

## INFORME TRIMESTRAL

### 1. INFORMACIÓN GENERAL:

Programa:	Fortalecimiento de la Prevención y Control del Sida en el Perú
Código de programa <sup>1</sup> :	PER-202-GO1-H-00
País:	Perú
Mecanismo de Coordinación de País:	Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud – CONAMUSA
Receptor Principal:	CARE Perú
Período del programa:	1 de Diciembre del 2005 – 30 de Noviembre del 2008 (Fase II)
Período del informe:	1ro. Diciembre 2005 – 28 Febrero 2006
Fecha de entrega:	15 de Abril 2006

#### Glosario de términos clave

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

<sup>1</sup> Código PER 094 / PE 429 para efectos de control interno del Receptor Principal.

## 2. RESUMEN EJECUTIVO

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

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

Fueron hitos importantes en este trimestre los siguientes:

- El 6 de Diciembre, luego de un proceso en el cual participaron el MINSA, INPE, Sub-Receptores, personas afectadas y demás miembros de la CONAMUSA, y después de obtener la aprobación de la CONAMUSA, el Receptor Principal hizo entrega al Agente Local del Fondo de la propuesta revisada para la fase II del proyecto, incluyendo el sustento técnico de TB-MDR solicitado. Esta propuesta fue paralelamente remitida al Fondo Mundial. Los cambios más importantes respecto a la propuesta remitida en Junio de 2005 se reflejaron en un ajuste presupuestal para respetar el nuevo límite de los montos aprobados por el Fondo Mundial para el Perú para TB y para VIH, la inclusión de recursos destinados al fortalecimiento de la CONAMUSA (\$ 70,000), el 2% del presupuesto asignado a los Sub-Receptores se destinó al fortalecimiento de las agrupaciones de personas afectadas de VIH y la incorporación de un asesor comunitario (PVVS) para cada objetivo.
- El 30 de Noviembre de 2006, el Fondo Mundial y CARE Perú firmaron una addenda al contrato vigente del programa “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú”, a fin de extenderlo hasta el 31 de Enero de 2007 y con ello facilitar la continuidad de las actividades preparatorias de la segunda fase y las pendientes de la primera fase. Para este período, el Fondo Mundial estableció como metas mínimas las siguientes (a ser reportadas en el presente informe del noveno trimestre):
  - ✓ Ingreso de 450 pacientes adicionales al Programa TARGA.
  - ✓ Tamizaje de 25,000 gestantes mediante pruebas rápidas
  - ✓ Contrato de los Sub-Receptores para los objetivos del programa en la fase II.
- Posteriormente, el 13 de Febrero de 2006 el Fondo Mundial y CARE Perú firmaron una segunda addenda al contrato para extenderlo hasta el 31 de Mayo de 2006, fecha que coincide con el final del Décimo Trimestre del programa. Las metas incorporadas en esta segunda addenda eran esencialmente las mismas que se presentaron para el Noveno y Décimo Trimestre al Fondo Mundial junto con la propuesta final para la fase II el 6 de Diciembre de 2006.
- En el mes de Diciembre se realizó el proceso de ratificación condicionada de los Sub-receptores del proyecto VIH, proceso que culminó el 22 de Diciembre con la firma de los contratos entre el Receptor Principal, CARE Perú, y los consorcios que ejecutarán los 5 objetivos de este programa.
- El 16 de Enero de 2006, el MINSA emitió la Resolución Jefatural 004-2006-PAAG, mediante la cual dejaba sin efecto la adquisición de antiretrovirales para el programa TARGA que se había iniciado. Dado que esta Licitación Pública

constituía una garantía para el Fondo Mundial sobre el compromiso del país con la contrapartida para la segunda fase del programa, el donante solicitó a la CONAMUSA las explicaciones del caso. Mediante carta Nro. 644 – 2006 – DM/MINSA del 13 de Marzo de 2006, el MINSA remitió al Fondo Mundial la respuesta a sus interrogantes así como la renovación de su compromiso con los recursos de contrapartida. En Marzo 2006, luego del cierre de este reporte, el proceso de adquisición de antirretrovirales con recursos del estado Peruano se había ya reiniciado.

- El 18 de Febrero se recibió la visita del Gerente de Portafolio para América Latina del Fondo Mundial, Sr. Matías Gómez, quien se reunió con el equipo del Agente Local del Fondo Mundial y con el equipo de gestión de CARE Perú. En la reunión sostenida, se revisaron los aspectos pendientes de la fase I a nivel programático y financiero, y se establecieron las pautas a seguir para la firma del contrato de la fase II del programa en curso y del nuevo programa que implementará el Perú, perteneciente a la V ronda de financiamiento del Fondo Mundial. El Sr. Gómez tuvo la oportunidad asimismo de sostener una conferencia telefónica con la Dra. Pilar Mazzetti, Ministra de Salud y Presidenta de la CONAMUSA, en la cual se ratificó el compromiso del MINSA con la asignación de los recursos de contrapartida para el programa en lo que respecta a la adquisición de los medicamentos.

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

Entre los principales beneficios entregados por el programa en este período de reporte se encuentra el ingreso al programa TARGA de 369 pacientes nuevos al programa TARGA, que junto con los pacientes ingresados en la fase I del programa y por EsSalud y COPRECOS totalizan 6808 pacientes en TARGA en el país, y el tamizaje de 4882 gestantes sin control pre-natal mediante pruebas rápidas (que junto con las anteriormente tamizadas hacen un total de 105,995 gestantes tamizadas por el MINSA en el marco de este programa)

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

En lo que respecta a los avances financieros, desde el inicio del programa en el Perú en Diciembre del 2003 hasta el 28 de Febrero del 2006, el gasto asciende a US\$ 11,259,518.69, correspondiendo un monto de US \$ 2,129,228.15 (US \$ 2,121,859.02 fase I y 7,369.13 fase II) a lo gastado en el último trimestre. Este gasto incluye el realizado por el Receptor Principal y las rendiciones aprobadas e ingresadas al sistema contable de CARE. Un adicional de US\$ 155,533.04 (US \$ 22,872.57 fase I y US \$ 132,660.47 fase II) ha sido desembolsado pero aún no rendido o ingresado al sistema contable de CARE, con lo cual el gasto en el trimestre asciende a US\$ 2,284,761.19. Teniendo en cuenta que a la fecha de este reporte el Fondo Mundial había realizado 04 transferencias por un total de US \$ 12,071,076, el gasto total (rendido y no rendido) equivale al 93.41% de lo desembolsado.

A continuación se describe el avance alcanzado hasta el 28 de Febrero del 2006 en lo que respecta al desarrollo de las actividades generales del programa y a la ejecución programática y financiera de los Sub-Receptores.

### 3. ACTUALIZACIÓN DE LOS AVANCES PROGRAMÁTICOS Y FINANCIEROS

#### 3.1 Resultados concretos alcanzados vs. metas

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

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

En cuanto a los indicadores de cobertura de este objetivo, se tiene los siguientes avances:

Nro.	Indicador	Línea de base	Meta Trimestre IX	Estado actual	Fuente
1.1	Proporción de adolescentes escolares que tienen información de ITS / VIH	57.3% (2003, RP SM&E)	60%	57%	RP, SM&E, 2006
1.2	Proporción de jóvenes, mujeres y varones, que tienen información de ITS / VIH	71.1% (2003, RP SM&E)	60%	38%	RP, SM&E, 2006
1.3	Proporción de adolescentes mujeres y varones, que buscan y encuentran atención y consejería en ITS / VIH	26.3% (2003, RP SM&E)	34%	29%	RP, SM&E, 2006
1.4	Proporción de jóvenes, mujeres y varones, que buscan y encuentran atención y consejería en ITS / VIH	24% (2003, RP SM&E)	31%	28%	RP, SM&E, 2006

La medición de los indicadores de adolescentes y jóvenes correspondiente al Objetivo 1 lo realizó la Universidad Cayetano Heredia entre los meses de Noviembre y Diciembre de 2005, en base a muestras representativas recolectadas en las escuelas donde se ha intervenido y en base a muestras de jóvenes tomadas de hogares. El resultado refleja la intervención en la primera fase del programa.

Respecto al indicador "Proporción de adolescentes escolares que tienen información de ITS / VIH ", de acuerdo a los análisis realizados, si bien los datos encontrados en la segunda medición de los indicadores (final del año 2) no arroja diferencias significativas respecto a los resultados de la primera medición (línea de base), sí se aprecia que la brecha es pequeña respecto a la meta. Esto es atribuible al hecho que los adolescentes están expuestos a mucha información sobre el VIH/SIDA tanto en ambientes escolares como fuera de éstos.

Por su parte, para el mismo indicador en población de jóvenes, se aprecia un cambio dramático entre el valor encontrado en la línea de base y la segunda medición llama la atención sobre dos temas metodológicos: el primero, errores cometidos en la primera medición a nivel del instrumentos utilizado y el segundo, a nivel del muestreo. Ambos han sido corregidos en la segunda medición con miras a mejorar la medición en las siguientes recolecciones de información. Es decir, en la segunda medición la encuesta fue más exigente a nivel de los conocimientos exigidos. El bajo valor hallado llama asimismo a reforzar las estrategias de intervención con jóvenes, pues los mensajes al parecer no están llegando o llegan de manera dispersa y no sostenible a esta población.

Respecto al indicador "Proporción de adolescentes mujeres y varones, que buscan y encuentran atención y consejería en ITS / VIH", en este indicador tampoco se encontraron diferencias significativas respecto a la primera medición de la línea de base, y la brecha entre el resultado y la meta es pequeña. Ello que denota un interesante comportamiento de búsqueda activa de atención en los establecimientos de salud por parte de los adolescentes, lo que significa que la demanda se está levantando poco a poco y restaría al sistema de salud hacer lo propio desde el lado de la oferta para captar de manera sostenible a esta población. Debe entenderse sin embargo que el levantamiento de la demanda es incipiente, y sensu stricto el proyecto no está levantando aún cambios comportamentales significativos en las zonas de intervención.

Como en el caso anterior, el mismo indicador pero en población de jóvenes no presenta diferencias significativas respecto a la primera medición de la línea de base, y la brecha entre el resultado y la meta es pequeña. Ello que denota nuevamente la existencia de un comportamiento de búsqueda activa de atención en los establecimientos de salud. Debe entenderse aquí también que cualquier levantamiento de demanda es aún, a la luz de estos resultados, incipiente, y sensu stricto el proyecto no está levantando aún cambios comportamentales significativos en la población de jóvenes en las zonas de intervención.

En la siguiente tabla de resultados se presentan los productos de este objetivo a nivel de actividades. No obstante, el objetivo 1 no tenía metas programadas para el primer trimestre de la fase II como se puede ver a continuación:

**Tabla resumen de resultados por actividad del objetivo 1<sup>2</sup>**

Nro. De Actividad	Actividad	Indicador	Estado	Total Año 3	T-IX
1	Fortalecimiento de las capacidades de los docentes para la prevención de ITS/VIH y SIDA	Número de adolescentes expuestos a la educación sobre el VIH/Sida impartida por docentes capacitados en ambientes escolares de 1ero a 5to de secundaria	Programado	29400	0
			Ejecutado	0	0
			%	0	#DIV/0!
2	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 1ero a 5to de secundaria	Programado	14000	0
			Ejecutado	0	0
			%	0	#DIV/0!
2	Formación de promotores escolares	Número de adolescentes que recibieron orientación/ consejería en establecimientos de salud	Programado	200	0
			Ejecutado	0	0
			%	0	0
3	Formación de promotores juveniles	No. de Adolescentes y jóvenes expuestos a información sobre VIH/SIDA fuera del ambiente escolar	Programado	11500	0
			Ejecutado	0	0
			%	0	#DIV/0!
3	Formación de promotores juveniles	No. de jóvenes derivados a servicios de atención para recibir orientación sobre VIH/SIDA	Programado	600	0
			Ejecutado	0	0
			%	0	#DIV/0!
4	Comunicación e incidencia pública sostenida	Número de instituciones y canales de TV, de 4 ciudades, que usan el video ficción.	Programado	100	0
			Ejecutado	0	0
			%	0	#DIV/0!
4	Comunicación e incidencia pública sostenida	Nº de instituciones de la sociedad civil, de 4 ciudades, que diseñan y ejecutan campañas de comunicación (2 por año)	Programado	24	0
			Ejecutado	0	0
			%	0	#DIV/0!

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

4	Comunicación e incidencia pública sostenida	N° de promotores adolescentes y jóvenes, de 4 ciudades, que producen y conducen programas de radio de educación-entretenimiento en 4 emisoras masivas.	Programado	20	0
			Ejecutado	0	0
			%	0	#DIV/0!

Durante el presente trimestre, el consorcio Sub-receptor de este objetivo ha realizado las actividades preparatorias para asegurar la calidad de la ejecución en los siguientes trimestres. Para ello, ha sostenido reuniones de coordinación con sus contrapartes técnico-sectoriales para definir los contenidos de los materiales de trabajo y actividades a implementar en la fase II, ha avanzado en el diseño y validación de sus planes e instrumentos de capacitación (para docentes, escolares, promotores, jóvenes, etc.), ha establecido conjuntamente con el MINSA los lineamientos para el flujo de la información referida a los adolescentes y jóvenes que son atendidos en los establecimientos de salud, etc.

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

Este objetivo es ejecutado por el Sub-Receptor Asociación Civil Impacta Salud y Educación, en consorcio con las organizaciones de poblaciones vulnerables “Esperanza” y “Amistad y Respeto”.

En lo que respecta a los indicadores de cobertura del objetivo 2, se tiene lo siguiente:

<b>Nro</b>	<b>Indicador</b>	<b>Línea de base</b>	<b>Meta Trimestre IX</b>	<b>Estado actual</b>	<b>Fuente</b>
2.1	% de HSH abordables que acuden a Atención Médica Periódica	42.40% (MINSA, 2003)	62%	43%	MINSA, 2005
2.2	% de TS que acuden a Atención Médica Periódica	57.70% (MINSA, 2003)	29%	46%	MINSA, 2005
2.3	Número de organizaciones de TS y HSH implementando actividades de defensa de sus derechos, socialización y desarrollo personal	TBD	0	0	SM&E SR, 2005
2.4	Número de TS y HSH que reciben consejería y pruebas rápidas en CERETS y UAMPs	0	0	0	MINSA, 2005

2.5	Número de condones distribuidos de los centros de salud (CERETS y UAMPS) a los TS y HSH	25,000,000 (2005, MINSA)	0	0	MINSA, 2005
-----	---	--------------------------------	---	---	----------------

La fuente de medición de los indicadores referidos a la población que acude a atención médica periódica (AMP) es la Hoja de Monitorización de la ESN VIH del MINSA, y abarca el año 2005. En el caso del indicador “% de HSH abordables que acuden a Atención Médica Periódica”, se refiere a 1267 HSH abordables que acudieron a AMP vs. 3014 HSH abordables que se vieron por primera vez en el año.

El avance es mínimo respecto a la línea basal, y puede atribuirse a un debilitamiento de la estrategia de trabajo con HSH en los últimos años en el sector, y también a la confusión que persiste en los prestadores de salud para notificar un "TS que es a la vez HSH" (generalmente travestis) o si es HSH no TS.

Por su parte, el indicador “% de TS que acuden a Atención Médica Periódica”, se refiere a 6796 TS en AMP vs. 14757 TS que se vieron por primera vez en el año. Los resultados muestran que la proporción de TS controladas regularmente ha experimentado un descenso (nótese que el denominador del año 2003 fue de 18,232 mientras que el del año 2005 es de 14757). Una de las explicaciones es la menor cobertura de la monitorización, pues en los años 2004 y 2005 el MINSA no recolectó la información de manera continuada, con lo que la práctica del reporte en los niveles operativos se vio afectada por el no-reporte. Otra explicación es que haya habido una efectiva disminución de la proporción de TS controladas, lo que si bien es preocupante no dista de ser posible dadas las dificultades que ha enfrentado la Estrategia Nacional de VIH para implementar sus líneas de trabajo con poblaciones vulnerables (cf, gestiones conservadoras en el sector, la conversión de los programas en estrategias sanitarias nacionales y la rotación del equipo del nivel central).

En cuanto al indicador “Número de organizaciones de TS y HSH implementando actividades de defensa de sus derechos, socialización y desarrollo personal”, En este trimestre se han dado solamente las actividades preparatorias, como diseño y validación del material de IEC, coordinaciones entre las diversas agrupaciones , etc. Las metas están planteadas para el próximo trimestre.

Respecto al indicador “Número de TS y HSH que reciben consejería y pruebas rápidas en CERETS y UAMPS”, no se cuenta aún con esta información, ya que el dato ha sido integrado como variable en la Hoja de Monitorización de la ESN VIH del MINSA desde el mes de Enero de 2005. A la fecha de cierre de este reporte aún no se contaba con la información respectiva en el nivel central del MINSA debido a que la información llegará a este nivel a fines del mes de Marzo (trimestre 1 del año en función a los períodos anuales del MINSA). Sobre las adquisiciones de pruebas rápidas por parte del programa, el proceso de compras aún no se ha iniciado.

En lo tocante al indicador “Número de condones distribuidos de los centros de salud (CERETS y UAMPS) a los TS y HSH”, la línea de base refleja los condones entregados por la ESN VIH a los establecimientos de salud, CERETS y UAMPS el año 2005, a ser distribuidos a TS, HSH, PVVs y personas atendidas por ITS. El MINSA asegura que el 100% de los mismos fueron distribuidos a los beneficiarios en dicho año. Respecto a la actualización de este indicador, a la fecha no se cuenta aún con esta información, ya que el MINSA la recolectará de los cuadernos de registro de cada

consejero de par en los Establecimientos de Salud. La definición del flujo de información para este tipo de dato está en construcción.

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

**Tabla resumen de resultados por actividad del objetivo 2**

Nro. De Actividad	Actividad	Indicador	Estado	Total Año 3	T IX
1	Fortalecimiento de los Establecimientos de Salud (CERETS / UAMP)	14 establecimientos de salud (CERETS y UAMPs) fortalecidos con equipos, medicamentos e insumos para AMP.	Programado	14	0
			Ejecutado	0	0
			%	0	#DIV/0!
1	Fortalecimiento de los Establecimientos de Salud (CERETS / UAMP)	Número de TS y HSH que reciben pruebas rápidas en CERETS y UAMPs	Programado	20000	0
			Ejecutado	0	0
			%	0	#DIV/0!
2	Fortalecer la búsqueda activa de las ITS a través de la Atención Médica Periódica (AMP)	Número de TS y HSH referidos a CERETS y UAMPs por promotores educadores de pares	Programado	1440	0
			Ejecutado	0	0
			%	0	#DIV/0!
3	Fortalecimiento de las Organizaciones de TS y HSH	numero de organizaciones de TS y HSH implementando actividades de defensa de sus derechos, socialización y desarrollo personal	Programado	16	0
			Ejecutado	0	0
			%	0	#DIV/0!
4	Promoción y disponibilidad del condón	Número de condones distribuidos de los establecimientos de salud a los beneficiarios finales (TS y HSH)	Programado	1200000	0
			Ejecutado	0	0
			%	0	#DIV/0!

	5 Consultorio Virtual con enfoque en derechos humanos.	Numero de TS y HSH que reciben orientación y asesoría en DDHH	Programado	100	10
			Ejecutado	46	46
			%	46%	460%

Durante el presente trimestre, el consorcio Sub-receptor de este objetivo ha realizado las actividades preparatorias para asegurar la calidad de la ejecución en los siguientes trimestres, y también ha realizado un intensivo trabajo para levantar la información sobre los CERETS y UAMPs y también sobre las organizaciones de TS y HSH en los ámbitos de intervención, que les permita asegurar que el fortalecimiento de los CERETS incorporará las necesidades sentidas de los equipos de salud que allí laboran y que los contenidos de los materiales de difusión, capacitación, atención, etc. cuentan con la calidad necesaria para asegurar el impacto y sostenibilidad de la intervención. Para ello, ha sostenido reuniones de coordinación con su contraparte técnico-sectorial para definir los contenidos de los materiales de trabajo y actividades a implementar en la fase II, ha avanzado en el diseño y validación de sus planes e instrumentos de capacitación, plan de abogacía y del material de IEC, ha establecido una relación de mutua confianza con la ESN VIH para trabajar de manera muy coordinada el fortalecimiento de los CERETS y el flujo de la información, etc.

En el marco de la actividad 1, el Sub-receptor adquirió y entregó a 12 CERETS equipos de cómputo, y al cierre de este reporte se encontraba evaluando las necesidades de acondicionamiento de los servicios de consejería de aquéllos.

La actividad 5, referida al consultorio jurídico virtual con enfoque de derechos humanos es la única que ha generado producto en el primer trimestre de la fase II, debido a que se trata de una actividad que se inició en la fase I del programa. En este período se atendieron consultas de 57 usuarios, de los cuales 46 fueron consultas sobre Derechos Humanos y las restantes 11 sobre otros temas de interés (tratamientos, consultas y acceso a establecimientos de salud).

Sobre las adquisiciones de condones y pruebas rápidas por parte del programa, al cierre de este reporte el proceso de compras aún no se había iniciado.

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

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

En lo que respecta a los indicadores de cobertura del objetivo 3, el estado actual es el siguiente:

Nro.	Indicador	Línea de base	Meta Trimestre IX	Estado actual	Fuente
------	-----------	---------------	-------------------	---------------	--------

3.1	Numero % de gestantes seropositivas sin control pre-natal que reciben profilaxis con antirretrovirales al momento del parto institucional	0 (2003, MOH)	70%	3 75%	MINSA, 2006
3.2	Número y % de gestantes sin control prenatal tamizadas con consejería y pruebas rápidas en el momento del parto institucional	0 (2003, MOH)	70%	4872 18%	MINSA, 2006
3.3	Número y % de gestantes que se realizan pruebas de consejería tamizaje para VIH	197602 36.9% (2003, MOH)	25%	61050 52%	MINSA, 2006

El indicador “Numero % de gestantes seropositivas sin control pre-natal que reciben profilaxis con antirretrovirales al momento del parto institucional “ es un indicador no acumulativo y se refiere al avance logrado en el trimestre de reporte (Diciembre 2005 - Febrero 2006). El MINSA reporta para este indicador 3 gestantes seropositivas sin control pre-natal que recibieron profilaxis con Nevirapina en el período, de un total de 4 reactivas que se identificó al momento del parto institucional y que no habían tenido tamizaje previo (se asumen como sin control pre-natal hasta que el MINSA instituya en sus sistemas de captura y reporte de información la variable "sin control pre-natal"). Adicionalmente, entre las gestantes con control pre-natal tamizadas se encontró 17 VIH+, y de aquéllas, 13 recibieron AZT y 3 recibieron TARGA como profilaxis de la transmisión vertical (TV).

En TV, el MINSA sigue en proceso de reforzar sus sistemas internos de tamizaje, entrega de profilácticos y ampliación de la cobertura de control pre-natal, por lo que las brechas identificadas y cifras naturales reflejan este proceso en construcción. La suspensión del plan de emergencia de TV por falta de recursos mantendrá la dilación de este proceso por varios meses más.

Respecto al segundo indicador, “Número y % de gestantes sin control prenatal tamizadas con consejería y pruebas rápidas en el momento del parto institucional”, en la primera fase, este indicador se reportó solamente a nivel de pruebas rápidas aplicadas a gestantes sin control pre-natal (SCPN), y al cierre de la fase I se llegó a tamizar a 84,834 gestantes. Además de las 4882 gestantes SCPN tamizadas en este trimestre, 16,239 gestantes con control pre-natal (CCPN) recibieron prueba rápida. En total, encontramos que 105,955 gestantes fueron tamizadas mediante pruebas rápidas. Cabe precisar que el porcentaje que refiere el indicador (18%) se ha estimado sobre las gestantes SCPN programadas (no reales) para este período, ya que el MINSA aún no está recolectando este dato en sus sistemas de información.

Desde la fase I del programa los tamizajes se han dado de manera continuada. El problema en el logro es que se priorizó la entrega de pruebas rápidas a las DISAS que atienden mayor cantidad de gestantes y además que no cuentan con lectora de

ELISA, lo que hace que las gestantes SCPN que llegan a EESS que sí cuentan con ELISA no reciban sus pruebas rápidas. Esto se corregirá cuando las DISAS empiecen a comprar sus pruebas rápidas con recursos propios este año

En cuanto al indicador “Número y % de gestantes que se realizan pruebas de consejería tamizaje para VIH”, se consideran aquí 21,111 gestantes con y sin control pre-natal que recibieron pruebas rápidas, más 39,939 gestantes CCPN que recibieron ELISA, lo que totaliza 61,050 gestantes tamizadas. Dado que el MINSA esperaba a un total de 117,223 gestantes, se ha encontrado que el 52% de ellas fueron tamizadas y recibieron la respectiva consejería. La disponibilidad de lectora de ELISA y de pruebas rápidas en las DISAS y EESS maternos es un aspecto que el MINSA aún está tratando de solucionar para ampliar la cobertura de tamizaje a las gestantes. La meta es llegar a la cobertura universal de tamizaje a gestantes porque así lo señala la Ley Peruana, no obstante esto debe ir de la mano con la ampliación de la cobertura de control pre-natal y también la mejora de los sistemas de abastecimiento de pruebas reactivos y lectoras. Lo último es un proceso que está en construcción en el MINSA

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

**Tabla resumen de resultados por actividad del objetivo 3**

Nro. De Actividad	Actividad	Indicador	Estado	Total Año 3	T IX
1	Campaña de difusión dirigida a la población en general sobre descarte de VIH en la gestante y mejora del acceso a servicios de salud (1)	Número de gestantes que acuden a 1º CPN en Establecimientos de Salud que recibieron información a través de medios masivos (meta: 10%)	Programado	0	0
			Ejecutado	0	0
			%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
1	Campaña de difusión dirigida a la población en general sobre descarte de VIH en la gestante y mejora del acceso a servicios de salud (1)	Nº de campañas	Programado	2	0
			Ejecutado	0	0
			%	0	#¡DIV/0!
1.a	Abogacía sobre transmisión vertical	Nro. De autoridades sensibilizadas	Programado	160	20
			Ejecutado	0	0
			%	0	0
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 (1)	1350 profesionales de la salud capacitados en manejo de tamizaje, consejería, derechos y promoción en TV	Programado	1040	230
			Ejecutado	0	0
			%	0	0

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 (1)	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	Programado	360	90
			Ejecutado	0	0
			%	0	0
3	Plan de incremento del tamizaje para VIH en gestantes sin tamizaje en regiones no intervenidas (1)	Número de gestantes seropositivas sin control prenatal que reciben profilaxis con antirretrovirales al momento del parto institucionalizado (meta: 100% anual)	Programado	200	20
			Ejecutado	3	3
			%	0.015	15%
3	Plan de incremento del tamizaje para VIH en gestantes sin tamizaje en regiones no intervenidas (1)	Número de gestantes sin control prenatal tamizadas con pruebas rápidas en el momento del parto (meta: 70% anual)	Programado	100000	10000
			Ejecutado		4872
			%	0	49%
3	Plan de incremento del tamizaje para VIH en gestantes sin tamizaje en regiones no intervenidas (1)	Número de gestantes que se realizan pruebas de tamizaje para VIH durante el embarazo ELISA y PR (Meta anual: 60%)	Programado	360000	60000
			Ejecutado		61050
			%		102%
4	Apoyo sistema de información-monitoreo y evaluación de TV - MINSAT	Nro. De sistemas de información, monitoreo y evaluación de transmisión vertical operativo	Programado	1	0
			Ejecutado		0
			%	0	#DIV/0!

En este período de reporte, el Sub-receptor se abocó a desarrollar las actividades preparatorias de la implementación de la fase II, coordinar con sus contrapartes técnico-sectoriales, el diseño de los talleres y planes de capacitación, el diseño de instrumentos de evaluación, la definición de perfiles de capacitandos y la selección de los mismos, y el establecimiento, conjuntamente con las Estrategias Sanitarias Nacionales de VIH y de Salud Sexual y Reproductiva, de los lineamientos de los aspectos que se fortalecerán en el sistema de información del programa de transmisión vertical.

Las metas que tenía previstas este objetivo en términos de capacitaciones y abogacía con autoridades fueron trasladadas a los meses de Marzo y Abril, debido a que hubo una demora en el primer desembolso por parte del Receptor Principal, que a su vez no contó con la autorización del Fondo Mundial para hacer efectivos los primeros desembolsos de la fase II sino hasta ya avanzado el mes de Febrero (casi culminando el trimestre).

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

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

En lo que respecta a los indicadores de cobertura del programa, se tiene lo siguiente:

<b>Nro.</b>	<b>Indicador</b>	<b>Línea de base</b>	<b>Meta Trimestre IX</b>	<b>Estado actual</b>	<b>Fuente</b>
4.1	Número y % de personas viviendo con VIH en fase de inmunodeficiencia que reciben antirretrovirales	2158 25% (MINSA, 2003)	7000 61.25%	6808 92%	MINSA, 2006
4.2	% de adherencia al tratamiento antirretroviral	0 (MINSA, 2003)	80%	27%	MINSA, 2006
4.3	Número de personas viviendo con VIH que reciben pruebas de monitoreo de la carga viral y CD4	25% (MINSA, 2003)	6075	6718	INS, 2006

Acerca del indicador “Número y % de personas viviendo con VIH en fase de inmunodeficiencia que reciben antirretrovirales”, El avance de 6808 pacientes incluye datos del Ministerio de Salud (4269 pacientes), de la Seguridad Social Peruana (EsSalud, 2333 pacientes) y de COPRECOS (213 pacientes). El porcentaje ha sido estimado a partir de los datos del MINSA solamente: 4262 pacientes en TARGA más 369 pacientes en espera de ingresar a TARGA. No se incluye aquí a los demás pacientes debido a que no hay información disponible sobre los pacientes en espera de la Seguridad Social y COPRECOS por el momento.

El avance en cuanto a la adherencia de los pacientes corresponde a una forma de medición compuesta que ha desarrollado la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control del VIH del MINSA. Esta forma compuesta y novedosa incluye, además de la medición de la adherencia por nivel de cumplimiento en la toma de los medicamentos ARV, otros aspectos del equipo multidisciplinario, como son por ejemplo: la percepción de la adherencia por parte del psicólogo y del trabajador social del equipo. Al ser más exigente la forma de medida que la convención internacional, el valor de cumplimiento se ha encontrado reducido. Sin embargo, se estima que de limitarse la medición a la toma de los medicamentos, el porcentaje subirá considerablemente. El RP está trabajando con la ESN VIH del MINSA para

desagregar el valor correspondiente sólo al cumplimiento del paciente en lo que respecta a la toma de medicamentos y reportarlo en el siguiente informe como adherencia, con un mejor nivel de precisión respecto al estándar internacional.

De otra parte, en lo referente al indicador “Número de personas viviendo con VIH que reciben pruebas de monitoreo de la carga viral y CD4”, el Instituto Nacional de Salud (INS) registró en la fase I del programa un total de 5793 personas viviendo con VIH que habían accedido al monitoreo de CD4 y Carga Viral. Sólo en el período Diciembre 2005 - Enero 2006, el INS ha reportado un total de 925 personas adicionales que han recibido el monitoreo de CD4 y CV (277 mujeres y 648 varones). El dato presentado como estado actual en este reporte, 6718 personas monitoreadas, acumula a las personas monitoreadas en la fase I. En términos del número de pruebas aplicadas, se ha registrado en el sistema del INS un total de 2595 pruebas de CD4 y 2949 pruebas de Carga Viral aplicadas en este período de reporte.

Adicionalmente, cabe precisar que en el caso del monitoreo de pacientes por CD 4 y Carga Viral, el dato registrado se refiere solamente a los pacientes del MINSA que se encuentran en TARGA, y también a un aproximado de 35% de personas viviendo con VIH que no han ingresado a TARGA aún por no encontrarse con las condiciones clínicas para ello pero que son monitoreadas para saber en qué momento debieran ingresar al programa.

Respecto a los indicadores cuyo cumplimiento quedó pendiente en la fase I del programa, respecto a la evaluación de la seroreversión de los niños y la realización de pruebas de genotipificación en pacientes seropositivos, se tiene lo siguiente:

<b>Nro.</b>	<b>Indicador</b>	<b>Línea de base</b>	<b>Meta Trimestre IX</b>	<b>Estado actual</b>	<b>Fuente</b>
2b	Número de niños expuestos menores de 18 años que han sido tamizados con pruebas de PCR ADN cualitativo para VIH (3 pruebas por niño)	0	250	197	INS, 2006
2c	Número de personas que recibieron pruebas de genotipificación para evaluar resistencia	0	300 (200 additional to target for Year 1)	99	INS, 2006

Aceca del “Número de niños expuestos menores de 18 años que han sido tamizados con pruebas de PCR ADN cualitativo para VIH”, en la fase I del programa se logró realizar el ADN-PCR cualitativo a un total de 116 bebés expuestos a la transmisión vertical. Es este período de reporte, se aplicó la prueba a otros 81 niños. De ellos, 7 resultaron VIH positivos en la primera prueba (son tres en total por cada niño). La demora en alcanzar la meta de este indicador se debe a que se encuentra aún en proceso de estandarización de este tipo de pruebas en el Perú, y se aplica a los niños que en cada período son identificados como expuestos al VIH. En el siguiente trimestre se aplicará la prueba a otros 50 niños expuestos al VIH

Respecto a las genotipificaciones, en la fase I del programa se había realizado las pruebas de genotipificación a 36 personas viviendo con VIH. En el Trimestre IX, se avanzó con pruebas de otras 63 personas, lo que totaliza 99 personas viviendo con VIH que cuentan ya con el reporte de sus pruebas de genotipificación. Las últimas 63 pruebas han sido procesadas en la Universidad de Milán por iniciativa del INS (dentro de un lote de 150 pruebas que fueron remitidas a dicho lugar en Octubre pasado para el respectivo procesamiento), debido a que en el Perú el proceso de implementar las genotipificaciones avanza aún muy lentamente. El proceso en mención todavía están en fase preparatoria (coordinaciones entre las instancias del MINSA y otras externas), e implica la conformación de un comité nacional que evalúe los casos cuya resistencia debe ser establecida a través de la genotipificación, la implementación de una red de expertos y la capacitación del personal de salud, elementos que todavía no se han cristalizado en el país.

El detalle de los avances en términos de las actividades de este objetivo se aprecian en la siguiente tabla de resultados:

**Tabla resumen de resultados por actividad del objetivo 4**

Nro. De Actividad	Actividad	Indicador	Estado	Total Año 3	T IX
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.	Programado	0	0
			Ejecutado	0	0
			%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
1	Implementación de un sistema de participación social sostenible aplicado a la Atención Integral de las PVVS	Número de PVVS en targa que reciben consejería por los CEPS.	Programado	3072	48
			Ejecutado	0	0
			%	0%	0%
1	Implementación de un sistema de participación social sostenible aplicado a la Atención Integral de las PVVS	PVVS en TARGA que reciben atención domiciliaria por voluntarios.	Programado	2400	600
			Ejecutado	68	68
			%	3%	11%

1	Implementación de un sistema de participación social sostenible aplicado a la Atención Integral de las PVVS	Nro. de PVVS enTARGA que reciben orientación sobre el uso adecuado del condón y 5 condones mensuales (meta trimestral: 60%).	Programado	5500	0
			Ejecutado	0	0
			%	0%	#¡DIV/0!
2	Fortalecimiento del sistema de enrolamiento y provisión del TARGA	Número de Direcciones de Salud con un sistema de provisión de TARGA fortalecido.	Programado	34	0
			Ejecutado	0	0
			%	0%	#¡DIV/0!
3	Tratamiento antirretroviral para PVVIH en fase de inmunodeficiencia	Número y % de personas viviendo con VIH en fase de inmunodeficiencia que reciben antirretrovirales (no acumulativo)	Programado	8000	7000
			Ejecutado	0	0
			%	0%	0%
3	Tratamiento antirretroviral para PVVIH en fase de inmunodeficiencia	Número y % de personas viviendo con VIH en fase de inmunodeficiencia que reciben antirretrovirales en el sistema de salud MINSA	Programado	5500	4500
			Ejecutado	4262	4262
			%	77%	95%
4	Monitoreo de PVVs con pruebas de CD 4 y Carga Viral	Número de personas viviendo con VIH que reciben pruebas de monitoreo de la carga viral y CD4	Programado	7425	6075
			Ejecutado	6718	6718
			%	90%	111%

El consorcio ejecutor de este objetivo, como en los casos anteriores, se abocó principalmente en este período de reporte a establecer las coordinaciones y vinculaciones necesarias con su contraparte para poder consolidar las actividades que tiene bajo su responsabilidad en los próximos meses. El Sub-Receptor, se ha identificado y conformado los equipos que trabajarán el modelo de participación social del programa TARGA y el equipo itinerante que va a apoyar a los establecimientos de salud y DISAS en la implementación con calidad del programa TARGA, distribuyó material remanente de la fase I del programa entre la población beneficiaria, ha realizado las validaciones respectivas de los módulos y rotafolios para consejeros educadores de pares, ha diseñado los talleres de capacitación y capacitaciones en servicio y ha realizado inclusive los primeros 6 talleres de la actividad 1 para PVVs, familiares y allegados en temas de soporte emocional (lograron capacitar en estas actividades a 164 personas (a ello se añaden 23 profesionales de la salud que asistieron por interés particular a los talleres).

Cabe precisar que la información sobre los PVVs en TARGA que recibieron atención domiciliaria de voluntarios procede sólo de la red de Trabajadoras Sociales del MINSA en la jurisdicción de Lima. Ellas son las profesionales que están desarrollando el trabajo con voluntarios en el MINSA. En los próximos trimestres se desarrollará con ellas un sistema de información que permita sistematizar mejor la información sobre el trabajo con voluntarios, en el marco del desarrollo del modelo de participación social (actividad 1).

Respecto a la adquisición de antirretrovirales: luego del cierre de este reporte, en el mes de Marzo de 2006, se instaló el Comité de Adquisiciones para dar curso al proceso de compra de los medicamentos ARV del tercer año del programa. Luego del análisis realizado en base al stock actual, precios y plazos de entrega de diversos proveedores, este comité concluyó la realización de la compra a los siguientes Laboratorios:

Cantidad	Descripción	Laboratorio	Plazo de entrega
9,490	Abacavir 300 mg	GSK (a través de IDA)	13 semanas
304,067	Efavirenz 600 mg.	Aurobindo (a través de IDA)	7-8 semanas
37,540 (*)	Estavudina 40 mg.	Cipla (a través de ESKE)	3 semanas
85,504	Lamivudina 150 mg.	Ranbaxy	2 semanas
862,828	Lopinavir + ritonavir 133.3 mg / 33.3 mg	Cipla (a través de ESKE)	3 semanas
113,370	Nevirapina 200 mg	Cipla (a través de ESKE)	3 semanas
243,202 (**)	Zidovudina 300 mg + lamivudina 150 mg	Ranbaxy	4 semanas

Fuente: CARE Peru

En el ínterin, se hizo una compra adelantada a Ranbaxy de 80 mil unidades de Estavudina y de 250 mil unidades de Zidovudina / Lamivudina, para contener el quiebre de stock que ya se empezaba a evidenciar en los establecimientos de salud.

La llegada de las primeras remesas de la compra del tercer año se estima para fines de abril o primera semana de Mayo.

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

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

Respecto a los indicadores de cobertura del objetivo:

Nro	Indicador	Línea de base	Meta Trimestre IX	Estado actual	Fuente
5.1	% de incremento de los gastos (funcionamiento y inversion) multisectorial en VIH / SIDA y TB	S/. 18,635,842 100% (2003, RP sm&e)	S/. 20499426 10%	S/. 29,295,717.20 42.5%	SR SM&E, 2005
5.2	Número de instituciones que participan en comisiones técnicas y comité consultivo de la CONAMUSA	N/A	0	7	SE CONAMUSA, 2006

El indicador “% de incremento de los gastos (funcionamiento y inversion) multisectorial en VIH / SIDA y TB” se encuentra expresado en Nuevos Soles (T/C S/. 3.30 = 1 dólar). El incremento registrado en la inversión multisectorial en TB y en VIH corresponde al año fiscal 2004, según reportes financieros de los Ministerios miembros de CONAMUSA (Salud, Trabajo, Interior, Justicia, etc.), Organismos Públicos Descentralizados y unidades ejecutoras. Los gastos considerados en la estimación fueron los referidos a prevención, atención y/o tratamientos; no incluye gastos de atención médica en salud (personal). La información del año 2005 aún no estaba disponible al momento de la realización del estudio (Diciembre 2005 - Enero 2006), y se levantará en octubre de este año.

Sólo en VIH, la inversión multisectorial fue de \$ 14,524,920, que representa el 136.62% respecto a la inversión en el año base (2003) y se explica en gran medida por la adquisición de medicamentos antirretrovirales que hizo el MINSA para impulsar el inicio del programa TARGA. En cuanto a TB, la inversión multisectorial en el año 2004 fue de \$ 14,769,797 (18.18% de incremento en relación al año 2003)

Respecto al indicador “Número de instituciones que participan en comisiones técnicas y comité consultivo de la CONAMUSA”, al cierre de este informe, aún no estaban operativos los comités técnicos consultivos de la CONAMUSA (cf. su Reglamento). Sin embargo, a nivel de comisiones técnicas conformadas para diversas tareas, un total de 7 instituciones miembros de la CONAMUSA han participado en ellas. Todas estas instituciones son parte de la Secretaría Ejecutiva. Aún no hay reporte sobre actividades del comité de vigilancia de la CONAMUSA en este período (cf. objetivo 5),

pues el Sub-Receptor está abocado a preparar el flujo de procesos e información luego del diseño inicial del sistema de vigilancia que se trabajó en la fase I del programa.

El detalle de los avances en términos de las actividades de este objetivo se aprecian en la siguiente tabla de resultados:

**Tabla resumen de resultados por actividad del objetivo 5**

Nro. De Actividad	Actividad	Indicador	Estatus	Total Año 3	T IX
1	Actividades rectoras y de Fortalecimiento de la CONAMUSA	Número de instituciones que participan en comisiones técnicas y comité consultivo de la CONAMUSA (*)	Programado	23	0
			Ejecutado	7	7
			%	30%	#iDIV/0!
1	Actividades rectoras y de Fortalecimiento de la CONAMUSA	Nº de Ministerios que implementan un Plan Comunicacional concertado con la CONAMUSA	Meta	3	0
			Ejecutado	0	0
			%	0%	#iDIV/0!
1	Actividades rectoras y de Fortalecimiento de la CONAMUSA	Nº de COREMUSAs instaladas (Piura, Cajamarca, Arequipa, Trujillo, Tumbes, Tacna y Ucayali)	Meta	1	0
			Ejecutado	1	1
			%	100%	#iDIV/0!
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	Meta	5	1
			Ejecutado	0	0
			%	0%	0%
3	Fortalecimiento de las organizaciones de PVVS en las COREMUSAs	Nº de organizaciones de PVVS que reciben asesoría en gestión de la Red de ONGs adscritas a la CONAMUSA	Meta	4	0
			Ejecutado	0	0
			%	0%	#iDIV/0!

Como en los casos anteriores, el Sub-Receptor de este objetivo enfocó sus actividades del primer trimestre de la fase II (Noveno del programa en general) a realizar las actividades preparatorias y coordinaciones tanto al interior del consorcio como con las organizaciones que integran las COREMUSAS y la CONAMUSA. Se trabajó asimismo intensamente para definir las características técnicas de las diferentes intervenciones que realizará este objetivo, en particular lo referente al plan de vigilancia social, actividad que quedó inconclusa en la fase I del programa y que en el año 3 de la implementación remontará el retraso y terminará generando, según el compromiso asumido por el Sub-receptor, los instrumentos y procedimientos del plan de vigilancia de la CONAMUSA.

Asimismo, por iniciativa regional se conformó la COREMUSA Piura en el mes de Enero. El Sub-receptor dará en adelante soporte técnico para orientar sus primeras acciones, y se encuentra evaluando el impacto en el liderazgo de la CONAMUSA que podrían tener futuras constituciones espontáneas de COREMUSAS como la de Piura en los próximos meses.

### **3.1.6 Gestión interna del programa por el Receptor Principal**

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

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

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

#### Actividades preparatorias de la fase II:

- Se realizó el proceso de ratificación condicionada de los sub-receptores que implementaron el programa en la fase I, para definir si continuarían o no la implementación en la fase II. Al respecto:
  - El proceso consistió en la revisión de expedientes institucionales y planes de gestión programática, contando en el panel de revisión con miembros de las contrapartes técnico – sectoriales (MINSA e INPE), un evaluador externo convocado especialmente (Dr. Giovanni Bonfiglio) y la especialista de VIH de CARE Perú. Dicho proceso se inició el 12 de Diciembre y culminó el 22 de Diciembre, con la firma de los respectivos contratos con CARE Perú. En el caso del programa VIH, se firmaron los contratos con los consorcios liderados por IES (Objetivo 1), Impacta (Objetivo 2), Flora Tristán (Objetivo 3), Vía Libre (Objetivo 4) y Rosa Blanca (Objetivo 5). Se adjuntan los contratos en el anexo 2 de este informe.
  - Cabe mencionar sin embargo que la ratificación condicionada del Sub-receptor del Objetivo 2 del programa VIH, consorcio conformado por la Asociación Civil Impacta, la agrupación de TS “Esperanza” y la agrupación de HSH “Amistad y Respeto”, con una asesora comunitaria PVVs y ex TS en su equipo de gestión, fue impugnada por un sector de los PVVs que forman parte de la CONAMUSA así como por las agrupaciones de TS

“Miluskas: Vida y Dignidad” y el Movimiento Homosexual de Lima MOHL. Al parecer, ellos cuestionaron la selección de dicho consorcio en tanto decían contar con indicios de que las agrupaciones de TS y HSH que conforman dicho consorcio habían sido constituidas por el mismo líder del consorcio (Impacta) para ejecutar el objetivo y que la asesora comunitaria no era TS por lo tanto no debía ocupar dicho puesto en el equipo técnico del objetivo 2. Ante las denuncias, la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA conformó un equipo ad-hoc para revisar el proceso en que se seleccionó a este consorcio<sup>3</sup>. El equipo ad-hoc concluyó que el comité técnico evaluador había seguido correctamente el procedimiento de ratificación condicionada establecido entre el RP y la CONAMUSA y las pautas dadas desde la CONAMUSA para la conformación de los consorcios y la participación de los afectados, y con ese aval se procedió a la firma del contrato del consorcio ratificado.

- Posteriormente a la firma de los contratos, el proceso de ratificación condicionada tuvo una fase complementaria previa a la dación del primer desembolso a los sub-receptores, que consistió en la revisión de sus planes de monitoreo y evaluación para la fase II del programa y el levantamiento de las observaciones técnicas del comité que revisó los expedientes institucionales y los planes de gestión. Los planes de monitoreo y evaluación tuvieron dos revisiones que culminaron el 6 de Febrero, con los planes de SM&E de los SR aprobados.
- Mediante acta del comité técnico evaluador respectivo, con fecha 15 de Febrero, los Sub-Receptores de los 5 objetivos de VIH fueron ratificados<sup>4</sup>.

#### Apoyo a la gestión en los diferentes niveles de coordinación

- A solicitud de la CONAMUSA, la Coordinación del Programa por parte de CARE Perú diseñó y presentó la propuesta de selección de los Sub-Receptores para la fase II del programa. Se presentaron 3 propuestas: la ratificación automática, la ratificación condicionada y la licitación pública. Finalmente, analizando las ventajas y desventajas de cada alternativa, la CONAMUSA optó por el sistema de ratificación condicionada, y en caso algún Sub-Receptor se abstenga o decida no aplicar, se haría Licitación Pública, como determina el Plan de Compras aprobado por el Fondo Mundial.
- En el mes de Diciembre, el equipo de gestión de CARE Perú revisó los instrumentos, convocó a los Sub-Receptores y revisó, con apoyo de un evaluador externo, Dr. Efraín Félix, los expedientes técnicos de aplicación del Sub-receptor del Objetivo 2. Cabe precisar que el Sub-Receptor del objetivo 1 comunicó en Diciembre a CARE Perú y a la CONAMUSA su decisión de no continuar como Consorcio Colectivo Solidario y la disolución del mismo, lo que obligará a realizar una licitación pública en las próximas semanas para seleccionar mediante proceso competitivo y transparente al Sub-Receptor del Objetivo 1.
- Ha habido una participación permanente y activa de la Coordinación del Programa en las diferentes actividades de la CONAMUSA y en las reuniones semanales de la Secretaría Ejecutiva.
- Se ha sostenido reuniones con la Alta Dirección del MINSA, Direcciones Generales (ie. DGSP, OGE, DIGEMID, etc.) y organismos autónomos del MINSA (como el

---

<sup>3</sup> la revisión incluyó la corroboración de los datos del expediente que Impacta presentó al proceso de ratificación condicionada y entrevistas a la asesora comunitaria y representantes de las agrupaciones de TS y HSH concernidas en la impugnación.

<sup>4</sup> No obstante ello, el primer desembolso de la fase II a los Sub-Receptores demoró aún unas semanas más, debido a que el Fondo Mundial recién autorizó los desembolsos para los planes operativos de la fase II el 18 de Febrero.

INS) para la solución de algunos de los nudos críticos que afectan el proyecto (ie. adquisición de medicinas, para impulsar y acelerar la licitación de las obras de infraestructura en penales con la Alta Dirección del MINJUS y del INPE, entre otras).

- Se brindó apoyo directo (técnico y legal) a la Asociación de Enfermos de Tuberculosis - ASET, para la adquisición del local en el cual operará la Red Solidaria (cf. Actividad 1 del objetivo 1). El local fue finalmente comprado en el mes de Diciembre de 2005.
- Desde el término de los servicios de los Especialistas de TB y VIH al equipo de gestión del Receptor Principal, la Coordinación del Programa (y el administrador de manera alterna) se ha integrado a los Comités de Medicamentos respectivos (para DOTs PLUs y para ARVs) en representación del Programa del Fondo Mundial.

### Supervisión, capacitación y asistencia técnica

- **Supervisión:** no se realizaron actividades de supervisión en tanto no se iniciaron plenamente las actividades de la fase II hasta el mes de Enero de 2006, mes en que dejaron de laborar en el equipo de gestión los Especialistas de TB y de VIH. Al cierre de este informe, se encontraba en proceso la selección de un Especialista de Programa que asumirá de manera integrada las responsabilidades de los dos especialistas de TB y de VIH que tenía el equipo de gestión, entre ellas la función de supervisión.
- **Asistencia técnica:** Algunos temas en los que se ha proporcionado asistencia técnica específica son:
  - En la especialidad de VIH/SIDA, se ha brindado asistencia técnica a los Sub-Receptores y contrapartes en lo referente al diseño de las actividades de la fase II; se participó en el comité de medicamentos (tarea que luego fue asumida por la Coordinación del programa) y los comités técnico-evaluadores del proceso de ratificación condicionada de los sub-receptores de la fase II del programa; de manera tercerizada, se contó con los servicios de una especialista en capacitación para dar asesoría técnica a los sub-receptores de los objetivos 1 al 4 de VIH en el diseño de sus planes de capacitación en la segunda fase, ya que se observó que la capacitación era un elemento transversal a los cuatro objetivos de VIH.
  - En el área de monitoreo y evaluación, se brindó asistencia técnica a los sub-receptores en la elaboración de sus planes de monitoreo y evaluación y en la definición de la estructura de SM&E que operará en la fase II del programa; asimismo, se participó en el proceso de ratificación condicionada de los sub-receptores; se participó en el panel de entrevistadores del nuevo Especialista de Programas para el equipo de gestión; se apoyó técnicamente la definición de lineamientos para el fortalecimiento del sistema de información del programa de transmisión vertical, en estrecha coordinación con el equipo de SM&E del Objetivo 3 de VIH.
  - En cuanto al componente de gestión administrativa, durante este período de reporte el Administrador del programa brindó las orientaciones necesarias para la implementación de los nuevos requerimientos financieros para los sub-receptores en la fase II del programa, como son los nuevos formatos de reporte financiero y la implementación del seguimiento financiero por producto. Asimismo, proporcionó soporte técnico como parte del Comité de Adquisiciones a las diversas licitaciones realizadas en este período de reporte.
- **Capacitación:** se realizaron dos talleres de SM&E: 1) el taller de Buenas Prácticas en SM&E de la primera fase del programa (31 de Enero – 1ro. De Febrero de 2006), el cual se organizó con la expectativa de que los sub-receptores

de la fase II integren en sus sistemas de gestión las mejores prácticas desarrolladas y lecciones aprendidas de la fase I en temas de SM&E; y, 2) el taller de SGP (2 de Febrero de 2006), en el cual se congregó a los coordinadores de SM&E de los sub-receptores y representantes de sus respectivas contrapartes técnico-sectoriales para ingresar la información programática y financiera de la fase II del programa al Sistema Gerencial de Proyectos – SGP, software de SM&E del programa. Asimismo, se sostuvo dos reuniones con los asesores comunitarios y personas afectadas de TB para iniciar la estandarización de criterios respecto a su participación en el SM&E del programa y revisar el formato de reporte trimestral de personas afectadas y pacientes de TB.

#### Monitoreo y Evaluación del Programa:

- **Segunda Medición de la línea de base y evaluación de medio término del programa:**
  - La firma consultora que realiza el estudio de segunda medición de línea de base de los objetivos 1 al 4 de VIH entregó en el mes de Marzo su informe preliminar, el cual se revisó con el apoyo de un consultor externo especialista en VIH. Asimismo, el equipo del objetivo 5 entregó también en Marzo su respectivo estudio de segunda medición de línea de base.
  - Durante el presente período de reporte, no se retomó la evaluación de medio término cuya asignación quedó desierta en la convocatoria a concurso realizada en Octubre de 2005, pues los procesos de selección de los Sub-Receptores, de la culminación del proceso de revisión de la propuesta de la fase II y de la entrega del informe del último trimestre de la fase I consumieron los tiempos disponibles del equipo de gestión reducido (que ya no cuenta con la participación de los Especialistas de TB y de VIH). Se espera retomar este concurso en Marzo.
- **Tablas de Indicadores Clave:**
  - Durante este período de reporte, se continuó revisando las tablas de indicadores de la fase II del programa, pues el Fondo Mundial al parecer aún no está satisfecho con la versión entregada con la propuesta de la fase II y revisiones posteriores. Al cierre de este reporte continuaban las negociaciones, que deben arribar, se espera, a una versión final que será integrada al contrato entre el Fondo Mundial y CARE Perú para la fase II del programa (cuya firma se estima para fines de Mayo).
- **Fortalecimiento del Sistema de información del Ministerio de Salud y software:**
  - Continúa el seguimiento a la consultoría por parte del Comité Técnico conformado para tal fin con usuarios y especialistas en sistemas tanto del MINSA como de CARE Perú (DGSP – ES VIH, DGSP - ESN PCT, INS, DIGEMID, OGE, OGEI por el MINSA y dos representantes de CARE Perú).
  - Ha habido algunos retrasos en la entrega de la firma consultora y también en la aprobación de los productos por parte del MINSA (DGSP), pero se está apelando a los buenos oficios del Comité de Alto Nivel conformado para dar impulso político a este proyecto a fin de remontar los retrasos y poder cumplir con el plazo final de la primera semana de Mayo para la entrega del producto final.
- **Retroalimentación de los avances del programa para la CONAMUSA:** la retroalimentación sobre los avances del programa en el período Diciembre-Febrero se realizará hacia el 15 de Mayo próximo. Los asesores comunitarios sí llegaron a realizar una reunión de retroalimentación el 13 de Marzo de 2006 sobre los avances del trimestre, dirigida a sus bases en las diversas plataformas que ellos representan.

## 3.2 Gastos totales incurridos vs. presupuesto

### 3.1.1 Aspectos generales

Durante este trimestre, el gasto ascendió a US \$ 2,129,228.15 (US \$ 2,121,589.02 fase I y US \$ 7,369.13 fase II). Estos gastos son los realizados por el Receptor Principal y las rendiciones aprobadas e ingresadas al sistema contable de CARE, hasta el mes de Febrero.

Como se puede apreciar en el gráfico No 2 del apéndice 1, durante este trimestre el gasto se ha incrementado teniendo en cuenta los dos trimestres últimos de la fase I.

El gasto acumulado incluyendo el dinero por rendir de la fase I y II alcanza US \$ 11,415,051.73. Del presupuesto de la fase I se ha ejecutado el 87.72%, incluyendo el dinero por rendir.

Teniendo en cuenta que a la fecha del reporte el Fondo Mundial había realizado cuatro desembolsos por un total de US \$ 12,071,076.00, todos correspondiente a la fase I, el gasto desde el inicio del proyecto equivale al 93.41% de lo desembolsado (ver gráfico 3 del apéndice 1)

Al mes de Febrero del 2006, en lo que respecta a la Fase I se realizaron la totalidad de desembolsos a los Sub Receptores por un monto de US \$ 2,662,295.30. Los Sub-Receptores han rendido sus gastos al RP por un total US \$ 2,639,422.73 que equivale al 99% (ver gráfico 6 del apéndice 1).

### 3.1.2 Recuperación de fondos (IGV e intereses bancarios)

Con relación a la recuperación del IGV, se ha recuperado hasta el mes de Febrero aproximadamente US \$ 116,403 de los cuales CARE ha recuperado US \$ 53,552.78, que corresponde hasta el mes de Diciembre 2004.

Los desembolsos que realiza el Fondo Mundial a CARE, se realizan en una cuenta en Nueva York que genera intereses, los cuales al mes de Febrero del 2006 llegan a US \$ 66,257.30.

### 3.1.3 Contrapartida

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

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

### 3.1.4 Subvención según áreas del programa

Al finalizar el mes de Noviembre, la subvención según áreas del programa es del 53% en el área de tratamiento, el 26% en atención y apoyo y el 21% en prevención.

### 3.1.5 Subvención ejecutada según entidades

Del gasto reportado, el 94% ha sido ejecutado por ONGs, el 3% por el sector académico/educativo y el 3% por las personas afectadas.

#### **4 OTROS RESULTADOS, PROBLEMAS Y LECCIONES APRENDIDAS DEL PROGRAMA**

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

Siguiendo las instrucciones que la CONAMUSA dio al RP para el proceso de ratificación condicionada de Sub-Receptores, en la segunda fase del programa todos los objetivos trabajarán en consorcio, y dichos consorcios incluirán a las personas afectadas bajo dos modalidades mandatorias: 1) por lo menos una agrupación de personas afectadas como miembro del consorcio; 2) la contratación de un asesor comunitario, PVVs, como parte del equipo técnico o unidad de gestión de cada objetivo. Así, los consorcios y respectivos equipos técnicos quedaron constituidos en base a estas y otras características especificadas en el proceso de ratificación condicionada. Algunos consorcios optaron por contar con más de un asesor comunitario, como es el caso de los consorcios de los objetivos 3, 4 y 5, y/o consorciarse con más de una agrupación de personas afectadas, como es el caso de los consorcios de los objetivos 3 y 5.

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

La respuesta de los sectores: MINSA y MINEDU ha sido positiva y básicamente proactiva en el primer trimestre de la fase II del programa. El MINSA especialmente mediante una actitud muy abierta al diálogo con los Sub-Receptores a fin de consensuar los contenidos técnicos de los planes operativos y establecer plazos conjuntos para tener listos los primeros productos de la fase II del programa.

Mención aparte merece el compromiso del MINSA en la adquisición de medicamentos antiretrovirales a partir del mes de Setiembre del año 2006, honrando el compromiso asumido con el Fondo Mundial en Noviembre pasado. Al respecto, si bien en Enero se suspendió la Licitación para adquirir medicamentos antiretrovirales que se había iniciado (cf. Resolución Nro. 004-2006-PAAG del 16 de Enero de 2006), el 14 de Marzo el proceso fue retomado y se viene ejecutando de acuerdo a un cronograma que finalizará el 28 de Abril con la dación de la respectiva Buena Pro. Este proceso, denominado LP.1-2006/PAAG, ha sido convocado por el Programa de Acuerdos de Gestión del MINSA (PAAG) y se está ejecutando a través del Consejo Superior de Contrataciones y Adquisiciones del estado (CONSUCODE). La compra de antirretrovirales se hará por un monto de S/. 15,105,869.52. El detalle del proceso de adquisición nacional de antiretrovirales que está en marcha así como la relación de medicamentos y cantidades a adquirir se encuentran publicadas en la página WEB del CONSUCODE [www.consucode.gob.pe](http://www.consucode.gob.pe) y en <http://www.seace.gob.pe> (ingresar por el rubro bienes / medicamentos al final de la página). La Dra. Mazzetti, Ministra de Salud y Presidenta de la CONAMUSA, dirigió la carta Nro. 644 – 2006 – DM/MINSA al Fondo Mundial el 13 de Marzo de 2006 informando de todo lo mencionado en este acápite.

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

En la fase II del Programa VIH, todos los objetivos realizarán un trabajo conjunto con diversas agrupaciones de PVVs. La participación se distribuye de la siguiente manera:

- Objetivo 1: participa la Asociación PROSA (agrupación de PVVS)
- Objetivo 2: participan Esperanza (agrupación de TS) y Amistad y Respeto (agrupación de HSH)
- Objetivo 3: participa la Red de Mujeres Viviendo con VIH (agrupación de mujeres PVVS) y la Red de GAMs (agrupación de PVVS)
- Objetivo 4: participa la Coordinadora Peruana de Personas Viviendo con VIH (agrupación de PVVS)
- Objetivo 5: participa la Coordinadora Peruana de Personas Viviendo con VIH y la Red de Mujeres Viviendo con VIH

Todos los grupos citados hicieron llegar a CARE Perú un informe que describe el grado de participación que están teniendo al interior de cada consorcio y algunas recomendaciones para mejorarlo.

El grado de participación reportado abarca el involucramiento de las personas afectadas en los aspectos de diseño de las actividades, la toma de decisiones en las mismas e inclusive de los aspectos financieros en algunos de los consorcios (caso este último de los objetivos 1 y 5). En los consorcios cuyos espacios de toma de decisión tienen dos niveles, el de equipo de gestión y el de Asamblea de socios del consorcio, las personas afectadas manifiestan tener participación en ambos espacios, lo que es garantía de que estarán involucradas tanto en las decisiones técnicas como en las estratégicas de cada objetivo (objetivos 4 y 5). Asimismo, algunas de las agrupaciones de personas afectadas expresan haber recibido ya algunas sesiones de capacitación al interior de sus consorcios (objetivos 1 y 2), sin embargo se entiende que esto sea aún incipiente dado que muchos de los consorcios recién han culminado las coordinaciones internas y con sus contrapartes previas a la implementación y que la mayoría de capacitaciones se realizará en el siguiente trimestre. Otras agrupaciones reportaron haber tomado ya las riendas del diseño de los contenidos de las líneas de actividad que tienen bajo su responsabilidad y/o la participación en el diseño / validación de módulos y planes de capacitación, como es el caso de los grupos que participan en la línea de advocacy del objetivo 3, o de las agrupaciones que participan en los objetivos 2 y 5.

Destacan de manera especial dos casos:

- La Asociación PROSA, que luego de una primera fase en que su participación transversal en las actividades del objetivo 1 fue bastante sólida y profesional, han asumido un rol más activo en las actividades de capacitación, comunicacionales y de monitoreo y supervisión;
- La Coordinadora Peruana de Personas Viviendo con VIH y la Red de Mujeres Viviendo con VIH, cuyo empoderamiento en la gestión del objetivo 5 es destacable y ha sido bien aprovechado para tender, en el presente período de reporte, los puentes de colaboración entre la CONAMUSA (que dicho objetivo contribuye a fortalecer), y las bases de diversas plataformas de personas viviendo con VIH tanto de Lima como del interior del país. Dos de las actividades promovidas por ellos para la difusión de la CONAMUSA y del programa del Fondo Mundial fueron especialmente importantes en este período: la presentación de la CONAMUSA y de los resultados de la primera fase del programa a sus bases de Lima y provincias, el 15 de Febrero; y la reunión de retroalimentación de la participación y resultados en el primer trimestre de la fase II del programa por parte de los asesores comunitarios a sus bases, el 13 de Marzo.

Finalmente, se puede concluir que las agrupaciones de personas afectadas reportan diferentes grados de participación e involucramiento en las actividades y toma de decisiones, pero un elemento que destaca en dichos reportes es que mucho de este nivel de involucramiento tiene que ver con el grado de consolidación que tienen los propios consorcios en su interior (hayan o no tenido personas afectadas en su interior en la primera fase del programa) y el grado de avance de las actividades de la fase II que hayan alcanzado a desarrollar en el presente período de reporte. Es decir, el acceso a la información financiera puede estar supeditado, en este primer momento de implementación conjunta, a si el consorcio incorporó o no la práctica de socializar la información financiera con sus demás miembros, o la participación efectiva en la ejecución de talleres de capacitación, ha estado supeditada a la respectiva planificación de los mismos en el plan operativo para este período. Consideramos que en los siguientes reportes se tendrá mayores y mejores elementos para considerar la sostenibilidad del involucramiento de las personas afectadas en la gestión de los consorcios y en la realización de las actividades, cuando ya todos los objetivos se encuentren ejecutando al 100% su plan operativo.

Por otra parte, cabe destacar que a raíz de los reclamos de algunos movimientos de TS y HSH por la ratificación condicionada del Sub-receptor del Objetivo 2 del programa VIH (cf. acápite 3.1.6), el tema ha sido asumido por la CONAMUSA, espacio en el cual se está considerando la eventual modificación de su Reglamento para que más grupos de la sociedad civil y poblaciones vulnerables, entre ellos las agrupaciones Miluska y MOHL, puedan contar con un lugar desde el cual hacer oír su voz y también tener una participación más activa en el diseño e implementación de proyectos dirigidos a poblaciones vulnerables como las que ellos representan.

Al respecto, no se puede dejar de mencionar que un aspecto preocupante en el desarrollo de las actividades de este período de reporte lo han constituido las actitudes hostiles que ha recibido la asesora comunitaria del objetivo 2 del programa VIH, particularmente por parte de los miembros de las agrupaciones que impugnaron la ratificación del consorcio responsable de implementar el objetivo 2 del programa. Dicha asesora comunitaria ha solicitado el pronunciamiento de CARE Perú al respecto, pues en espacios públicos en que se ha presentado como parte del consorcio del objetivo 2, ha sido objeto de comentarios y observaciones respecto de su persona que afectan sus derechos más básicos por parte de algunos miembros de los demás grupos de afectados, lo que no se condice con la misión de grupos que defienden los derechos de las poblaciones vulnerables. Confiamos sin embargo en que se impondrá a la larga una actitud madura por parte de todos los grupos de afectados y poblaciones vulnerables, y que todos sabrán comprender que el país y la CONAMUSA están atravesando un proceso de progresiva inclusión de todos los grupos representativos de poblaciones afectadas y vulnerables que aún se encuentra en marcha, y que no es saludable dirigir sus reclamos al respecto hacia una persona en particular sino más bien integrarse de manera constructiva a un proceso que trasciende los límites institucionales hasta transformarse en un tema multisectorial e interinstitucional.

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

La incorporación del nuevo Secretario Ejecutivo de la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA, Dr. Rubén Mayorga, ha aportado fluidez en la comunicación y en los niveles de coordinación cotidianos entre los miembros del MCP y el Receptor Principal del Programa. Un valor agregado de este cambio es que se ha independizado la

gestión del objetivo 5 del programa VIH de la gestión de la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA (que anteriormente se encontraban bajo responsabilidad de la misma persona), lo que se espera contribuirá a una gestión más eficaz y técnica del objetivo 5.

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

#### **4.5 Lecciones aprendidas**

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

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

#### **5.1 Cambios planificados para el programa**

En el presente período de reporte, solamente el objetivo 5 ha realizado ajustes a su plan operativo. En dicho ajuste se incorporó los indicadores “Nro. De organizaciones de PVVs fortalecidas” y “Nro. De organizaciones de PVVs incorporadas en las COREMUSAS” (para los cuales estableció las metas respectivas), en lugar del indicador de producto anterior “Nro. De organizaciones de PVVs asesoradas en gestión por la red de ONGs adscritas a la CONAMUSA”. Asimismo, se retiraron los indicadores de sub-actividad o insumo “Selección de equipo consultor para elaboración de propuesta de estructura orgánica”; “Elaboración de una propuesta de estructura orgánica para organizaciones de PVVS” y “Sistematización de la experiencia”. Ambos cambios fueron realizados a fin de que el plan operativo refleje de manera realista el plan de trabajo que las PVVs iban a desarrollar en el marco de este objetivo, pues al parecer lo que se mencionaba en el plan operativo original no había sido consensuado con las dos organizaciones de PVVs que finalmente forman parte del consorcio.

En el anexo 3 se adjunta el plan operativo tal como ha quedado luego de este cambio.

#### **5.2 Cambios planificados para el presupuesto**

Al cierre del presente reporte, algunos Sub Receptores habían solicitado cambios en sus presupuestos, los cuales estaban siendo evaluados por el equipo de gestión del proyecto. En el próximo informe se proporcionará el detalle de los cambios aceptados

### **APÉNDICES**

- APÉNDICE 1: Reporte Financiero
- APÉNDICE 2: Contrato de Sub-Receptores de VIH con CARE Perú
- APÉNDICE 3: Plan operativo del Objetivo 5 de VIH reformulado
- APÉNDICE 4: Informes parciales de cada Sub-Receptor (en archivo electrónico)

## APÉNDICE 1: Reporte Financiero

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

APÉNDICE 3: Plan operativo del Objetivo 5 de VIH reformulado

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