecidas desde la Fase 1, que hubieran permitido el éxito de su implementación.

Sin embargo, lo anterior permitió que el RP en coordinación con los SR, desarrollaran nuevos mecanismos para realizar el monitoreo financiero, esta vez desde el área administrativa y con aceptación de los actores, el cual viene aplicándose a los otros programas del Fondo mundial, actualmente en ejecución.

5.2 Componente Eficiencia

Para este componente se elaboró la “Guía Metodológica para la Evaluación Económica”, que sirvió para recopilar y analizar los resultados y concordarlos con la información programática. Cabe precisar que parte de los resultados de la aplicación de la guía ha sido consignado en el componente gestión.

Es necesario señalar que la información recogida ha sido evaluada de manera objetiva, con la finalidad de poder determinar la eficiencia y sostenibilidad económica del programa a nivel país, teniendo como resultado la evaluación del trabajo realizado tanto de los SR como del RP.

Se presenta también el análisis de eficiencia por objetivo, contrastando los recursos invertidos con los resultados obtenidos teniendo en cuenta la población objetivo y el ámbito de intervención.

Para realizar este análisis se ha identificado un indicador trazador por objetivo que refleje de manera integral lo que se pretende conseguir al implementar el programa, algunos de ellos son de efecto corto, mediano y otros son de largo plazo. En este componente se tratará de dar respuesta a lo siguiente ¿Justificaron los resultados obtenidos las inversiones del programa?

5.2.1 Programación y ejecución Presupuestal

El presupuesto solicitado y aprobado en la propuesta país ascendió a 23.7 millones de US\$ de los cuales 21.8 millones de US\$ correspondía al presupuesto para distribuir en actividades (costos directos). Se ejecutó 22.2 millones de US\$, de los cuales 20.5 millones de US\$ correspondió a la ejecución de actividades. El Presupuesto tuvo la siguientes estructura de costos: 92.1% corresponde a costos directos y 7.9% corresponde a costos indirectos. En la ejecución los costos indirectos representaron el 7.5% del presupuesto total.

Cuadro N° 5.2-1: Comparación Presupuesto Original con Ejecución

Tipo de costo	Presupuesto original			Ejecución		
	Fase 1	Fase 2	Total	Fase 1	Fase 2	Total
Costos directos	14,483,221	7,327,764	21,810,985	8,317,956	12,187,528	20,505,484
Costos indirectos	1,235,130	625,751	1,860,881	812,335	861,909	1,674,244
Total	15,718,351	7,953,515	23,671,866	9,130,291	13,049,437	22,179,728
Costos directos	92.1%	92.1%	92.1%	91.1%	93.4%	92.5%
Costos indirectos	7.9%	7.9%	7.9%	8.9%	6.6%	7.5%

En el siguiente cuadro podemos observar que el presupuesto final del programa con respecto al presupuesto original, sufrió una reducción del 4.5%, que incluye el recorte del FM por saldos no ejecutados de 1.35 millones de US\$ en la Fase 1.

Cuadro N° 5.2-2: Comparación Presupuesto Original con Presupuesto Final

	Presupuesto original a/	Presupuesto final b/	Ajustes en el presupuesto	Ejecución
Fase 1	15,718,351	9,130,291	Recorte del FM de 1,350,000	9,130,291
Fase 2	7,952,677	13,478,706	Se incorpora el saldo de Fase 1 y recuperación IGV	13,049,437
Total	23,671,028	22,608,997		22,179,728

Fuente: CARE Perú

(a) Corresponde a la ejecución del año 1 y presupuesto del año 2. Incluye monto de Recuperación del IGV.

(b) Destinado al Plan de Gestión de Stocks-almacenes y a la Prevención de la Transmisión Vertical con la ESN de Salud Sexual y Reproductiva. Solo Fase 2

Cuadro N° 5.2-3: Ejecución presupuestal

Objetivos	Presupuesto original	Presupuesto final (a)	Ejecutado Fase 1	Ejecutado Fase 2	Ejecutado total	Ejecutado vs. Presupuesto
	1	2	3	4	5=3 + 4	5 / 2
Objetivo 1	1,341,146	1,554,274	533,775	988,879	1,522,654	97.9%
Objetivo 2	2,118,912	2,418,647	853,871	1,472,678	2,326,549	96.2%
Objetivo 3	1,143,100	1,480,999	612,527	906,158	1,518,685	102.5%
Objetivo 4	14,618,071	13,021,788	5,436,807	7,550,425	12,987,232	99.7%
Objetivo 5	861,086	858,073	307,880	549,015	856,895	99.9%
Monitoreo y Evaluación	1,728,673	889,399	573,096	311,514	884,610	99.5%
Recuperación IGV (b)		407,138		408,859	408,859	100.4%
Gastos Administrativos	437,016	401,275	277,833	123,442	401,275	100.0%
Overhead	1,423,865	1,577,404	534,502	738,467	1,272,969	80.7%
Total	23,671,869	22,608,997	9,130,291	13,049,437	22,179,728	98.1%

Fuente: CARE – PERU. Elaboración propia

(a) Corresponde a la ejecución de año 1 y presupuesto del año 2. Incluye monto de recuperación del IGV.

(b) Destinado al Plan de Gestión de Stocks- Almacenes y a la Prevención de la Transmisión vertical con la ESN Salud Sexual y Reproductiva. Solo Fase 2.

Los cambios más importantes con respecto a la propuesta original fueron:

- ⦿ Recorte de US\$ 1.350,000 por saldos no ejecutados.
- ⦿ Saldo de la Fase 1
- ⦿ Inclusión de recursos destinados al fortalecimiento de la CONAMUSA (US\$ 70,000),
- ⦿ Distribución de 2% del presupuesto asignado para el fortalecimiento de las agrupaciones de personas afectadas de VIH, lo cual no estaba consignado en la propuesta original.
- ⦿ Reformulación del Objetivo 2 para enfocarse en el fortalecimiento de los CERITS y en actividades en defensa de los derechos humanos de las poblaciones vulnerables de TS y HSH, transfiriendo al INPE las acciones de prevención y promoción del VIH en los penales.
- ⦿ Adquisición de tratamientos antirretrovirales que se extendió hasta los primeros 8 meses de la Fase 2, a fin dar tiempo al MINSA para que efectúe sus compras sin generar desabastecimiento.

En el cuadro analizamos se aprecia una ejecución de 98.10% de ejecución con respecto al presupuesto total programado para todo el programa. Cabe precisar que la columna de programado corresponde al presupuesto ajustado con el recorte ocurrido en la Fase 2.

5.2.2 Distribución del Presupuesto por Objetivos

A fin obtener el gasto por cada objetivo, para efectos metodológicos se ha distribuido proporcionalmente los gastos de monitoreo y evaluación, gastos administrativos y overhead. El Plan de Recuperación de IGV ha sido asignado al objetivo 3, siendo que estos recursos se destinaron principalmente a actividades de reforzamiento de la prevención de transmisión vertical.

Cuadro N° 5.2-4: Distribución presupuestal por Objetivos		
Objetivos	Ejecutado US\$	%
Objetivo 1	1,725,457	7.8%
Objetivo 2	2,636,423	11.9%
Objetivo 3	2,129,818	9.6%
Objetivo 4	14,717,005	66.4%
Objetivo 5	971,025	4.4%
Total	22,179,728	100.0%

Cabe precisar que en el presupuesto de cada objetivo se incluyen el gasto realizado en compras realizadas por el Receptor Principal:

- ⦿ El Objetivo 2, incluye compras de pruebas rápidas de VIH, RPR, condones, lubricantes y medicamentos para ITS
- ⦿ El Objetivo 3, incluye compras de pruebas rápidas y tratamiento profiláctico.
- ⦿ El Objetivo 4, incluye compra de ARV, monitoreo a pacientes y material para genotipificación.

5.2.3 Diferencias de la ejecución presupuestal entre la Fase 1 y Fase 2

Presupuesto Ejecutado Fase 1

En la Fase 1 el presupuesto programado fue de US \$15, 718,453 se ejecutó US \$ 9, 130,291, lo que representó una ejecución de 58.1% con respecto a lo programado. Esta baja ejecución presupuestal estuvo directamente relacionada con la baja ejecución programática de la meta “Personas viviendo con VIH en fase de inmunodeficiencia que reciben antirretrovirales” del Objetivo 4 y fue la causa del recorte presupuestal para la Fase 2 de US\$ 1.350,000.

El recorte se aplicó a pesar de la solicitud del Gobierno Peruano al FM de la reducción de la meta de TARGA (enero 2005) y a los esfuerzos para acelerar el enrolamiento de los pacientes en el TARGA. Haciendo un análisis por Objetivo encontramos que el Objetivo 1 tuvo una ejecución de 87.6%, el Objetivo 2 de 91.7%, el Objetivo 3 de 92.8%, el Objetivo 4 tuvo la más baja ejecución con 49.4%, por la demora en el inicio del TARGA y el Objetivo 5 ejecutó el 79% de lo programado. En cuanto a los gastos de monitoreo y evaluación estos presentan una ejecución de 64.4%; los gastos administrativos ejecutaron el 95.9% y por último el overhead tuvo una ejecución de 56.5%. Cabe señalar que el Objetivo 4 concentro el 70% del presupuesto programado y 60% del presupuesto ejecutado.

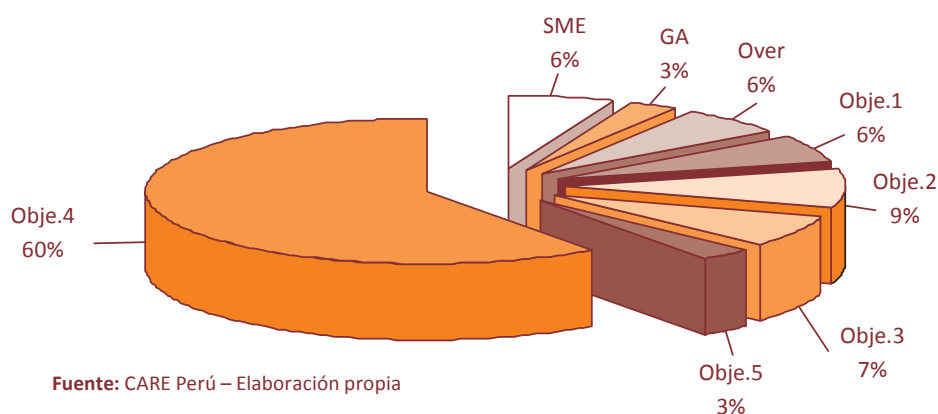
Cuadro N° 5.2-5: Presupuesto Ejecutado Fase 1

Objetivos	Programado	Ejecutado	% Ejecución
Objetivo 1	609,146	533,775	87.6%
Objetivo 2	930,912	853,871	91.7%
Objetivo 3	660,100	612,527	92.8%
Objetivo 4	11,004,031	5,436,807	49.4%
Objetivo 5	389,636	307,880	79.0%
Monitoreo y Evaluación	889,399	573,096	64.4%
Gastos Administrativos	289,667	277,833	95.9%
Overhead	945,463	534,502	56.5%
Total US\$	15,718,354	9,130,291	58.1%

Fuente: CARE - PERU

En el gráfico se observa que el 60% de total ejecutado en esta fase corresponde al Objetivo 4, en tanto que el Objetivo 1 representa el 6% de los recursos, el objetivo 2 el 9%, el Objetivo 3 el 7%, mientras que el Objetivo 5 fue 3%. Los gastos de monitoreo, evaluación, gastos administrativos y overhead en su conjunto representaron 15% de los recursos en la Fase 1.

Gráfico N° 5.2-1: Ejecución Presupuestal Fase 1



Presupuesto Ejecutado Fase 2

El presupuesto ejecutado de la Fase 2 (que incluye Sub Receptores y Receptor Principal), tuvo una ejecución de 96.8% con respecto al presupuesto programado. En esta fase se observa en todos los objetivos una ejecución por encima del 94%. Cabe precisar que el presupuesto para la Fase 2 incluye el saldo no ejecutado de la Fase 1, luego del recorte presupuestal.

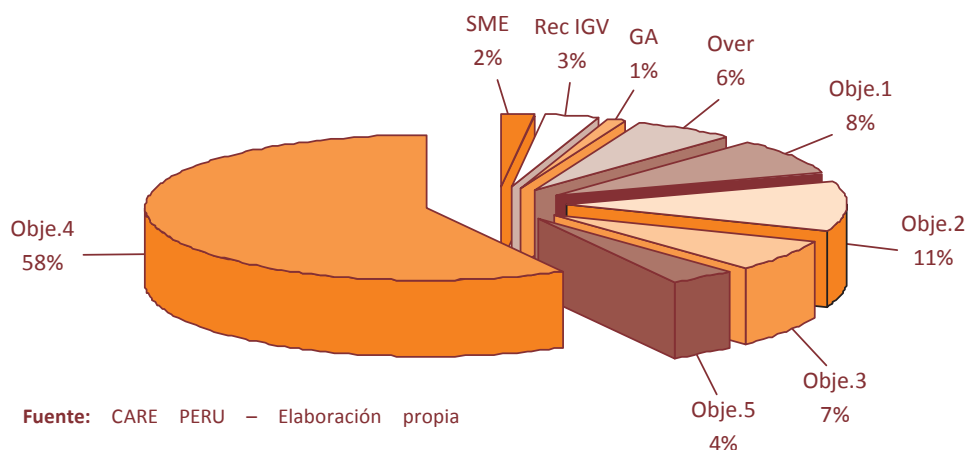
Cuadro N° 5.2-6: Presupuesto Ejecutado Fase 2

Objetivos	Programado	Ejecutado	% Ejecución
Objetivo 1	1,020,499	988,879	96.9%
Objetivo 2	1,564,776	1,472,678	94.1%
Objetivo 3	868,472	906,158	104.3%
Objetivo 4	7,584,981	7,550,425	99.5%
Objetivo 5	550,193	549,015	99.8%
Monitoreo y Evaluación	316,303	311,514	98.5%
Plan de recuperación de IGV	407,138	408,859	100.4%
Gastos Administrativos	123,442	123,442	100.0%
Overhead	1,042,902	738,467	70.8%
	13,478,706	13,049,437	96.8%

Fuente: CARE - PERU

En la Fase 2 del programa el monto ejecutado por el Objetivo 4 representó el 58% del total de la Fase 2, básicamente por la compra de antirretrovirales, en tanto que el Objetivo 1 representó el 8%, el Objetivo 2 el 11%, el Objetivo 3 el 7% y el Objetivo 5 el 4%. Los gastos de monitoreo y evaluación el 2%, gastos administrativos el 1%, plan de recuperación del IGV el 3% y el overhead el 6%. Cabe señalar que a partir del año 4 (octubre del 2007), el Receptor Principal se hizo cargo de la administración del Objetivo 5.

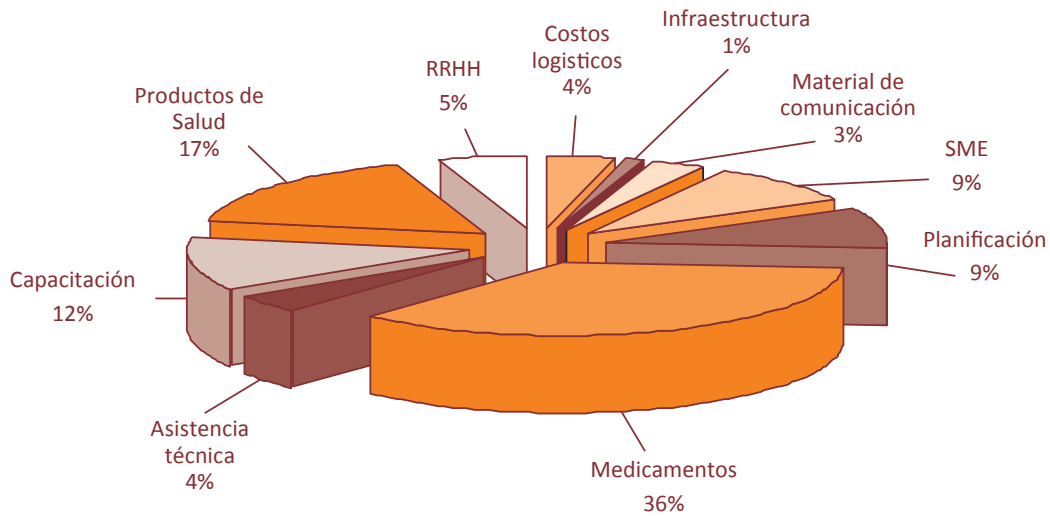
Gráfico N° 5.2-2: Ejecución Presupuestal Fase 2



5.2.4 Análisis por categoría de gastos.

Se observa que el gasto se encuentra concentrado en los rubros de “Productos de salud y equipos de salud” (condones y pruebas rápidas) y “Medicamentos y productos farmacéuticos” que en conjunto representan el 52.7% del presupuesto ejecutado del programa.

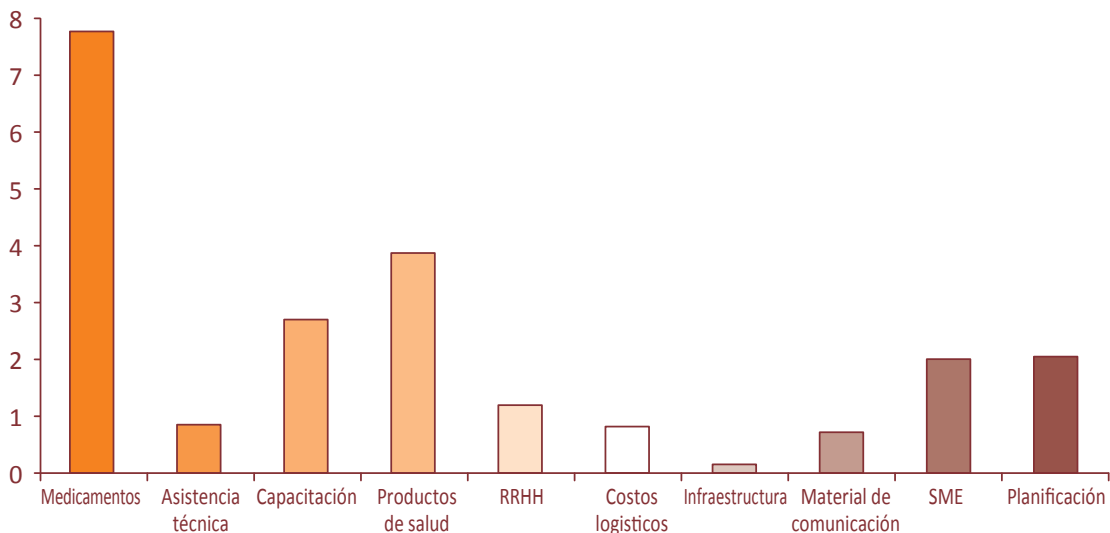
Gráfico N° 5.2-3: Distribución por Categorías de Gasto



El costo de la gestión de adquisiciones con 3.6% solo corresponde a la Fase 2, dado que en la Fase 1 se encuentra incluido en los rubros de compra de productos.

La categoría de capacitación alcanzó el 12.3%, seguido de Planificación y Administración y Monitoreo y Evaluación con 9.1% y 9% respectivamente. Los rubros que han tenido menor incidencia son recursos humanos con 5.4%, asistencia técnica 3.9%, materiales de comunicación 3.3% e infraestructura 0.7%

Gráfico N° 5.2-4: Presupuesto por Categoría de Gasto (en millones de US\$)



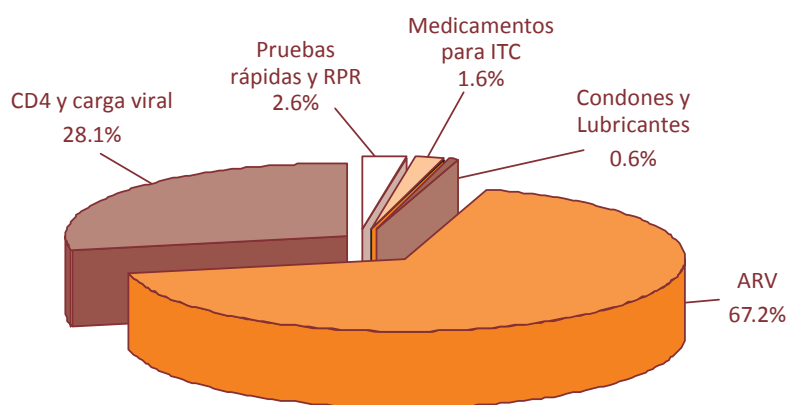
Cuadro N° 5.2-7: Categorías de Gasto		
Categoría de gasto	Total	%
Recursos humanos	1,188,661	5.40%
Asistencia técnica	860,945	3.90%
Capacitación	2,725,021	12.30%
Productos de salud	3,881,263	17.50%
Medicamentos	7,814,639	35.20%
Costos de adquisiciones	802,716	3.60%
Infraestructura	157,965	0.70%
Materiales de comunicación	723,005	3.30%
Monitoreo y evaluación	1,997,607	9.00%
Planificación y administración	2,027,906	9.10%
Total General	22,179,728	100%

Fuente: CARE Perú

5.2.5 Detalle de Compras Realizadas

La compra de antirretrovirales y pruebas de monitoreo (CD4, carga viral y genotipificación) representan el 95% de las compras del programa; las pruebas rápidas el 2.5%, medicamentos para ITS 1.5% y condones y lubricantes el 1%.

Gráfico N° 5.2-5: Distribución porcentual de las Compras



Fuente: CARE Perú – Elaboración Propia

Cabe señalar que las adquisiciones de productos de salud y medicamentos representaron el 55% del presupuesto total ejecutado por el programa.

Cuadro N° 5.2-8: Compras Realizadas

Compras realizadas Fase 1 y 2	US \$	%	Incluido en elIÑ
Antirretrovirales	8,132,258	67.2%	Objetivo 4 – PVV
Monitoreo (CD4, Carga viral y genotipificación)	3,396,840	28.1%	
Pruebas rápidas y RPR	314,184	2.6%	Objetivo 2 – Poblaciones más Expuestas y en Objetivo 3- Gestantes
Medicamentos para ITS	188,836	1.6%	Objetivo 2 – Poblaciones más expuestas
Condomes y lubricantes	74,821	0.6%	
Total	12,106,939	100.0%	

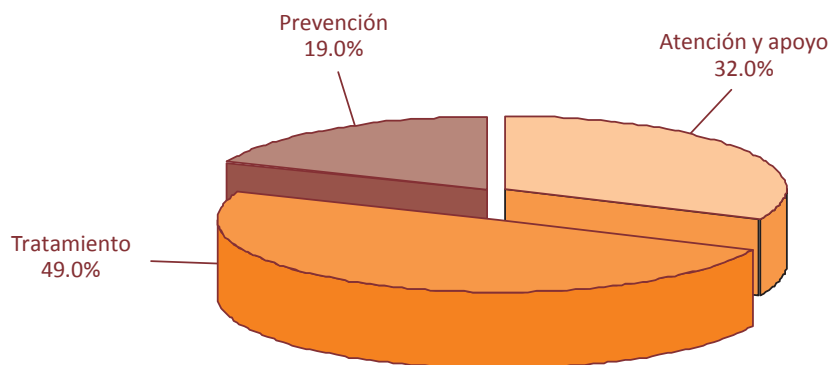
Fuente: CARE Perú

5.2.6 Análisis por áreas de Prestación de Servicios

Gasto por Macro Categorías

Se puede observar en el siguiente gráfico el gasto según macro categorías, que el área de tratamiento es la que absorbe el 49% del gasto del programa, seguido de atención y apoyo con 32% y finalmente el área de Prevención solo representó el 19% del gasto.

Gráfico N° 5.2-6: Gasto según Macro-categoría

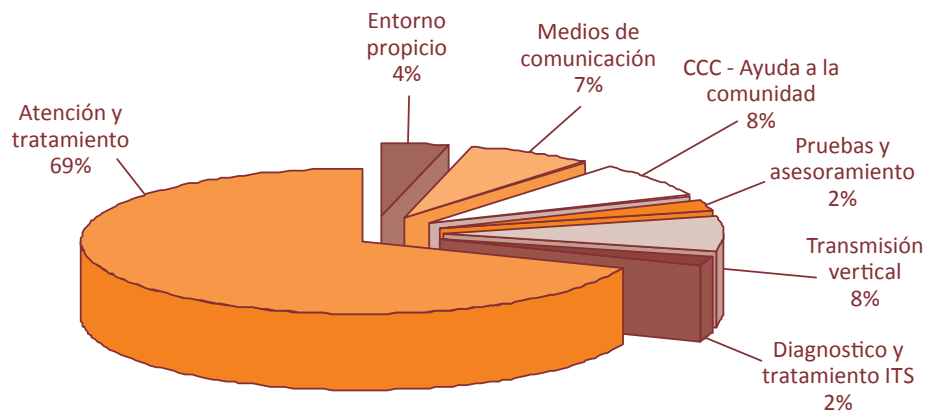


Fuente: CARE Perú - 19º y 20º Informe Trimestral
Período 1º Julio 2008 – 31 Diciembre 2008 - Anexo 1 Avance Financiero

Gasto por área de Prestación de Servicio

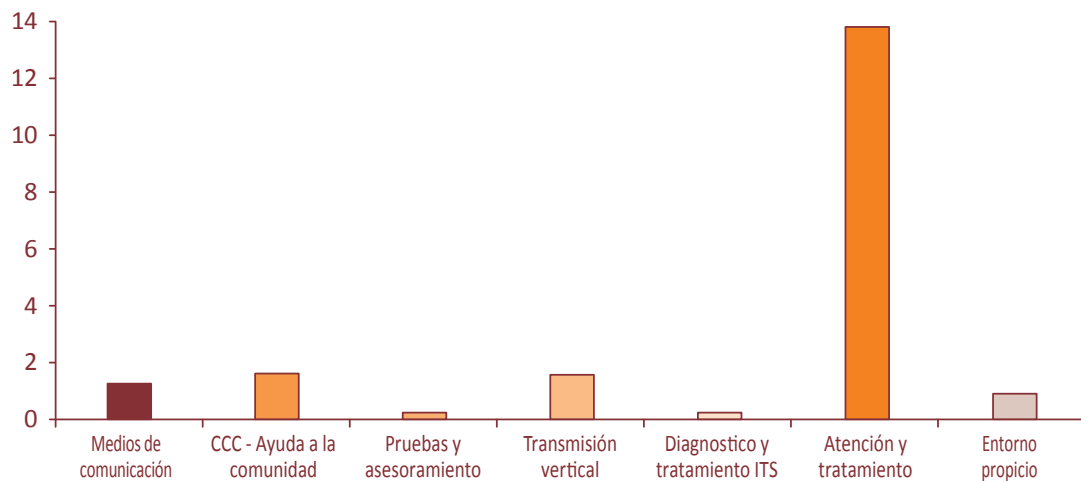
Se ha realizado la clasificación del gasto por áreas de prestación de servicio, se puede observar que el área de “Atención y tratamiento” concentra el 69% del total gastado por el programa, básicamente por la adquisición de ARV y reactivos para el monitoreo de Personas con VIH.

Gráfico N° 5.2-7: Distribución de presupuesto por área de Prestación de Servicio



El área de “Prevención de la transmisión vertical” representa el 8% del presupuesto mientras que la “CCC: medios de comunicación” dirigida a adolescentes representó el 7%. Las “pruebas y asesoramiento” y el “diagnóstico y tratamiento de las ITS”, responden en conjunto por el 4% del presupuesto y, “CCC: apoyo a la comunidad” da cuenta del 8%. Cabe precisar que estos servicios están dirigidos a la población más expuesta (HSH y TS). Asimismo, el área de “Entorno propicio” representó el 4% del presupuesto.

Gráfico N° 5.2-8: Gasto por área de Prestación de Servicio



Fuente: CARE – Perú – Elaboración propia

5.2.7 Desembolsos

El 6 de Febrero del año 2003 el Fondo Mundial aprobó la propuesta técnico económica denominada “Fortalecimiento de la prevención y control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú”, presentada por la CONAMUSA”.

Fase 1

En comunicación dirigida a la Dra. Pilar Mazzetti, Ministra de Salud del Perú y Presidenta de la CONAMUSA, el Fondo Mundial informó sobre la decisión de considerar como fecha de inicio del proyecto el 1ro. de Diciembre del 2003, correspondiente al 1er. desembolso para el proyecto. El monto total desembolsado por el Fondo Mundial para la primera Fase fue de US \$ 12, 071,076.

Fase 2

El 1ro. de Diciembre de 2005 se inició la segunda Fase del Programa, luego de un proceso de negociación entre el país y el Fondo Mundial, realizado entre Julio de 2005 y Mayo de 2005. Previamente, se firmaron dos addendas al contrato entre el Fondo Mundial y CARE Perú, una el 30 de Noviembre de 2006 (que extendía la ejecución hasta el 31 de Enero de 2006) y otra el 13 de Febrero de 2006 en la que el Fondo Mundial, extendía el plazo hasta el 31 de Mayo de 2006. Finalmente, el contrato de la Fase 2 se firmó el 3 de Julio de 2006.

El monto total desembolsado por el Fondo Mundial para la segunda fase fue US \$ 9, 548,829

A continuación presentamos el cuadro de desembolsos realizados por el Fondo Mundial a CARE Perú, para todo el programa; el monto total desembolsado por el Fondo Mundial para la primera Fase es de US\$ 12, 071,076, y para la segunda fase US\$ 9,548,829, haciendo un total de US\$ 21,619,905 desembolsados.

Cuadro N° 5.2-9: Desembolsos realizados por el Fondo Mundial a CARE Perú

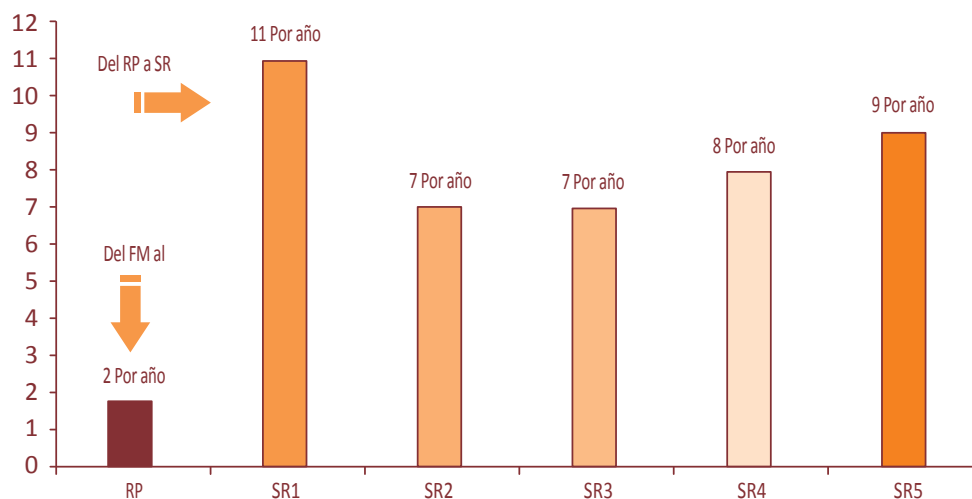
N°	Fecha de Transferencia	Dólares	%	Fase	Dólares	%
1	24 de noviembre de 2003	964,092	4.5%	Desembolsos primera fase	12,071,076 (Promedio por año 6 millones)	55.8%
2	1 de junio de 2004	5,513,610	25.5%			
3	29 de junio de 2005	3,000,000	13.9%			
4	1 de septiembre de 2005	2,593,374	12.0%			
5	27 de abril de 2006	3,500,000	16.2%	Desembolsos segunda fase	9,548,829 (Promedio por año 3 millones)	44.2%
6	1 de septiembre de 2006	1,055,721	4.9%			
7	22 de diciembre de 2006	458,782	2.1%			
8	30 de abril de 2007	184,607	0.9%			
9	18 de septiembre de 2007	1,171,073	5.4%			
10	7 de mayo de 2008	1,101,593	5.1%			
11	23 de octubre de 2008	2,077,053	9.6%			
	Total general	21,619,905				

El FM realizó un total de 11 desembolsos al RP durante toda la duración del proyecto (un promedio de 2 desembolsos por año), los desembolsos a los SR fluctuaron entre 7 a 11 desembolsos por año (en la segunda fase). En el gráfico se puede observar el número de desembolsos promedio por año realizado desde el Receptor Principal a los SR.

Aunque la gran cantidad de desembolsos en un año desde el RP a los SR, fue en parte resultado de la operatividad financiera (a mayor retraso en rendiciones mayor cantidad de desembolsos) el hecho de contar con plazos tan cortos entre desembolso y desembolso ocasionó dificultades en la programación financiera de mediano y largo plazo de los SR además que no les permitía

beneficiarse de una economía de escala en cuanto a sus compras de bienes. (Descuentos por volumen).

Gráfico N° 5.2-9: Número de Desembolsos por Año



* Los desembolsos de los SR corresponden a la Fase 2

En adición a este tema el RP solicita informes programáticos mensuales con pruebas de verificación al SR (adicional a los trimestrales), lo que a entender de los SR, tiene como consecuencia un desgaste de energía y de tiempo y no ven los beneficios de estas prácticas y opinan que su operatividad era obstaculizada por estos pedidos.

Cuadro N° 5.2-10: Desembolsos del Programa

Ejecutor	Desembolsos promedio por año	Desembolso promedio US \$
Receptor Principal	2 por año	1,965,446
SR 1	11 por año	28,094
SR 2	7 por año	47,897
SR 3	7 por año	28,408
SR 4	8 por año	32,285
SR 5	9 por año	15,272

*Los desembolsos del programa corresponden a la Fase 2

5.2.8 Desembolsos del Receptor Principal a los Sub Receptores

Fase 1

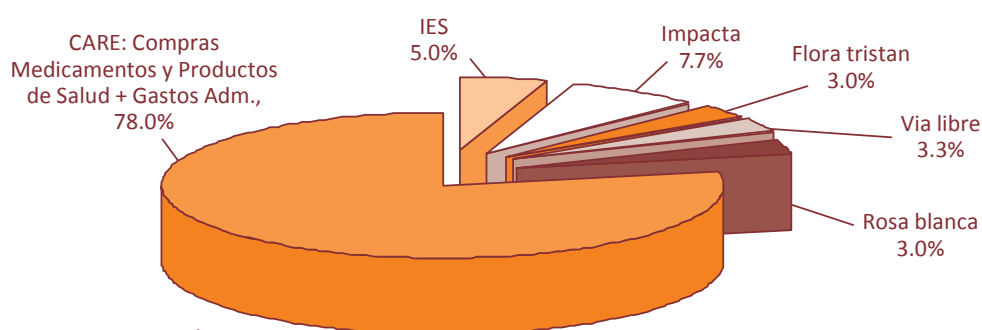
Del total de fondos transferidos por el Fondo Mundial a CARE a US\$ 12.071,076, 22% fue transferido a los Sub Receptores, y 58% se destinó a compras de medicamentos e insumos.

Cuadro Nº 5.2-11: Desembolsos Transferidos a Sub Receptores en Fase 1

Sub Receptores	US\$	%
Líder IES	609,083	5.0%
IMPACTA	930,912	7.7%
Líder FLORA TRISTAN	359,960	3.0%
Líder VIA LIBRE	399,421	3.3%
Líder ROSA BLANCA	361,437	3.0%
Sub-total	2,660,813	22.0%
Receptor Principal – CARE (1)	9,410,263	78.0%
Desembolsos FM	12,071,076	100.0%

(1) Corresponde a la adquisición de medicamentos, productos de salud, gastos administrativos y overhead. **Fuente:** CARE Perú

Grafico Nº 5.2-10: Desembolsos Transferidos a Sub Receptores en Fase 1



Fuente: CARE - Perú

Fase 2

Del total de desembolsos transferidos por el Fondo Mundial a CARE Perú, que asciende a US\$ 9.548,829, el 38.4% US\$ 3.666,682 fue transferido a los SR y 54% se destinó a compra de medicamentos e insumos. Cabe precisar que en la Fase 2, tanto en valor absoluto como porcentual, se transfirieron más recursos a los SR.

Cuadro Nº 5.2-12: Cuadro Desembolsos Transferidos a Sub Receptores en Fase 2

Sub Receptores	US\$	%
Líder IES	927,104	9.7%
IMPACTA	1,053,735	11%
Líder FLORA TRISTAN	653,378	6.8%
Lider VIA LIBRE	807,145	8.5%
Lider ROSA BLANCA	198,536	2.1%
REDECOMS (1)	8,761	0.1%
PROSA (1)	18,023	0.2%
Sub-total	3,666,682	38.4%
Receptor Principal – CARE (2)	5,882,147	61.6%
Total Desembolsos FM	9,548,829	100.00%

Fuente: CARE – Perú

Transferencia realizada según acuerdo del MCP

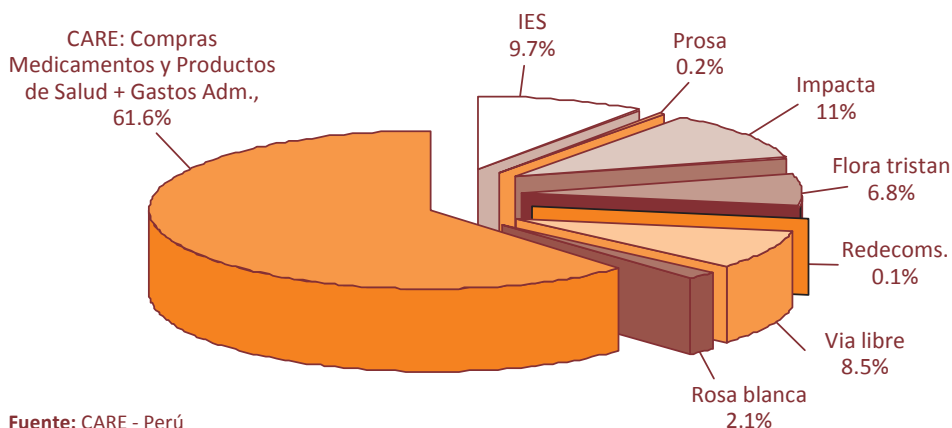
Corresponde a la adquisición de medicamentos y productos de salud y a Gastos Administrativos y Overhead

(1) Transferencia realizada según acuerdo del MCP

(2) Corresponde a la adquisición de medicamentos y productos de salud y a Gastos Administrativos y Overhead

En todo el Programa se transfirió a los Sub Receptores 6.3 millones de US\$, en la Fase 1: 2.6 millones de US\$ y en la Fase 2: 3.7 millones de US\$.

Gráfico N° 5.2-11: Desembolsos transferidos a Sub Receptores en Fase 2



5.2.9 Productos Obtenidos versus Productos esperados

Para la determinación de los productos programados y obtenidos por el Programa se consultó el Sistema Gerencial de Proyectos –SGP administrado por el RP, en el cual los SR ingresan datos programáticos a nivel de actividad y subactividad y financieros a nivel de producto.

El cumplimiento de metas de los productos, está en función de la programación inicial, lo cual ocasiona que en algunos casos, a pesar de los esfuerzos de los actores involucrados, no se obtenga la meta prevista o se exceda la meta programada, por errores de programación. En el objetivo 1 Fase 2 por ejemplo, la ejecución sobrepasó el 100%, mientras que en otros casos en que aparentemente no se cumplió con la meta, lo programado inicialmente superaba a la población meta (por ejemplo: Número de consejería para gestantes VIH positivas y sus niños realizadas).

Los SR manifiestan que el recorte presupuestal de la Fase 1 ha fomentado que se mejore la ejecución y se consigan los productos programados para la Fase 2.

En los siguientes cuadros se presentan los indicadores a nivel de productos del programa, por objetivos, así como el presupuesto invertido en cada Objetivo y Fase. Cabe precisar que el presupuesto considerado corresponde al presupuesto administrado exclusivamente por los SR.

Objetivo 1 - Fase 1

En la Fase 1 se obtuvieron todos los productos esperados, habiendo superado en algunos indicadores el 100%, como es el producto “Adolescentes que están en el sistema educativo capacitados como educadores de pares” que obtuvo 109%.

Cuadro Nº 5.2-13: Programado vs Ejecutado Objetivo 1 – Fase 1
Presupuesto Ejecutado Fase 1: US\$ 533,775

Indicador	Programado	Ejecutado	Programado / Ejecutado
Una currícula de educación sexual modificada	2	2	100%
Número de módulos de enseñanza sobre estilos de vida saludable, ITS y VIH/SIDA para docentes impresos	2000	2000	100%
Número de módulos de capacitación para promotores escolares impresos	2000	2000	100%
Número de profesores capacitados para la aplicación del modulo de enseñanza docente	1800	1807	100%
Número de adolescentes que están en el sistema educativo capacitados como educadores de pares	2000	2175	109%

Fuente: CARE PERU- Octavo Informe Trimestral VIH Período 1º Setiembre 2005 – 30 Noviembre 2005

Fase 2

En la Fase 2 se obtuvo todos los productos esperados, habiendo superado en casi todos los indicadores el 100%.

Cuadro Nº 5.2-14: Programado vs Ejecutado Objetivo 1 – Fase 2
Presupuesto Ejecutado Fase 2: US\$ 988,879

Indicador	Programado	Ejecutado	Programado / Ejecutado
Número de adolescentes expuestos a la educación sobre el VIH/SIDA impartida por docentes capacitados en ambientes escolares de 1ero a 5to de secundaria	89,245	155,016	174%
Número de equipos de docentes conformados	7	7	100%
Número de adolescentes escolares expuestos a información y orientación sobre el VIH/SIDA impartida a través de la estrategia de pares promotores escolares en ambientes escolares de 1er a 5to de secundaria	54,000	103,174	191%
Número de adolescentes que recibieron orientación/ consejería en establecimientos de salud	700	2,869	410%

Fuente: CARE PERU- Componente VIH Informe Trimestres XIX y XX Período Julio 2008 – Diciembre 2008 / SGP

Objetivo 2 – Fase 1

En la Fase 1 se cumplió con las metas: HSH son capacitados como educadores de pares, TS y HSH capacitados en VIH y derechos humanos y equipos multidisciplinarios capacitados en AMP.

Cuadro Nº 5.2-15: Programado vs Ejecutado Objetivo 2 – Fase 1
Presupuesto Ejecutado Fase 1: US\$ 853,871

Indicador	Programado	Ejecutado	Programado / Ejecutado
Número de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) son capacitados como educadores de pares	500	571	114%
Número de TS y HSH capacitados en derechos humanos y VIH	1000	1086	109%
Número de equipos multidisciplinarios de salud capacitados en cursos macroregionales en AMP desde una perspectiva basada en derechos del usuario	100	89	89%
Un programa de asesoría para grupos vulnerables en derechos humanos y VIH	1	1	100%

Fuente: CARE PERU- Octavo Informe Trimestral VIH Período 1º Setiembre 2005 – 30 Noviembre 2005

Fase 2

En la Fase 2, también se observa que en la mayoría se ha cumplido con los productos esperados, sin embargo continúa siendo un problema la disponibilidad de pruebas rápidas para HSH y TS en CERITSS y UAMPs. No se ha podido determinar si la principal causa de la falta de disponibilidad está referida a problemas en la programación, distribución o por que las pruebas no se ofrecen de forma gratuita.

Cuadro Nº 5.2-16: Programado vs Ejecutado Objetivo 2 – Fase 2
Presupuesto Ejecutado Fase 2: US\$ 1, 472,678

Indicador	Programado	Ejecutado	Programado / Ejecutado
Número de organizaciones de TS y HSH implementando actividades defensa de sus derechos, socialización y desarrollo personal	48	53	110%
Número de condones distribuidos de forma gratuita	2,550,000	9,793,070	384%
Número de TS y HSH que reciben pruebas rápidas en CERITSS y UAMPs	60,000	38,824	65%
Número de TS y HSH que reciben orientación y asesoría en DDHH	300	637	212%

Fuente: CARE PERU- Componente VIH Informe Trimestres XIX y XX Período Julio 2008 – Diciembre 2008 / SGP

Objetivo 3 – Fase 1

En la Fase 1 en los productos “Número de pruebas rápidas para tamizaje de VIH aplicadas a gestantes”, “Número de gestantes seropositivas que han recibido tratamiento profiláctico” y “Número de consejería para gestantes VIH positivas y sus niños realizadas” no se cumplió con la meta prevista. Debemos mencionar que estos productos no se cumplieron porque hubo dificultades en la disponibilidad de las pruebas rápidas durante el primer año¹⁰.

10 La adquisición de pruebas rápidas entre otros insumos y equipos de laboratorio, sufrió un retraso respecto a lo previsto en el plan de compras (ie. mes de Mayo) debido a la demora en la llegada de las cotizaciones procedentes de organizaciones del extranjero, dado que el MINSa supeditó la definición del tipo de pruebas rápidas a aplicar en el país a las que se eligiese durante el proceso competitivo organizado por el Proyecto. Informe del primer año del programa.

Cuadro N° 5.2-17: Programado vs Ejecutado Objetivo 3 – Fase 1
Presupuesto Ejecutado Fase 1: US\$ 612,527

Indicador	Programado	Ejecutado	Programado / Ejecutado
Número de campañas IEC para promover el tratamiento preventivo de la transmisión vertical	1	1	100%
Número de profesionales de asistencia médica capacitados en el manejo de pruebas rápidas	300	314	105%
Número de pruebas rápidas para tamizaje de VIH aplicadas a gestantes	200,000	84,834	42%
Número de gestantes seropositivas que han recibido tratamiento profiláctico	826	346	42%
Número de consejería para gestantes VIH positivas y sus niños realizadas	2,000	416	21%

Fuente: CARE PERU- Octavo Informe Trimestral VIH Período 1º Setiembre 2005 – 30 Noviembre 2005-

Fase 2

En la Fase 2 se superaron los problemas antes mencionados, debido a los esfuerzos realizados por todos los actores involucrados por lo cual se cumplió con la meta “Número de gestantes que se realizan pruebas de tamizaje para VIH durante el embarazo”.

Cabe precisar que por el incremento de tamizadas durante el embarazo, se esperaba la disminución del Número de gestantes sin control prenatal tamizadas con pruebas en el momento del parto y del Número de gestantes seropositivas sin control pre- natal que reciben profilaxis con ARV al momento del parto institucionalizado, lo cual ocurrió durante la Fase 2, como puede observarse en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 5.2-18: Programado vs Ejecutado Objetivo 3 – Fase 2
Presupuesto Ejecutado Fase 2: US\$ 906,158

Indicador	Programado	Ejecutado	Programado / Ejecutado
% de gestantes que acuden a 1º CPN en establecimientos de Salud que recibieron información a través de medios masivos	10%	27.30%	+ 17.30%
Profesionales de la salud capacitados en manejo de tamizaje, consejería, derechos y promoción de TV	1,340	1,405	105%
Establecimientos maternos que cuentan con profesionales capacitados en diagnóstico de VIH, consejería, derechos humanos y cuidado de la salud de la madre y el niño	460	734	160%
Número de gestantes sin control prenatal tamizadas con pruebas en el momento del parto	325,000	51,269	16%
Número de gestantes seropositivas sin control pre- natal que reciben profilaxis con ARV al momento del parto institucionalizado	660	91	20%
Número de gestantes que se realizan pruebas de tamizaje para VIH durante el embarazo	900,000	810,279	90%

Fuente: CARE PERU- Componente VIH Informe Trimestres XIX y XX Período Julio 2008 – Diciembre 2008

Objetivo 4 – Fase 1

En la Fase 1 se ha cumplido al 100% con los productos relacionados a capacitaciones. En tanto que los productos relacionados a la aplicación de tratamientos ARV y monitorización presentan un bajo cumplimiento, debido a problemas técnicos y logísticos de los procesos de incorporación de pacientes al TARGA, establecido mediante RM 124-2004 (equipos multidisciplinarios incompletos o a tiempo parcial y batería extensa de exámenes complementarios establecidos en el protocolo del programa, el costo de estos exámenes muchas veces era inaccesible para los pacientes o los realizaban en tiempos muy largos).

Cuadro Nº 5.2-19: Programado vs Ejecutado Objetivo 4 – Fase 1
Presupuesto Ejecutado Fase 1: US\$ 5, 436,807

Indicador	Programado	Ejecutado	Programado / Ejecutado
Número de PVVS, familiares y/o amigos capacitados en salud integral y soporte emocional	1200	1210	101%
Número de PVVS se desempeñan como consejeros de pares en prevención, autocuidado y adherencia	250	251	100%
Número de equipos multidisciplinarios son capacitados en cuidado integral enfocados en tratamientos ARV	240	192	80%
Número de tratamientos antirretrovirales administrados a los PVVS en fase de inmunodeficiencia	9,000	3,752	42%
Número de PVVS que tienen acceso a pruebas de monitoreo de carga viral y linfocitos CD4 (INS)	9,000	5,793	64%
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)	250	116	46%
Número de pruebas de genotipificación para evaluar resistencia realizadas (INS)	300	36	12%

Fuente: CARE PERU- Octavo Informe Trimestral VIH Período 1º Setiembre 2005 – 30 Noviembre 2005 - SGP

Fase 2

En la Fase 2 se superaron los problemas antes mencionados y el cumplimiento del producto “Número de personas viviendo con VIH en fase de inmunodeficiencia que reciben antirretrovirales”

Cuadro Nº 5.2-20: Programado vs Ejecutado Objetivo 4 – Fase 2
Presupuesto Ejecutado Fase 2: US\$ 7,550,425

Indicador	Programado	Ejecutado	Programado / Ejecutado
Número de establecimientos de salud con modelo de participación social implementado	60	109	182%
Número de PVVS en TARGA que reciben consejería por los CEPS	9,168	17,010	186%
Número de Direcciones de Salud con un sistema de provisión de TARGA fortalecido	34	34	100%
Número de personas viviendo con VIH en fase de inmunodeficiencia que reciben antirretrovirales	10,000	10,183 *	101.80%
Número de personas viviendo con VIH que recibe pruebas de la carga viral CD4	54,678	86,362	109%

* Total de PPV en TARGA a diciembre del 2008, atendidos por el MINSa, total en el país 16,552. Fuente: ESN PC ITS/VIH/SIDA
Fuente: CARE PERU- Componente VIH Informe Trimestres XIX y XX Período Julio 2008 – Diciembre 2008

Objetivo 5 – Fase 1

En la Fase 1 se observa que han obtenido los productos esperados con 100 % de cumplimiento. Cabe precisar que en la propuesta original el Objetivo 5 fue planteado exclusivamente para el componente VIH. Para la implementación del Objetivo, por decisión del MCP se incorporó el componente de Tuberculosis.

Cuadro N° 5.2-21: Programado vs Ejecutado Objetivo 5 – Fase 1
Presupuesto Ejecutado Fase 1: US\$ 307,880

Indicador	Programado	Ejecutado	Programado / Ejecutado
Número de espacios regionales multisectoriales (COREMUSA) instalados para descentralizar a la CONAMUSA	5	5	100%
Un plan de abogacía desarrollado para incrementar compromisos para el abordaje de VIH/SIDA y TB TB/MDR	1	1	100%
Número de proyectos de ley sobre TB y VIH ingresados a la agenda legislativa del Congreso de la República	2	2	100%
Número de personas afectadas capacitadas como líderes.	50	56	112%
Número de personas viviendo con VIH que recibe pruebas de la carga viral CD4	54,678	86,362	109%

Fuente: CARE PERU- Octavo Informe Trimestral VIH Período 1º Setiembre 2005 – 30 Noviembre 2005

Fase 2

En la Fase 2 se han obtenido los productos esperados con 100 % de cumplimiento.

Cuadro N° 5.2-22: Programado vs Ejecutado Objetivo 5 – Fase 2
Presupuesto Ejecutado Fase 2: US\$ 549,015

Indicador	Programado	Ejecutado	Programado / Ejecutado
Número de instituciones que participan en comisiones técnicas y comité consultivo de la CONAMUSA	23	23	100%
Nº de Ministerios que implementan un plan Comunicacional concertado con la CONAMUSA	7	7	100%
Nº de COREMUSAS instaladas (Piura, Cajamarca, Arequipa, Trujillo, Tacna, Ucayali)	7	7	100%
Números de Comités de Vigilancia conformados en la CONAMUSA y COREMUSA	5	5	100%
Nº de organizaciones de PVVS incorporadas en las COREMUSAS	30	34	113%
Nº de organizaciones de PVVS fortalecidas	34	75	221%

Fuente: CARE PERU- Componente VIH Informe Trimestres XIX y XX Período Julio 2008 – Diciembre 2008

5.2.10 Costos por Productos

A continuación se presenta algunos costos por productos por cada objetivo. Cabe precisar que los costos han sido determinados con la información consignada en el SGP ingresada por los SR y corresponden a los productos de la Fase 2 del Programa.

Objetivo 1

Para la actividad 1.2 Programa de formación de promotores escolares se ha seleccionado tres productos, el primero; Número de adolescentes escolares expuestos a información y orientación sobre el VIH/ SIDA impartida a través de la estrategia de pares promotores escolares en ambientes escolares de 1ero a 5to. de secundaria, este producto comprende el costo de los talleres de sensibilización e información, costo de impresión de folletería y guías educativas.

El costo del producto Número de adolescentes que recibieron orientación / consejería en establecimientos de salud, comprende el costo de los talleres de capacitación al personal de salud en consejería y atención de adolescentes, así como talleres de reforzamiento de consejería.

El costo del producto Número de Instituciones Educativas que incorporan en los instrumentos de gestión educativas (PEI, PAT, PCC, PCA y PTA) el programa de formación de promotores escolares, comprende el costo de reuniones de sensibilización con Directores y Sub Directores de instituciones educativas y reuniones de sensibilización con autoridades.

Cuadro N° 5.2-23: Costos de Productos – Objetivo 1

Actividad	Indicador	Ejecutado	Costo US\$	Costo Unitario US\$
1.2 Programa de formación de promotores escolares	Número de adolescentes escolares expuestos a información y orientación sobre el VIH/ SIDA impartida a través de la estrategia de pares promotores escolares en ambientes escolares de 1er a 5to de secundaria	103,174	181,200	1.76
	Número de adolescentes que recibieron orientación/ consejería en establecimientos de salud	2,869	12,091.64	4.22
	Número de IE que incorporan en los instrumentos de gestión educativas (PEI, PAT, PCC, PCA y PTA) el programa de formación de promotores escolares	22	26,124.25	1,187

Objetivo 2

El costo del producto Número de organizaciones de TS y HSH implementando actividades en defensa de sus derechos, socialización y desarrollo personal, comprende el costo de talleres de capacitación a líderes TS y HSH, implementación de las casas, sensibilización a autoridades sobre estigma y discriminación, desarrollo de pagina Web y la conformación de mesas Multisectoriales.

El costo del producto Número de TS y HSH que reciben orientación y asesoría en DDHH comprende el costo del diseño, impresión y distribución de afiches y folletos de difusión del consultorio virtual.

Cuadro N° 5.2-24: Costos de Productos – Objetivo 2

Actividad	Indicador	Ejecutado	Costo US\$	Costo Unitario US\$
2.3 Fortalecimiento de las organizaciones de TS y HSH	Número de organizaciones de TS y HSH implementando actividades defensa de sus derechos, socialización y desarrollo personal	53	128,983	2,433
2.5 Consultorio Virtual con enfoque en derechos humanos	Número de TS y HSH que reciben orientación y asesoría en DDHH	637	80,184	126

Objetivo 3

En este Objetivo se seleccionaron dos productos de la actividad 3.2 Programa de capacitación a personal de salud en el manejo de tamizaje (pruebas rápidas) de diagnóstico VIH, consejería y derechos humanos y promoción de cuidado de la salud de la gestante VIH y su niño.

El costo del producto Número de profesionales de la salud capacitados en manejo de tamizaje, consejería, derechos y promoción de TV comprende el costo de talleres de capacitación al personal de salud.

El costo del producto Número de establecimientos maternos que cuentan con profesionales capacitados en diagnóstico de VIH, consejería, derechos humanos y cuidado de la salud de la madre y el niño, comprende el costo de capacitaciones en servicio realizadas en los establecimientos maternos, e impresión de manuales.

Cuadro N° 5.2-25: Costos de Productos – Objetivo 3

Actividad	Indicador	Ejecutado	Costo US\$	Costo Unitario US\$
3.2 Programa de capacitación a personal de salud en el manejo de tamizaje (pruebas rápidas) de diagnóstico VIH, consejería y derechos humanos y promoción de cuidado de la salud de la gestante VIH y su niño	Número de profesionales de la salud capacitados en manejo de tamizaje, consejería, derechos y promoción de TV	1,405	76,091	54
	Número de establecimientos maternos que cuentan con profesionales capacitados en diagnóstico de VIH, consejería, derechos humanos y cuidado de la salud de la madre y el niño	734	31,590	43

Objetivo 4

En el Objetivo 4 se ha seleccionado la actividad 4.1 Implementación de un sistema de participación social sostenible aplicado a la Atención Integral de las personas con VIH.

El costo del producto Número de establecimientos de salud con modelo de participación social implementado comprende el costo de validación de un modelo piloto de participación social en Lima y una provincia, jornadas de socialización del sistema, talleres para la transferencia de

capacidades, metodología y herramientas para los equipos multidisciplinarios de Lima y visitas de acompañamiento técnico para la implementación del modelo de sistema de participación social en Lima.

El costo del producto Número de PVVS en TARGA que reciben consejería por los CEPs comprende el costo de la reimpresión de módulos para consejeros de pares, impresión de rotafolios y manuales para consejeros, elaboración y distribución de Kits (maletín, chaleco, dildo, carnet de identificación) para CEPs, diseño e impresión de manuales para usuarios de TARGA y la impresión de materiales informativo -educativos sobre TARGA.

El costo del producto PVVS en TARGA que reciben atención domiciliaria por voluntarios comprende el costo de talleres en salud integral y soporte emocional a las PVVS y familiares o allegados con una perspectiva de derechos humanos, diseño e impresión de guías de capacitación, la elaboración y distribución de Kits para voluntarios en actividad (maletín, agenda, lapicero, carné de identificación, libro de registro).

Cuadro N° 5.2-26: Costos de Productos – Objetivo 4

Actividad	Indicador	Ejecutado	Costo US\$	Costo Unitario US\$
4.1 Implementación de un sistema de participación social sostenible aplicado a la Atención Integral de las PVVS	Número de establecimientos de salud con modelo de participación social implementado	109	206,615	1,896
	Número de PVVS en TARGA que reciben consejería por los CEPs	17,010	83,456	4.9
	PVVS en TARGA que reciben atención domiciliaria por voluntarios	2,287	162,506	71

Objetivo 5

En el objetivo 5 se ha seleccionado dos actividades la 5.2 y la .5.3. En la actividad 5.2 Consolidación del Sistema de Vigilancia e implementar el Plan de Abogacía de la CONAMUSA, el costo del producto Número de Comités de Vigilancia conformados en la CONAMUSA y COREMUSA, comprende la capacitación a promotores en vigilancia, conformación del Comité de Vigilancia en Lima, Callao, Ica, Iquitos y Chimbote.

El costo del producto N° de organizaciones de PVVS incorporadas en las COREMUSAS comprende el costo de la organización y funcionamiento de un equipo de enlace (coordinador, asistente y soporte técnico), realización de encuentros macroregionales de PVVS, costo de talleres para la formación de facilitadores de organizaciones de PVVS en Lima y Callao, talleres réplica y diseño e impresión de materiales IEC para organizaciones.

El costo del producto N ° de organizaciones de PVVS fortalecidas comprende el costo de capacitaciones en temas relacionados con las actividades de las COREMUSAS, diseño del módulo de capacitación para el Programa de Participación Comunitaria, y el Foro Nacional de Organizaciones de PVVS.

Cuadro N° 5.2-27: Costos de Productos – Objetivo 5

Actividad	Indicador	Ejecutado	Costo US\$	Costo Unitario US\$
5.2 Consolidación del Sistema de Vigilancia e implementar el plan de Abogacía de la CONAMUSA	Número de comités de vigilancia conformados en la CONAMUSA y COREMUSA	5	38,088	7,618
5.3 Fortalecimiento de las Organizaciones de PVVS en las COREMUSAS	Nº de organizaciones de PVVS incorporadas en las COREMUSAS	34	57,089	1,679
	Nº de organizaciones de PVVS fortalecidas	100	35,139	351

5.2.11 Análisis recursos invertidos y los resultados obtenidos

El programa en las dos fases ha ejecutado un total de US\$ 22,179,728 en sus 5 objetivos. En el siguiente cuadro se presenta el monto ejecutado por cada objetivo con el indicador relevante y el resultado para cada indicador al inicio y al final del programa.

En los cuadros se consigna la población total a la que se encuentra dirigido cada Objetivo y la población ámbito del proyecto (hacia quién va dirigido el programa, no es la meta del indicador). Finalmente se presenta la cobertura del programa.

Cuadro N° 5.2-28: Análisis de Eficiencia

Obj	US \$ miles	Indicador	Año 0	Año 4	Población total	Ámbito proyecto	Cobertura proyecto
1	1'725	Porcentaje de adolescentes mujeres y varones que utilizaron preservativos para prevenir las ITS/VIH en su última relación sexual (últimos 3 meses)	51.8%	61.9%	2,500,000 Escolares secundaria	200,000	8%
2	2'636	Proporción de HSH que utilizó preservativos en el último encuentro	88.6%	90%	300,000 HSH (a)	12,000	4%
3	2'129	Proporción de gestante que se realizan pruebas de tamizaje para VIH durante el embarazo	36.9%	69.5%	600,000 Gestantes (b)	100,000 (c) 400,000(d)	17% 67%
4	14'717	Proporción de PVVIH en fase de inmunodeficiencia que reciben TARGA según protocolo	25%	92.2%	10,000 PVV	10,000 PVV	100%
5	971	Porcentaje de incremento de los gastos multisectoriales en VIH/SIDA	0	323%			
22'179							

fuelle año 0: Línea de Base, Objetivo 2: 3ra. Medición

Fuente año 4: 4ta. Medición. Objetivo 4: encuesta Ad hoc

(a) Estimado DGE (b) Estimado ESN SSR (c) Fase 1, ciudades con mayor prevalencia (d) Fase 2, todo el país.

Objetivo 1: Promover estilos de vida saludable en adolescentes y jóvenes en temas de ITS, VIH y SIDA

Para este objetivo se ha seleccionado el indicador “Porcentaje de adolescentes mujeres y varones que utilizaron preservativo para prevenir las ITS/VIH en su última relación sexual”, en el cual se aprecia un incremento de 10.1 puntos porcentuales, estos resultados se han encontrado en el grupo que ha sido materia de intervención.

El área del objetivo es la Prevención y su población objetivo fue los adolescentes, sin embargo el área de intervención fue el ámbito escolar.

Cuadro Nº 5.2-29 Perú: Escuelas Secundarias público y Privado Modalidad Presencial 2008	
Detalle	País
Total alumnos matriculados público y privado	2.548.719
Total docentes escuelas públicas y privadas	164.292

Como puede observarse en el cuadro anterior en el Perú existen anualmente un poco más de 2.500,000 escolares de educación secundaria.

De acuerdo al ámbito del objetivo circunscrito a algunas ciudades e instituciones educativas, la cobertura del objetivo fue de alrededor de 8%. Cabe precisar la cobertura de docentes capacitados alcanzo el 1.1% con respecto al total de docentes reportados por el Ministerio de Educación (164 mil docentes a nivel nacional).

Este objetivo busca un cambio de comportamiento en esta población y sus efectos son de largo plazo. Los recursos invertidos en este objetivo ascienden a 1'725.5 mil US dólares.

Cuadro Nº 5.2-30		
Área: Prevención.		
Población: 2 500 000 escolares de secundaria.		
Objetivo: Cambio de Comportamiento.		
Efecto: Largo Plazo.		
Principales Resultados *		
Indicador	Año 0	Año 4
Porcentaje de adolescentes mujeres y varones que utilizaron preservativos para prevenir las ITS/VIH en su última relación sexual (últimos 3 meses)	51.80%	61.90%
Inversión: 1'725.5 mil US dólares		

* En el grupo intervenido

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

Para este objetivo se ha seleccionado el indicador: “Proporción de HSH que utilizó preservativos en el último encuentro sexual”, el cual muestra un incremento en 1.4 puntos porcentuales. En este caso se ha comparado la tercera medición con la cuarta medición debido a que tuvieron la misma metodología.

El área del programa es Prevención y su población objetivo son 300,000 HSH y 50,000 TS (dato promedio de los estudios realizados en el Perú)¹¹

Este objetivo buscó lograr un cambio de comportamiento en esta población y su efecto es de largo plazo.

El ámbito de intervención de este objetivo, estuvo concentrado en la población más expuesta que recibe atención en los CERITSS y UAMPS. La inversión en este objetivo asciende a 2'636.4 mil US dólares americanos.

Cuadro N° 5.2-31		
Área: Prevención.		
Población: 300,000 HSH y 50,000 TS		
Objetivo: Cambio de Comportamiento.		
Efecto: Largo Plazo.		
Principales Resultados *		
Indicador	Año 0	Año 4
Proporción de HSH que utilizó preservativos en el último encuentro	88.60%	90%
Inversión: 2'636.4 mil US dólares		

* En el grupo intervenido

Objetivo 3: Disminuir la transmisión vertical del VIH

Para este objetivo se ha seleccionado el indicador “Proporción de gestantes que se realizan pruebas de tamizaje para VIH durante el embarazo”, que muestra un incremento en 32.6 puntos porcentuales.

El área del programa es Prevención y está dirigido a 600,000 gestantes (estimado de gestantes anuales esperadas por el MINSA), su objetivo es prevenir la transmisión vertical.

En este objetivo la cobertura del programa en la Fase 2 alcanzó el 67% de la población. Su efecto fue de corto plazo y la inversión en este objetivo asciende a 2'129.8 mil dólares americanos.

Cuadro N° 5.2-32		
Área: Prevención.		
Población: 600,000 gestantes.		
Objetivo: Prevención de la Transmisión Vertical.		
Efecto: Corto plazo.		
Principales Resultados *		
Indicador	Año 0	Año 4
Proporción de gestante que se realizan pruebas de tamizaje para VIH durante el embarazo	36.90%	69.50%
Inversión: 2'129.8 mil US dólares		

11 La estimación de HSH corresponde a la Dirección General de Epidemiología: 3% del total de adultos de 19 a 45 años.

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

Para este objetivo se ha utilizado el indicador: “Proporción de PVVS en fase de inmunodeficiencia que reciben TARGA según protocolo” que ha tenido una evolución de 25% a 92.2%, es decir tuvo un incremento de 67.2 puntos porcentuales. En este caso el resultado de la cuarta medición corresponde a una encuesta ad hoc.

El área del programa para este objetivo es Atención y Tratamiento y está dirigido a una población de 10,000 PVVS, este objetivo está dirigido al 100% de la población PVVS que requiere tratamiento. Su efecto es de corto plazo y la inversión realizada en este objetivo asciende a 14'717.1 mil dólares americanos.

Cuadro Nº 5.2-33		
Área: Atención y Tratamiento.		
Población: 10,000 PVV		
Objetivo: Atención y Tratamiento a PVVS		
Efecto: Corto plazo.		
Principales Resultados *		
Indicador	Año 0	Año 4
Proporción de PVVS en fase de inmunodeficiencia que reciben TARGA según protocolo	25%	92.20%
Inversión: 14'717.1 mil US dólares		

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

El indicador trazador de este objetivo fue “Porcentaje de incremento de los gastos multisectoriales en VIH/SIDA” el cual se incrementó en 323 puntos porcentuales con respecto a la primera medición.

Si bien este indicador no es resultado directo de las intervenciones de este objetivo, la participación de todos los actores del MCP influyó para la incorporación de acciones y en el incremento de presupuesto en las entidades del sector público para las intervenciones de VIH.

El área del programa para este objetivo es Entorno Propicio y su población objetivo son las organizaciones privadas e instituciones públicas, tiene como objetivo generar un ambiente propicio de intervenciones; su efecto es a largo plazo. La inversión realizada en este objetivo asciende a 971.0 mil dólares americanos.

Cuadro Nº 5.2-34		
Área: Entorno Propicio.		
Población: Organizaciones privadas e instituciones publicas		
Objetivo: Generar ambiente propicio de intervenciones		
Efecto: Largo plazo		
Principales Resultados		
Indicador	Año 0	Año 4
Porcentaje de incremento de los gastos multisectoriales en VIH/SIDA	0	323%
Inversión: 971.0 mil US dólares		

5.3. Sostenibilidad Económica

5.3.1 Financiamiento concurrente durante la ejecución del Programa de otras fuentes de financiamiento

MINSA

Durante el desarrollo del proyecto se ha contado con financiamiento por parte de organismos bilaterales (USAID) a través del Proyecto Vigía e Iniciativas de Políticas en Salud, así como de diferentes agencias de cooperación entre las que se encuentran UNICEF.

La UGPFM logró que en las reuniones Macro-Regiones organizadas por el Proyecto PRAES – Promoviendo Alianzas y Estrategias (USAID) con los Representantes de los Gobiernos Regionales, Gerentes de Desarrollo Social y Directores de Regiones de Salud, se realizara la presentación de los Programas financiados por el FM, tanto de Segunda como de Quinta Ronda (Informe Receptor Principal - 4to año)

...también se contó con el apoyo de algunos otros organismos cooperantes, como UNICEF, que apoyó al consorcio VIH 3 de II Ronda para la reimpresión de materiales comunicacionales y el Proyecto Iniciativas en Salud con CARE Perú apoyaron financieramente la reedición del spot El Derecho de Saber del mismo objetivo (Informe Receptor Principal - 4to año)

El Plan de Gestión de Stocks de Medicamentos también fue aprobado por el Fondo Mundial en febrero de 2007 y fue ejecutado durante el año. Para la implementación de este Plan se ha contado con recursos recuperados del IGV y aportes de otras agencias cooperantes como es el caso de USAID (Informe Receptor Principal - 4to año)

MINEDU

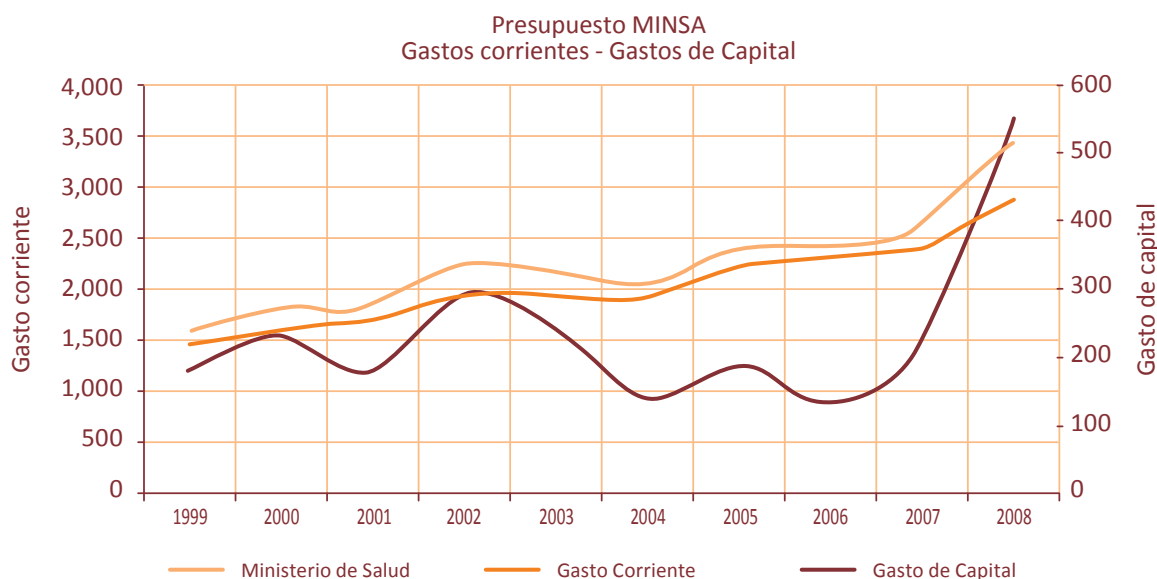
A partir del año 2007 se está ejecutando el Proyecto Regional a nivel de países del MERCOSUR “Armonización de políticas públicas para el fortalecimiento de la educación sexual y la prevención de las ITS-VIH y SIDA en el ámbito escolar, este proyecto en el Perú se denomina “Fortalecimiento de la educación Sexual Integral en el Perú”; el cual ha contado para el año 2007- 2008 con el financiamiento de GTZ, ONUSIDA y CICT que asciende de US\$ 200,000.

Desde el 2006 se encuentra vigente una Carta de Entendimiento de UNFPA por un monto de US\$ 70,000 que está siendo ejecutado y finalmente UNESCO en el 2008 ha apoyado con US\$ 8,000.

5.3.2 Sostenibilidad económica

Para analizar la sostenibilidad de económica, se ha analizado la evolución del Presupuesto del MINSA entre los años 1999 al 2008, en el cual se observa un crecimiento sostenido.

Gráfico N° 5.3-1 - Presupuesto MINSA 1999-2008



Cuadro N° 5.3-1 - Presupuesto del Ministerio de Salud 1999-2008
Gastos corrientes- Gastos de Capital
(En millones de nuevos soles)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Presupuesto MINSA *	1,624	1,827	1,859	2,244	2,172	2,041	2,407	2,427	2,623	3,438
Gasto corriente	1,443	1,595	1,682	1,951	1,934	1,900	2,220	2,295	2,403	2,890
Gasto de capital	181	232	177	293	238	141	187	132	220	548

* Presupuesto comprometido hasta el año 2003, a partir del 2004 PIM – Presupuesto Institucional Modificado

En el mismo periodo se aprecia que la participación del gasto corriente se ha ido incrementando en porcentajes que representa entre el 84% a 95% del presupuesto.

La participación del gasto de capital entre el periodo 1999 al 2006 se encuentra en un rango entre 5.4% a 15.9% del presupuesto. El promedio en el periodo analizado es igual a 10.2%

Cuadro N° 5.3-2 - Distribución Porcentual del Presupuesto del Ministerio de Salud por Tipo de Gasto

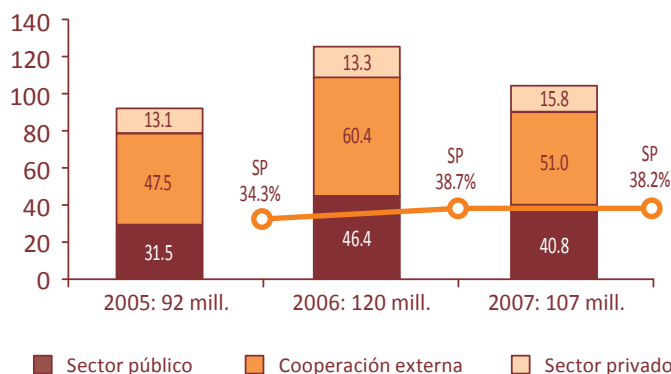
Presupuesto	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Gasto corriente	88.9%	87.3%	90.5%	86.9%	89.0%	93.1%	92.2%	94.6%	91.6%	84.1%
Gasto de capital	11.1%	12.7%	9.5%	13.1%	11.0%	6.9%	7.8%	5.4%	8.4%	15.9%

* Presupuesto comprometido hasta el año 2003, a partir del 2004 PIM – Presupuesto Institucional Modificado

5.3.3 Financiamiento del Gasto en VIH – SIDA en el Perú

Tomando como fuente el Informe MEGASS “Medición del Gasto en Sida del Perú 2005 -2007” (ONUSIDA, 2008), en el siguiente cuadro se observa que el gasto del sector público en VIH/Sida en el Perú entre los años 2005 a 2007 representó el 37.1% del gasto total.

Grafico Nº 5.3-2 Evolución del Gasto en VIH (Nuevos Soles)



Fuente: ONUSIDA, Mayo 2008 "Medición del Gasto en Sida del Perú 2005 -2007"

En este periodo la mayor fuente de financiamiento fue la Cooperación Internacional con 49.7%, entre los que se encuentra el Fondo Mundial y el sector privado representa el 13.2% del gasto en el período. Sin embargo cabe precisar que el gasto del Sector público tiene una tendencia creciente.

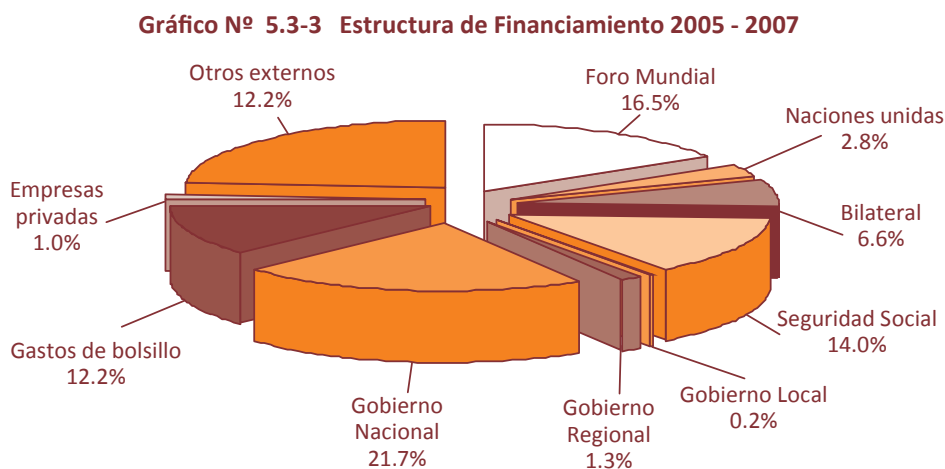
En el siguiente gráfico podemos observar la distribución en millones de soles para los años 2005, 2006 y 2007; así, en el 2005 el gasto fue de 92 millones de soles, de los cuales 31.5 millones corresponden al sector público, 47.5 millones a la cooperación externa y 13.1 millones al sector privado. En el año 2006 46.4 millones corresponden al sector público, 60.4 millones a la cooperación externa y 13.3 millones al sector privado. En el año 2007, el sector público aportó 40.8 millones, la cooperación externa 51 millones y el sector privado 15.8 millones. En resumen el sector público aportó el 34.3 % del gasto en el 2005, incrementándose en el 2006 al 38.7% y en el 2007 se mantiene en 38.2%.

Cuadro Nº 5.3-2 - Distribución Porcentual del Presupuesto del Ministerio de Salud por Tipo de Gasto

FUENTE DE FINANCIAMIENTO			2,005	2,006	2,007	Total	%
Sector publico	Nacional		12,802,950	27,039,960	29,507,178	69,350,088	
Gasto de capital	Subnacional	Regional	486,713	1,261,586	2,284,541	4,032,840	
		Local	239,903	138,354	155,668	533,926	
	Seguro social		17,934,676	18,009,244	8,836,620	44,780,540	
Total sector publico			31,282,937	46,236,018	40,784,007	118,697,394	37.1%
Internacional	Bilateral		4,988,495	5,317,482	10,841,718	21,147,695	
	Naciones unidas		2,422,667	2,634,895	3,914,673	8,972,235	
	Fondo mundial		18,838,114	19,842,810	14,060,871	52,741,795	
	Otros		21,225,276	32,589,534	22,184,015	75,998,825	
Total internacional			47,474,553	60,384,721	51,001,276	158,860,550	49.7%
Privada	Empresas		868,100	1,383,744	1,083,377	3,335,221	
	Consumidores		12,259,562	11,957,477	14,688,938	38,905,978	
Total privada			13,127,662	13,341,221	15,772,315	42,241,198	13.2%
Total			92,066,456	120,175,087	107,557,599	319,799,142	100%

Fuente: ONUSIDA, Mayo 2008 "Medición del Gasto en Sida del Perú 2005 -2007"

Las principales fuentes de financiamiento de VIH en el país en el periodo 2005 – 2007 lo constituyen el Gobierno Nacional con 21.7% del gasto total en el país, fuentes externas: ONG internacionales e instituciones que financian los ensayos clínicos 23.8% y el Fondo Mundial 16.5%.



Fuente: ONUSIDA, Mayo 2008 “Medición del Gasto en Sida del Perú 2005 -2007”

En el siguiente cuadro presentamos las instituciones que conforman el sector público y su contribución en el gasto en VIH y Sida, en el cual se observa que entre los años 2005 al 2007 la principal fuente de financiamiento del gasto en VIH y Sida en el sector público es el Gobierno Nacional, que representa el 58.4% del gasto, seguido de Essalud con el 37.7%, los Gobiernos Regionales 3.5% y los Gobiernos Locales el 0.4%.

Dentro del Gobierno Nacional, es el Ministerio de Salud el que aporta los mayores recursos, representando el 61.8% del total del Gobierno Nacional.

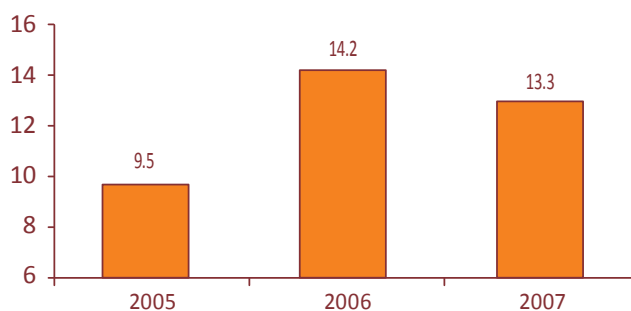
Cuadro N° 5.3-4 Fuentes de Financiamiento VIH/SIDA – Sector Público 2005-2007 (nuevos soles)

FUENTES DE FINANCIAMIENTO	2,005	2,006	2,007	Total	%
Ministerio de Salud	6,793,226	21,128,009	14,943,279	42,864,514	
Ministerio de Defensa	4,025,045	2,210,292	3,402,470	9,637,808	
Ministerio de Educación	53,779	85,747	29,432	168,958	
Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social	7,500		37,940	45,440	
Ministerio de Justicia	3,816	8,069	4,355	16,240	
Otros Ministerios			4,000	4,000	
Otras - Gobierno Central	1,919,584	3,607,843	11,084,002	16,611,429	
Gobierno Nacional	12,802,950	27,039,960	29,507,178	69,350,088	58.4%
Sector Salud- Regional	486,713	1,261,586	2,284,541	4,032,840	
Sector Salud- Local	220,703	117,854	119,308	457,866	
Sector Desarrollo Social-Local	19,200	20,500	36,360	76,060	
Gobierno Subnacional	726,616	1,399,941	2,440,209	4,566,765	3.9%
Contribuciones del empleador a la seguridad publica social	17,934,676	18,009,244	8,836,620	44,780,540	
Seguro Social de Salud	17,934,676	18,009,244	8,836,620	44,780,540	37.7%
TOTAL	31,464,241	46,449,145	40,784,007	118,697,394	100%

Fuente: ONUSIDA, 2008 “Medición del Gasto en Sida del Perú 2005 -2007”

En el año 2005 el sector público asignó US\$ 9.5 millones a VIH; en el 2006 fue US\$ 14.2 millones (48.4% mayor al 2005, básicamente a los ARV) y en el año 2007 disminuye a US\$ 13.3 millones de dólares. Cabe señalar que en el periodo 2005 – 2007 se incrementó el presupuesto del sector público en salud y también el de VIH.

Gráfico N° 5.3-4 Financiamiento Sector Público en VIH- Sida 2005 -2007 (Millones de dólares)



Fuente: ONUSIDA, 2008 "Medición del Gasto en Sida del Perú 2005 -2007"
Elaboración propia

5.3.4 Institucionalización de las estrategias y presupuesto

Debido a la tendencia histórica de bajo gasto en inversión del MINSA, el Programa financiado por el Fondo Mundial ha servido para destinar recursos en formación de recursos humanos y generar la institucionalización de las estrategias de tratamiento a Personas con VIH y reforzar las estrategias en transmisión vertical y en poblaciones más expuestas.

Cabe señalar que el marco normativo Ley 26626 que establece la obligatoriedad de las pruebas para diagnóstico de VIH en gestantes y la gratuidad del tratamiento antirretroviral, garantiza la sostenibilidad económica en ese aspecto.

Sin embargo cabe precisar que durante el programa se articularon acciones tendientes a garantizar la sostenibilidad:

Existe desconocimiento y/o la falta de involucramiento de las autoridades de las DRESAS, hospitales y centros de salud maternos en el problema sobre la transmisión vertical del VIH, lo que deriva en un incumplimiento de las disposiciones establecidas en el nivel central para la compra de insumos como las pruebas rápidas, y garantizar su sostenibilidad. Las acciones que se han tomado para enfrentar esta situación son las siguientes: 1) La ESN VIH/SIDA ha establecido acuerdos con las autoridades de las DISAS de Tumbes, Ica, Ucayali, Lambayeque, Arequipa, Moquegua, Junín y Loreto para lograr su apoyo a las actividades de la ESN, entre ellas transmisión vertical; 2) El programa del FM ha adquirido y entregado 100,000 PR al MINSA para EESS maternos; y 3) se ha incluido pruebas rápidas y estrategias de sensibilización a las autoridades / capacitación al personal de salud para fortalecer el programa de transmisión vertical en el plan de uso de recursos del IGV. Se requiere además la intervención de la Dirección General de Salud de las Personas y también de la CONAMUSA (Informe Receptor Principal - 3er año)

En cuanto al MINEDU, se ha conseguido la inserción del tema de educación sexual dentro de los contenidos del Diseño Curricular y la incorporación del tema de prevención de la ITS y VIH para secundaria en el Módulo de Educación Sexual, que se imparte a través de las clases de Tutoría y Orientación Educativa.

Sin embargo es diferente la situación de sostenibilidad económica de la estrategia con escolares en el MINEDU pues el programa solo ha servido para sentar las bases para un trabajo intensivo en el futuro y cuyos resultados se apreciarán siempre y cuando el MINEDU a través de la DITOE, continúe incrementando acciones y presupuesto dedicado a este tema.

Por otro lado existe el compromiso político tanto del Ministerio de Salud, como del MINEDU y del INPE que fueron las contrapartes técnicas del programa.

6. Análisis del Monitoreo y Evaluación y Sistemas de Información

El proyecto contempla 8 objetivos como metas específicas. Cinco de ellos corresponden al componente VIH/SIDA y tres al componente Tuberculosis. En el marco de cada uno de los objetivos se desarrollan distintas actividades, que apuntan a aplicar las estrategias pertinentes a fin de educar y capacitar a la población y al personal de salud en los temas de prevención y tratamiento integral de ambas enfermedades

En los términos de los actores comprometidos con el proyecto el Monitoreo se define como una actividad rutinaria, que consiste en hacer seguimiento de la ejecución de actividades y el cumplimiento de los indicadores claves. En tanto la evaluación, aparece como vinculada a los estudios que se realizan con cierta periodicidad, la línea de base, segunda medición, tercera medición, cuarta medición y la evaluación final.

En lo que concierne al MONITOREO Y EVALUACION, se realizó teniendo en cuenta dos fuentes de información. En primer término la proporcionada por cada una de las organizaciones a las cuales se les asignó los fondos fiduciariamente, para lo cual deberá cumplir con los términos de referencia específicos elaborados según la actividad requerida. La información proporcionada por estas instituciones constituía el informe parcial y final de los logros obtenidos en la actividad para los cuales se verificaban los indicadores previamente establecidos en los términos de referencia. En segundo término, la información proporcionada por los sistemas de gestión de Estado Peruano, fue utilizada como fuente de información relevante para la toma de decisiones.

El monitoreo de actividades se realizó de manera permanente, correspondiendo la aplicación de las diversas técnicas a los cronogramas establecidos por las instituciones responsables de la ejecución.

Los resultados medidos mediante encuestas dirigidas al conocimiento de los mensajes, la disminución de riesgos, coberturas, informes técnicos sobre intervenciones y actividades cumplidas, encuestas de opinión en poblaciones objetivo, informes técnicos mensuales emitidos por los establecimientos de salud, planes anuales, informes de avance de la gestión administrativa semestrales, informes anuales de productos y gestión financiera, seguimiento de compromisos de gestión descentralizados, entre otros

La responsabilidad del análisis de la información recae en el MCP, pero sus órganos operativos fueron la Secretaría Ejecutiva y el Equipo de Gestión. Desde el punto de vista operativo el Equipo de Gestión monitorizaba el desarrollo de las actividades y evaluaba los resultados.

Posteriormente informaba a la Secretaría Ejecutiva, la cual en las reuniones calendarizadas con la CONAMUSA discutían los resultados y decidían las correcciones que se consideraban necesarias.

La población objetivo participaba en el proceso en forma activa. Los procesos de monitoreo y evaluación contaron con información producida en relación directa con los beneficiarios: encuestas de satisfacción del usuario a los servicios, entrevistas con líderes de poblaciones vulnerables, entre otras.

Algunos alcances y limitaciones del Sistema de Monitoreo

- ⦿ El diseño lógico de la intervención contempló una estructura de indicadores para el monitoreo y la evaluación con fuentes de información diversa. En lo que respecta al manejo de los indicadores de monitoreo vinculados con los aspectos programáticos, la información disponible era oportuna y se ajustaba a las necesidades de toma de decisiones del día a día. Sin embargo las limitaciones se observan en los indicadores vinculados a la salud pública y comprenden mayoritariamente los indicadores de evaluación (impactos y efectos). En estos casos las fuentes de información no estaban actualizadas (Por ejemplo estudios de vigilancia centinela) y aquellas fuentes de información alternativa tenían limitaciones (Por ejemplo el uso de la Hoja de Monitorización para estimar prevalencias a nivel poblacional).
- ⦿ El Sistema de Monitoreo y Evaluación generado por el Proyecto, presenta problemas en cuanto a su institucionalización en el MINSA, en relación con dos características de la contraparte seleccionada (Estrategia de ITS y VIH/SIDA): primero, no es una instancia decisora, por tanto hasta la fecha de cierre del proyecto no existía una directiva que consolidara en las diferentes instancias del MINSA el uso de los indicadores propuestos por el proyecto de manera oportuna y fiable. Por otro lado, la Estrategia Sanitaria de ITS/VIH tampoco cuenta con una unidad de Monitoreo y Evaluación. Cuenta con profesionales capacitados, pero estos no aseguran la sostenibilidad del sistema de monitoreo y evaluación, porque pueden ser rotados o retirarse.
- ⦿ Uno de los elementos clave a superar es el manejo de la información para la toma de decisiones. De acuerdo a los diferentes actores entrevistados, el proyecto ha generado una importante cantidad de data que no ha sido procesada de manera comunicable para aquellos que toman decisiones.

Un análisis de la eficacia de un programa a partir del cumplimiento de sus indicadores parte de la asunción de que (a) el sistema de indicadores, particularmente los de impacto y efecto, fue pertinente; y (b) que sus mediciones fueron comparables en el marco de un diseño de evaluación confiable y válido. Para el caso de este programa, sin embargo, es necesario analizar en qué medida ambas asunciones se cumplen.

- a) *Pertinencia del sistema de indicadores y metas.* Cuatro de los cinco indicadores señalados consideran marcadores biológicos y típicamente serían considerados como indicadores de impacto. El quinto, correspondiente a cobertura de atención integral, aunque típicamente correspondería a un resultado, puede ser considerado como un indicador de efecto por resultar de un conjunto de productos intermedios.
- b) En relación, a la pertinencia de tres de los 5, correspondientes a prevalencia, y usados como indicador de la acción del objetivo 2 (E1 y E2) y, tal vez, del objetivo 1 (E3), se reconoce que, en un contexto de acceso a tratamiento antirretroviral, la prevalencia de la infección por VIH pasa a reflejar no solo nuevas infecciones sino también las variaciones en la mortalidad asociada al VIH (la cual debe disminuir con las acciones que el mismo objetivo 4 del proyecto ejecutó).
- c) El indicador E4 se refiere al objetivo 3, y aunque es adecuado para medir transmisión perinatal, sin embargo, debe tenerse en cuenta que se mide 18 meses después de que la intervención ha operado (i.e. a los 18 meses de nacido el niño). Por ello, mediciones de este indicador no reflejan cambios inmediatos sino que tienen un retraso inherente.

7. Conclusiones y Recomendaciones Generales

Las siguientes son las conclusiones de la Evaluación Final del Programa “Fortalecimiento para la Prevención y Control del Sida y la Tuberculosis en el Perú”, Componente VIH.

Estrategias

En un programa social, la estrategia es una formulación lógica que plantea el desarrollo integrado y coherente de un conjunto de acciones con el objetivo de modificar una situación inicial para lograr una situación final.

Un programa de respuesta a la epidemia de VIH/SIDA implica la definición del problema (la ocurrencia de nuevas infecciones por vía sexual y perinatal en varias poblaciones y la existencia de personas afectadas sin acceso a atención) y de metas para el cambio. Un programa típico de respuesta al VIH implica acciones de prevención, acciones de control y acceso, y acciones de fortalecimiento de la respuesta en sí misma.

El Programa de II Ronda incluyó, correctamente, objetivos para la prevención de nuevos casos (1, 2 y 3), un objetivo para la reducción del impacto y la ampliación del acceso al tratamiento de las personas afectadas (4) y un objetivo para el fortalecimiento de la base política de la respuesta nacional (objetivo 5).

Las estrategias deben ser vistas no sólo como los principios generales (por ejemplo, educación de pares) sino como los procesos de implementación integrales, incluyendo población objetivo, agentes, medios de soporte (por ejemplo, materiales); cronograma; sinergias y vínculos estructurales establecidos; y retroalimentación a través de monitoreo y evaluación.

Los programas de respuesta al VIH se basan en principios generales para los cuales debe existir una base de evidencias a partir de datos de investigación primaria (por ejemplo, ensayos clínicos) o investigación operativa (por ejemplo, validaciones piloto, evaluación de programas previamente desarrollados). Para la prevención de la transmisión sexual del VIH tradicionalmente los programas se han basado en diversos tipos de estrategias educativas orientadas al cambio de comportamientos, y recientemente se han incorporado acciones conducentes a la reducción de la vulnerabilidad, como por ejemplo la reducción de la discriminación y el aumento del acceso. La prevención de la transmisión perinatal es en sí misma una estrategia biomédica basada en la quimioprofilaxis con antirretrovirales. El tratamiento, asimismo, está basado también fundamentalmente en el uso de antirretrovirales en regímenes de combinación.

La evidencia de efectividad de los principios generales usados en las estrategias del proyecto es distinta. En general las estrategias biomédicas (prevención perinatal y tratamiento) tienen una base más sólida, pues se basan en la acción de fármacos a nivel individual. La evidencia de efectividad de los programas educativos es menor, pues requiere de procesos sociales más complejos sobre los que actúan la cultura, el acceso, el estigma y la discriminación, y muchos otros factores de contexto. También existe menor evidencia sobre el nivel posible de cambios y sobre los mecanismos causales.

Las estrategias preventivas definidas por los tres primeros objetivos se orientaron a tres escenarios de transmisión: (I) sexual entre adolescentes y jóvenes de población ‘general’; (II) sexual entre miembros de poblaciones en mayor riesgo; y (III) perinatal de mujeres seropositivas gestantes a infantes nacidos de éstas. El objetivo IV buscó aumentar el acceso a la atención integral, incluido el tratamiento entre las personas afectadas, en condiciones de adherencia y de acceso concomitante a exámenes auxiliares, a través del desarrollo de nuevos servicios y la implementación masiva de un programa gratuito de tratamiento. El objetivo V buscó fortalecer la respuesta nacional a través de mecanismos de incidencia política para incrementar el compromiso sectorial, y de capacitación para mejorar la vigilancia social.

- ⊙ **Objetivo 1:** En lo conceptual se trató de una estrategia participativa, no limitada a promover la abstinencia, que debía desarrollarse de forma integrada en el sector educación. Pese a los esfuerzos realizados para institucionalizarla, en el transcurso del tiempo parece haber perdido su inserción institucional; otras limitaciones estuvieron en la falta de sinergia con los ámbitos familiar, comunal y el sector salud; y en su limitada cobertura.
- ⊙ **Objetivo 2:** Se trató de un programa participativo, con capacidad de generar liderazgos, lo cual constituye un efecto no esperado del programa. Sus componentes educativos fueron débiles, enfocados únicamente en la atención médica periódica y en el aumento de la demanda. No se diseñó estrategias efectivas de control de calidad del trabajo de los PEPs; en el caso del sector INPE, la complejidad de los obstáculos institucionales puede haberse subestimado.
- ⊙ **Objetivo 3:** Se trató de una Estrategia basada en evidencias sólidas, con gran potencial de impacto en la población objetivo (pese a su limitado impacto sobre el conjunto de la epidemia). Sin embargo, su implementación atravesó varios problemas en un inicio, incluyendo la ausencia de un sistema de seguimiento a beneficiarios.
- ⊙ **Objetivo 4:** Correspondió a un programa modelo con una perspectiva de acceso a tratamiento basado en evidencias; aunque con limitaciones en sus componentes de implementación y en la operacionalización de ‘atención integral’.

- ⦿ **Objetivo 5:** Acciones de abogacía y vigilancia que en principio estaban bien justificadas, pero que se plantearon sin buena definición, sin una estrategia clara para trabajar en concordancia lo técnico y lo político. La implementación del objetivo atravesó circunstancias específicas que limitaron su continuidad y su impacto.

Eficacia

Han existido limitaciones metodológicas para establecer la efectividad del programa de 2da. Ronda en lo referente al efecto y al impacto.

- ⦿ Varios Indicadores no han sido los indicados para analizar impacto/efecto, reflejando limitaciones de interpretación y definiciones operacionales: Por ejemplo: la necesidad de re-interpretación de la prevalencia (objetivos 2-3); la operacionalización de atención integral (objetivo 4); o un sistema de medición complejo (objetivo 3: TV)
- ⦿ Algunas de las metas del proyecto fueron planteadas de acuerdo a la deseabilidad social más que sobre bases técnicas
- ⦿ El sistema de medición de indicadores no fue desarrollado de manera integral desde el inicio y más bien experimentó importantes variaciones entre medición y medición.
- ⦿ Se introdujo elementos adicionales de variación que afectaron la comparabilidad.
- ⦿ Las instancias oficiales han cumplido sólo parcialmente con su tarea de generar y publicar la información de manera oportuna, la cual debía ser utilizada en la medición de indicadores, sobre todo para evaluar impacto y efecto, por lo cual se ha tenido la necesidad de recurrir a “proxys”.

Análisis de indicadores

- ⦿ El Indicador E1 (HSH) muestra dificultades de comparabilidad e interpretación por no tener estimados adecuados.
- ⦿ Para el Indicador E2 (TS) no se encontró diferencia entre estimados, ni en la relación con la meta establecida.
- ⦿ El Indicador E3 (Gestantes) no presenta variación en las prevalencias, las que son inferiores a la meta, por lo cual se puede concluir que la meta no planteó ningún reto programático.
- ⦿ El Indicador E4 (transmisión vertical) no se ha podido medir adecuadamente a lo largo de proyecto, por la falta de un sistema organizado.
- ⦿ El Indicador E5 (acceso a Atención Integral) ha mostrado un incremento importante, aunque para asegurar la comparabilidad es necesario ajustar el denominador según los estimados totales de población VVS a una escala consistente, y no utilizar definiciones cambiantes de población PVVS.

Resultados y Cobertura

OBJ	US \$ Miles	Indicador	Año 0	Año 4	Población total	Ámbito del proyecto	Cobertura del proyecto
1	1'757.9	Porcentaje de adolescentes mujeres y varones que utilizaron preservativos para prevenir las ITS/VIH en su última relación sexual (últimos 3 meses)	51.8%	61.9% (meta 90%)	2,500,000 escolares de secundaria	200,000	8%
2	2'685.9	Proporción de HSH que utilizó preservativos en el último encuentro	88.6%	90% (meta 82%)	300,000 HSH (a)	12,000	4%
3	1'753.3	Proporción de gestante que se realizan pruebas de tamizaje para VIH durante el embarazo	36.9%	69.5% (meta 80%)	600,000 gestantes (b)	100,000 (c) 400,000 (d)	17% 67%
4	14'993.4	Proporción de PVVS en fase de inmunodeficiencia que reciben TARGA según protocolo	25%	92.2% (meta 90%)	10,000 PVVS	10,000 PVVS	100%
5	989.3	Porcentaje de incremento de los gastos multisectoriales en VIH/SIDA	0	323%			
	22'179.7						

Satisfacción de Usuarios

Distintos actores vinculados a cada objetivo brindaron sus opiniones sobre el programa. En síntesis, plantearon lo siguiente:

- ⊙ **Objetivo 1:** Pese a los esfuerzos realizados, existen opiniones divididas sobre el grado de integración del programa con el sistema educativo, así como con el de salud. Cambió a los jóvenes y tutores pero tuvo menor impacto en los beneficiarios directos. No consideró a la familia. Su principal problema ha sido su cobertura limitada y un limitado seguimiento.
- ⊙ **Objetivo 2:** Los PEPs están satisfechos con las capacitaciones recibidas, aunque tienen quejas sobre sistema de metas y falta de materiales. Existe una mayor aceptación de la AMP y una percepción de mejora de servicios en el tiempo. Se perciben mejoras en la prevención al interior del sistema carcelario.
- ⊙ **Objetivo 3:** Servicio bien aceptado, por su utilidad y su gratuidad, aunque se cree que el trabajo con las gestantes debió haber abarcado temas de salud sexual y reproductiva y de empoderamiento de las mujeres.
- ⊙ **Objetivo 4:** Se percibe un proceso de mejora continua del programa a través de dinámica ensayo-error, generándose nuevas demandas. Buena participación de población usuaria; se ha dado también fenómeno de integración entre instancias.
- ⊙ **Objetivo 5:** Su mayor logro fue la consolidación de la CONAMUSA como instancia multisectorial nacional independiente de los proyectos del Fondo Mundial. Aunque hubo una

activa participación de las personas afectadas en el proceso, desafortunadamente no se dio el mayor involucramiento de estas personas (política promovida internacionalmente como MIPA). Las COREMUSAS atribuyen su existencia y desarrollo al proyecto.

Eficiencia

- ⊙ El Objetivo con mayor eficiencia en el gasto, en cuanto a resultados obtenidos fue el Objetivo 4: **La proporción de PVVS en fase de inmunodeficiencia que reciben TARGA según protocolo evolucionó de 25% a 92.2% frente a una inversión US \$ 14 millones.**
- ⊙ Luego se encuentra el Objetivo 3: **La proporción de gestantes que se realizan pruebas de tamizaje para VIH durante el embarazo evolucionó de 36.9% a 69.5% con una inversión US \$ 1.7 millones.**
- ⊙ La eficiencia y resultados de los Objetivo 2 y 1, se limita al grupo intervenido:
 - **La proporción de HSH que utilizó preservativos en el último encuentro, se incremento en 1.4 puntos porcentuales con una inversión US \$ 2.7 millones.**
 - **El porcentaje de adolescentes mujeres y varones que utilizaron preservativos para prevenir las ITS/VIH en su última relación sexual (últimos 3 meses) se incrementó en 10.1 puntos porcentuales con una inversión US \$1.8 millones.**
- ⊙ **Con respecto al Objetivo 5, se consiguió el incremento de los gastos multisectoriales en VIH/SIDA con una inversión US \$1 millón.**

Gestión

- ⊙ Se necesita un mayor análisis cuali-cuantitativo que examine en específico el funcionamiento del modelo de “Financiamiento por resultados” del Fondo Mundial, en el Perú; éste parece ser un modelo que ha contribuido a la dinamización de las diversas acciones de la 2da. Ronda.
- ⊙ Los recursos financieros (desembolsos) han sido proporcionados de forma oportuna por el Fondo Mundial, aunque han existido factores programáticos y logísticos que han impedido una mayor velocidad de ejecución de los recursos, entre ellos: a) el inicio tardío del programa, b) la inadecuación de las metas programadas y c) las dificultades en la ejecución de procesos contratación y adquisición (incluida la selección de los Sub Receptores).
- ⊙ La “integración programático-financiera” ha facilitado la ejecución de recursos y mejorado la capacidad de absorción de recursos financieros.
- ⊙ El Receptor y los Sub Receptores han cumplido con los requerimientos administrativos financieros

Eficiencia y gestión: lecciones aprendidas

PRACTICAS A CONTINUAR	PRACTICAS A EVITAR
<ul style="list-style-type: none"> - Rendiciones mensuales a tiempo - Desembolsos a SR para 3 a 6 meses - Pagos oportunos a proveedores de SR - Gasto ejecutado según programación de SR - Pronta comunicación de errores del Receptor Principal al SR - Monitoreo financiero por Producto (Receptor Principal) - Monitoreo financiero por Insumo (SR) - Informes programáticos trimestrales (SR) - Rendiciones financieras mensuales (SR) 	<ul style="list-style-type: none"> - Demora en rendiciones de contraparte - Desembolsos a SR para 1 mes - Saldos inmovilizados en cuentas de SR - Gasto acelerado para cumplir metas - Reincidencia en errores - Reportes de monitoreo financiero densos - Informes programáticos mensuales de los SR

Sostenibilidad

- ⊙ Los informantes consideran que existió poca claridad para definir la política más adecuada de prevención, con acciones de atención médica periódica basadas en la detección de casos de ITS, con limitados elementos para el cambio de comportamientos.
- ⊙ Las acciones del objetivo 1 son las menos sostenibles porque, según las autoridades educativas, nunca se incorporaron estructuralmente en el sector educación, y porque no se dio un compromiso claro de los sectores educación y salud para allanar los obstáculos normativos al acceso de los jóvenes a los servicios.
- ⊙ En relación con la transmisión vertical la estrategia está circunscrita a la población de mujeres con parto institucional y es débil aun la coordinación entre las estrategias de ITS/VIH y la de Salud Sexual y Reproductiva.
- ⊙ En relación al TARGA, si bien se ha incorporado el tratamiento con relativo éxito gracias a un conjunto de cooperantes como SES (Socios en Salud), ONUSIDA, VIA LIBRE e IMPACTA, entre otros, aún quedan preguntas sobre el seguimiento de efectos adversos y resistencia de medicamentos, así como la centralización de la administración del medicamento que viene complicando las acciones en los Hospitales y debilitando las capacidades potenciales de los CERITSS.
- ⊙ Aunque el MINSA y la CONAMUSA han sido instancias fundamentales, tanto para la ejecución, como para la consecución de los logros técnicos y operativos del proyecto. Existe la percepción en los beneficiarios directos e indirectos de que ambas instituciones han tenido, en algunos momentos, una presencia más bien debilitada frente al Proyecto.
- ⊙ Otro elemento importante para reflexionar con respecto a la sostenibilidad para los cinco objetivos analizados, se relaciona con los productos técnicos: llámense guías, formatos, materiales de información, materiales de comunicación, materiales pedagógicos y otros

generados por las diferentes intervenciones. Al respecto, en algunas entrevistas los actores manifestaban su preocupación por la falta de socialización de estos materiales: no se les entregaba, no sabían dónde podían encontrarlos, etc.; incluso plantean que no se ha continuado la utilización de estos materiales en las siguientes rondas, lo cual hubiera sido pertinente para impulsar la continuidad de los hallazgos.

- ⦿ Sobre la socialización futura de estos productos, la propiedad de estos productos recae en el Receptor Principal que, de acuerdo a cláusulas contractuales, prevé su posterior donación. Algunos actores claves recomiendan que, para contribuir a la institucionalización y sostenibilidad de estos proyectos los productos deben ser de propiedad del Estado y de acceso público.
- ⦿ En relación a la transmisión vertical la estrategia estaba circunscrita a la población de mujeres con parto institucional; siendo un punto en contra la carencia de coordinación con la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva.

Glosario de Términos

AMP:	Atención Médica Periódica
ARM:	Antirretroviral
CEPs:	Consejeros Educadores de Pares
CERITTS	Centro de Referencia para Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual
CONAMUSA:	Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud
COREMUSA:	Coordinadora Regional Multisectorial en Salud
CPN:	Control Pre-Natal
DGE:	Dirección General de Epidemiología
DGSP:	Dirección General de Salud de las Personas
DISA:	Dirección de Salud
DIRESA:	Dirección Regional de Salud
DITOE:	Dirección de Tutoría y Orientación Educativa
ESI:	Educación en Sexual Integral
ESN ITS/VIH/sida:	Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de ITS/VIH-SIDA
ESSS y R:	Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva
FM:	Fondo Mundial
FMSTM:	Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
Gestante VVS:	Gestante Viviendo con VIH
HM:	Hoja de Monitorización
HSH:	Hombres que Tienen Sexo con Otros Hombres
IE:	Institución Educativa
IEC:	Información, Educación y Comunicación
IES:	Instituto de Educación y Salud
INPE:	Instituto Nacional Penitenciario
INS:	Instituto Nacional de Salud

ITS:	Infección de Transmisión Sexual
MCP:	Mecanismo Coordinador País
MINEDU:	Ministerio de Educación
MINSA:	Ministerio de Salud
MIPA:	Mayor Involucramiento de las Poblaciones Afectadas
OGEI:	Oficina General de Estadística e Informática
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONG:	Organización No Gubernamental
PEPs:	Promotores Educadores de Pares
PPL:	Persona Privada de Libertad
PR:	Prueba Rápida
PROCETTS:	Programa de Control de ETS y SIDA
PVVS:	Persona Viviendo con VIH y Sida
SNIP:	Sistema Nacional de Inversión Pública
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida
SMEII:	Sistema de Monitoreo y Evaluación Integral de Indicadores
SR:	Sub Receptor
SSR:	Salud Sexual y Reproductiva
TARGA:	Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad
TS:	Trabajadora Sexual
UAMP:	Unidad de Atención Médica Periódica
UGEL:	Unidad de Gestión Educativa Local
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida
RPR:	Reagina Plasmática Rápida
RP:	Receptor Principal

Care Perú
Av. General Santa Cruz 659
Lima 11 - Perú
Tel (511) 417 1100
Fax (511) 433 4753
www.care.org.pe
