



**Evento de Cierre del Programa de la Segunda Ronda del Fondo Mundial
“Fortalecimiento de la Prevención y Control del VIH/sida en el Perú”**

Señor, Dr. Melitón Arce, Vice Ministro de Salud
Señor Ing. José Gabriel Castillo, Gerente de Portafolio del Fondo Mundial
Señores Miembros de la Asamblea General de CONAMUSA,
Señor. Milo Stanojevich, Director Nacional de CARE Perú
Señores funcionarios de agencias de cooperación nacionales e internacionales,

Colegas, amigas y amigos todos,

El sueño y la tenacidad de un pequeño grupo de activistas, personas viviendo con VIH y de funcionarios del sector público congregados en torno al promisorio nacimiento del Fondo Mundial de Lucha contra el VIH/sida, tuberculosis y malaria, hizo que el Perú pudiera acceder a dos de los tres programas a los que aplicó en agosto de 2002.

El componente VIH del Programa de la Segunda Ronda del Fondo Mundial, “Fortalecimiento de la Prevención y Control del VIH/Sida en el Perú”, resultó aprobado y con él se abrió uno de los capítulos más interesantes en la historia moderna de la salud pública peruana.

Todo en él fue excepcional, desde la modalidad de creación colectiva de la propuesta, hasta la gran variedad de tópicos a ser abordados. Desde el compromiso de honrar una contrapartida financiera por un monto mayor al de cualquier inversión antes realizada en el llamado PROCETSS hasta proponer metas y plazos concordantes con la urgencia de aquellos para los que el tiempo se agotaba. Luego de casi 10 meses de negociaciones, tiempo que comprendió también la evaluación de capacidades de CARE Perú, Receptor Principal seleccionado competitivamente por la CONAMUSA, iniciamos la implementación del Programa el 1 de diciembre de 2003.

Recuerdo nítidamente la semana de inmersión que miembros de la Asamblea de CONAMUSA y del Receptor Principal tuvimos en un taller organizado por el Fondo Mundial para reiterar sus principios y capacitarnos en la mejor manera de aplicarlos con diligencia, a saber: el Fondo Mundial ofrece financiamiento basado en desempeño, se desenvuelve como instrumento financiero, no como organismo ejecutor y actúa con transparencia y responsabilidad (y no espera menos de los países con los que contribuye).

A pesar de esta capacitación, no sería sino hasta promediar el tercer trimestre de ejecución que sentiríamos el rigor de la aplicación de estos principios, cuando debido a la excepcionalidad antes mencionada en la formulación del proyecto, habíamos acumulado tres calificaciones sub óptimas (B2) y el entonces gerente de portafolio de proyecto, nuestro primer gerente, Aleph Henestrosa, anunciaba con muy escasa anticipación su llegada a nuestro país.

Se trataba de la segunda visita, ya que en la primera, en el mes de marzo de 2003, se encargó de clarificar los roles del RP, hasta entonces bastante difusos. El mal llamado Beneficiario Principal del Programa no sería un administrador clásico de los recursos donados, sobre todo gestionaría el sistema de monitoreo y evaluación del Programa, empezando por su creación y se haría responsable del logro de las metas comprometidas, aunque no operara directamente el proyecto. Así, el sistema de M&E del programa se convertiría en el núcleo a partir del cual se construiría el Sistema de M&E de la ESN ITS/VIH.

Ya desde el principio de este Programa tuvimos que demostrar su excepcionalidad al solicitar, sustentar y obtener del Ministerio de Economía y Finanzas opinión favorable a nuestro pedido de exceptuarnos de ingresar al Sistema Nacional de Inversión Pública, SNIP; condición que de haberse exigido, habría dilatado aún mas la implementación del Programa

Así, los cinco objetivos del Programa, Promover estilos de vida saludable en adolescentes y jóvenes en los temas de ITS/VIH, disminuir la prevalencia de la infección VIH en poblaciones vulnerables, disminuir la transmisión vertical del VIH, garantizar la atención integral de calidad a las Personas con VIH, incluyendo el acceso al tratamiento antirretroviral (TARGA) y fortalecer la respuesta de la sociedad civil y el Estado frente a la epidemia VIH, pudieron ser sometidos a Licitación Pública y adjudicados a otros tantos consorcios de instituciones; empezando sus funciones precisamente, hacia el tercer trimestre de ejecución del programa.

Fueron los líderes de los citados consorcios, IES, IMPACTA, Flora Tristán, Vía Libre y el Centro Parroquial Rosa Blanca quienes haciendo esfuerzos notables y trabajando en estrecha coordinación con CARE Perú y la CONAMUSA, lograron acortar distancias y a nuestro pedido, preparar en solo tres días, junto con sus colegas del componente TB, una gran FERIA DE PROYECTOS. Hoy día, aunque con menos lucimiento, pero con inalterable emoción les ofrecemos una pequeña réplica del citado evento.

Este ha sido quizás uno de los hitos más memorables del proyecto, fue como el amanecer de una larga noche llena de sobresaltos. Cada uno de los consorcios pudo exhibir sus materiales comunicacionales impecables, sus documentos técnicos de capacitación, su material de *merchandising* y hasta darse el lujo de otorgar contraseñas para que Aleph pudiera seguir los cursos a distancia preparados por la Universidad Cayetano Heredia para los profesionales que brindarían el TARGA y por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para los que se capacitarían en gestión del Programa DOTS PLUS.

No faltó la Farmacia llena de medicamentos recientemente importados, ya que el TARGA tuvo su debut el 13 de mayo de 2004, precisamente en el Hospital que por primera vez diagnosticó un caso de VIH/sida en el Perú, el Hospital Nacional Cayetano Heredia; como tampoco se quedó atrás el INS, mostrando en un mapa los primeros pasos en la creación del sistema de laboratorios de salud pública para el monitoreo del TARGA. Los asesores comunitarios impresionaron a Aleph con sus vívidas narraciones del trabajo con sus representados y el ambiente festivo energizó a todos para continuar reduciendo brechas en materia de logros.

Los meses venideros fueron de gran efervescencia, tratando cada uno de los Sub Receptores de obtener la aprobación de sus materiales de trabajo: documentos técnicos, guías de manejo etc. Ponerse en los zapatos de nuestros colegas de la ESN VIH/sida, como hubiera sido aconsejable en otras circunstancias, nos hubiera conducido a la parálisis colectiva. Eran tantas las demandas sobre el pequeño equipo de la estrategia que bien podemos decir que son un ejemplo de trabajo efectivo en circunstancias de alta presión. No menos de ocho normas técnicas fueron aprobadas por Resolución Ministerial entre los años 2004 y 2005 constituyéndose en el soporte indispensable de los Programas de TARGA, Prevención de Transmisión Vertical y de Prevención de ITS y VIH/sida en poblaciones vulnerables.

Cuan ágil habrá sido la dinámica en estos pocos años, que ya la ESN /VIH ha solicitado a la Red de Infectólogos de adultos, proceder a la actualización de la norma del TARGA. Pero volviendo a los hitos principales del proyecto, vale la pena comentar someramente el que marcó la transición de la primera a la segunda fase.

En la Fase 1 el presupuesto programado fue de US \$15, 718,453 habiéndose ejecutado solo el 58.1% con respecto a lo programado (US \$ 9, 130,291). 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 Fondo Mundial de la reducción de la meta de TARGA y a los esfuerzos para acelerar el enrolamiento de los pacientes. Aquí es digno de destacar el indesmayable compromiso de la Ministra de Salud, Dra. Pilar Mazzetti, quien gracias a haber superado el tiempo de vida media de sus colegas en tan alto cargo, como ella siempre nos decía, lideró el proceso de negociación con el Fondo Mundial y ordenó que se dotará a la ESN VIH de los recursos necesarios para garantizar la compra de ARV en la segunda fase del Programa. Esta decisión abrió las puertas a la universalización del TARGA en el país y ha sido su legado maspreciado para las personas con VIH, por las que siempre tuvo especial deferencia en la CONAMUSA. Meses atrás nos había dado un primer espaldarazo al aprobar el Plan de Emergencia preparado por la ESN VIH y el Receptor Principal, el cual incluía medidas pioneras como la acreditación de ONGs para la prestación del TARGA y la colocación de un precio tope al conjunto de exámenes auxiliares Pre TARGA, el cual había sido identificado como una barrera de acceso impenetrable.

Llegamos a diciembre de 2005 y nos enfrentamos a la necesidad de absorber el recorte inicialmente anunciado por el Fondo Mundial en US\$ 750,000. Aquí surge nuevamente otro hito remarcable. La realización por primera vez en el Perú de la validación de los estudios de bioequivalencia y biodisponibilidad del medicamento Lopinavir-ritonavir, genérico que había entrado hacía un tiempo al mercado, compitiendo con el medicamento innovador. Evidenciar la intercambiabilidad de ambos fármacos nos permitiría ahorrar US\$ 600, 000 en una compra y con ello adoptar el nuevo presupuesto. A lo largo del proceso contamos con el valioso concurso de Acción Internacional para la Salud representada por el incansable Roberto López y el determinante soporte científico de la Universidad de San Marcos, a través de la Dra. Maritza Plascencia y del Hospital La Paz de Madrid y su experto el Dr. Juan Frías, personalidades a quienes agradecemos de todo corazón.

Fue tan importante este momento, que no solo logramos ambos objetivos, introducir un factor de ruptura del mercado monopólico de ARV y reducir los precios así como equilibrar el nuevo presupuesto, sino que además inauguramos una buena práctica de gestión. Establecimos semestralmente la realización de las reuniones de Transparencia y Rendición de Cuentas denominadas “Ver para Confiar”. Iniciamos de manera bastante auspiciosa la segunda fase del programa teniendo una mejor calificación y, a diferencia de la primera, unos Planes Operativos con metas viables.

Desde luego, un programa tan nuevo y retador como el TARGA o el escalamiento de la Prevención de la Profilaxis de la Transmisión Vertical del VIH no podía estar exento de dificultades, y una que resultó persistente durante los primeros tres años fue el abastecimiento de los medicamentos e insumos para ambos programas. Téngase en cuenta que en prevención de Transmisión vertical habíamos empezado a usar las pruebas rápidas de diagnóstico de VIH por primera vez en un programa de salud pública en el país y por lo tanto esto también significó detectar ágilmente, aunque no siempre aplicar la profilaxis debida. Esta es una gran deuda que tanto el Receptor Principal, como las EESSNN de VIH y Salud Sexual y Reproductiva adquirieron frente a las gestantes con VIH y sus niños, aunque afortunadamente esta deuda progresivamente se ha ido saldando. Hechos como estos fueron constantemente expuestos a la luz pública por las diversas organizaciones de Personas con VIH en cumplimiento de su rol de vigilancia social.

Ello nos llevó a realizar en el primer trimestre del 2006 un primer estudio a cargo del experto Dr. Alejandro Midzuaray, denominado “Evaluación Integral de la Gestión del Suministro de Medicamentos Antiretrovirales en el Ámbito del Ministerio de Salud”, a partir del cual pudimos diseñar y desarrollar un Plan de Gestión de Stocks, gracias a un nuevo apoyo financiero del Fondo Mundial ascendente a US\$ 341,344. A fin de complementar los recursos necesarios para el financiamiento del Plan, recurrimos a la

cooperación de USAID, así como a la optimización del uso de recursos regulares del Presupuesto programático, a partir de lo que pudimos invertir unos US\$ 46,138 adicionales.

Una evaluación similar realizada en el 2008, esta vez a cargo de un equipo liderado por la también experta Dra. Amelia Villar, encontró hallazgos alentadores en materia de suministro, lo cual va aparejado con la notable disminución de quejas recibidas.

Si bien es cierto, habíamos logrado atenuar el problema del abastecimiento de medicamentos, no pudimos conseguir en ese mismo período un resultado similar para el sistema de información.

Antes de iniciar el TARGA, la ESN VIH ya había pensado en el diseño de los libros de registro de usuarios, constituyéndose en el pilar del sistema de información que el Programa tenía previsto desarrollar. Uno de los primeros pasos que dimos fue el diseño de un software utilizando Epi Info, denominado TARGUITA, el cual fue una creación de CARE Perú para el MINSA, constituyéndose en el predecesor del Sistema de Monitoreo y Evaluación Integral de Indicadores, SMEII, el cual después de casi tres años desde que se diseñaron las bases administrativas para la primera Licitación Pública, ha sido implantado en 152 dependencias a nivel nacional, en un arduo trabajo colaborativo entre la OGEI del **MINSA** y las EESSNN de VIH y Salud Sexual y Reproductiva. La migración del TARGUITA al SMEII dejó en algunos de sus usuarios un natural sentimiento de pérdida de un sistema mas amigable, aunque mas limitado en sus alcances, a decir verdad.

Por otro lado, parte de la inversión destinada al fortalecimiento del sistema de información se dirigió al Instituto Nacional de Salud, el que haciendo un uso eficiente de los recursos asignados evolucionó hasta contar con el Sistema NETLAB. Este sistema permite brindar a los ciudadanos con VIH y/o TB y a los profesionales de la salud el acceso a los resultados de las pruebas de laboratorio realizadas por el INS y la Red Nacional de Laboratorios de Referencia, a través de su página Web. Es un Sistema de cobertura nacional, articulado con los hospitales del Ministerio de Salud, así como a otras instituciones públicas y de la sociedad civil que se encuentran involucradas en la atención de las personas con VIH.

Otras valiosas herramientas de gestión diseñadas por CARE Perú y que han permitido una adecuada monitorización de los programas son:

- El Sistema Gerencial de Proyectos (SGP), el que también sirve de apoyo al Sistema de Monitoreo Programático-Financiero, y
- El Calendario de Actividades de los Sub Receptores del Programa, al que se accede a través de la página Web de CARE Perú.

La segunda fase del Programa trajo el alejamiento de los Sub Receptores de los objetivos 2 y 5, en diferentes momentos y por distintas circunstancias, hechos que también ameritaron sendas acciones de emergencia para evitar un desfase severo en la realización de las actividades.

De acuerdo con el Plan de Cierre y Transferencia aprobado por CONAMUSA y el Fondo Mundial, el programa debía ser sometido a una evaluación externa, la misma que fue encargada a la Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

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. 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 para cada uno de los cinco objetivos, tomando como base los ejes de análisis ya mencionados. La versión física del informe es accesible para Uds, en este momento y la versión electrónica se

encontrará disponible en Internet. Se trata de un documento bastante extenso e interesante, por lo que en adelante, destacaremos algunas conclusiones importantes.

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 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.

Un elemento que me gustaría destacar por su novedad y trascendencia es la participación del Ministerio de Educación en el objetivo 1. “Promover estilos de vida saludable en adolescentes y jóvenes en los temas de ITS y VIH/sida”

El diseño y la aplicación de este objetivo contaron con tres equipos de gestión diferentes en el MINEDU a lo largo de la vida del proyecto. El primer momento de este proceso correspondió a la llamada OTUPI (Oficina de Tutoría y Prevención) y abarcó prácticamente solo el diseño del objetivo, ya que la implementación, que se inició casi un año y medio después, encuentra a dicho ministerio con cambios que llevaron al establecimiento de la DITOE (Dirección de Tutoría y Orientación del Educando).

La evaluación del objetivo recoge el efecto de estos cambios. Durante la primera fase del programa (2004-2005) el consorcio liderado por IES logró realizar las actividades planteadas, cumplir con sus metas programáticas y obtener la aprobación oficial de una de las dos Guías Pedagógicas previstas: “conversando con los y las adolescentes de estilos de vida saludable, sexualidad y prevención de ITS/VIH/Sida”. Sin embargo, al tercer año de implementación, durante la aprobación de la segunda Guía denominada “Vivenciando mi Sexualidad” se suscitó una discrepancia de fondo con el ente ejecutor, la misma que se resolvió con la adecuación del material original a la propuesta de Educación, la cual estiman como una apuesta de educación en sexualidad integral en tanto desarrollo de capacidades. Sin embargo, a pesar de esta discrepancia, el MINEDU, reconoce que gracias a las intervenciones del objetivo 1 de la

segunda ronda se reabrió el tema de la sexualidad en el Sector Educación, tema que por mucho tiempo estuvo dejado de lado.

En esa línea es importante destacar que al quinto año del programa, el MINEDU logró emitir sus “Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral” aprobados por RD 0180-2008-ED de julio de 2008.

Gracias a este nuevo marco normativo, el programa ha quedado institucionalizado, llevándose a cabo a partir de dicha fecha una interesante expansión de las actividades de capacitación de los docentes tutores. Cabe destacar que la figura de los Promotores Educadores de Pares, tan ligada al proyecto en tanto participación de los adolescentes como actores clave del proceso, ha quedado reconocida en el citado instrumento legal; señalándose la importancia de lograr estudiantes motivados e involucrados en el proceso pedagógico, el mismo que está pensado para apoyarse en el “interaprendizaje” o aprendizaje entre pares.

El beneficio de la intervención tuvo un efecto rescatable en el terreno personal; al tratar sobre liderazgo, se produjo una afirmación de este rasgo en los PEPs escolares, contribuyendo a un mejor desenvolvimiento en la esfera social y académica.

En el caso de las actividades con jóvenes de la comunidad, la percepción general es que aquellas actividades más lúdicas como la DISCOSIDA, con la participación de los personajes creados como el Supercondón y la Segurichica, calaron hondo entre sus pares.

Una recomendación del estudio es que en futuros programas las intervenciones se den a partir del Sector Educación (e incorporarlo como ejecutor del programa), y no desde el eje temático de ITS/VIH, tratando de insertarlo en Educación. Esta ha sido una de las mayores dificultades que ha afrontado el programa.

Ahora me gustaría tocar someramente algunos aspectos de gestión financiera del Programa. El presupuesto solicitado y aprobado en la propuesta país ascendió a US\$ 23.7 millones, de los cuales se ejecutaron US\$, 22.2 millones. 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 US\$ 1.35 millones en la Fase 1.

Tanto en la fase 1 como en la fase 2 del programa de VIH de la segunda ronda, el objetivo 4 “Garantizar la atención integral de calidad a las Personas con VIH, incluyendo el acceso al tratamiento antirretroviral (TARGA)” lideró la asignación presupuestal situándose en torno al 60% .

Muy distante se encontró el objetivo 2 “Disminuir la prevalencia de la infección VIH en poblaciones vulnerables” en el segundo lugar con una asignación de 10% en promedio, seguido muy de cerca de los objetivos 3 “Disminuir la prevalencia de la infección VIH en poblaciones vulnerables” y 1 “Disminuir la transmisión vertical del VIH”, con 7% en promedio. El 15% restante se asignó a los costos de administración, M&E y overhead.

Con relación al presupuesto de adquisiciones 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. De este porcentaje que correspondió a un monto aproximado de US\$12, 106,939, prácticamente las dos terceras partes se invirtieron en ARV y una tercera parte en monitoreo laboratorial (CD4, Carga viral y genotipificación)

El segundo lugar y bastante distante se encuentra capacitación con 12.3% y en tercero planificación y RRHH con 9%. Cabe destacar que en este programa solo se destinó el 3.3 % a materiales de comunicación.

Si analizamos el presupuesto según áreas de servicio se encuentra que solo el 19% se destinó al área de prevención, situación que fue muy tomada en cuenta durante la formulación de los Programas de la Quinta y Sexta rondas.

Un elemento destacable en la evaluación final del componente VIH de la segunda ronda es la identificación de algunos costos por productos correspondientes a la segunda fase del programa. Así, el programa de formación de promotores escolares resulta bastante costo-efectivo. La exposición de los escolares a información y orientación sobre el VIH Sida por sus pares costó US\$ 1.76 per cápita. Otra actividad altamente costo-efectiva fue la de fortalecimiento de las organizaciones de TS y HSH que ascendió a US\$ 2,433 por organización. Situación opuesta se da con la orientación y asesoría en DDHH a través del consultorio virtual, cuyo costo unitario resultó en US\$ 126 per cápita. La capacitación de los profesionales de la salud en tamizaje, consejería, derechos y promoción de la Prevención de la Transmisión Vertical tuvo un costo per cápita de US\$54. Un aspecto importante de la prestación del programa TARGA es la intervención de los Consejeros Educadores de Pares. Las consejerías que brindan alcanzaron un costo per cápita de US\$ 4.9. Otro elemento constitutivo del Programa TARGA es la atención domiciliaria por voluntarios, el costo per cápita resultó ser de US\$ 71.

Este ejercicio de identificar la costo-efectividad de las actividades es bastante útil para el diseño de nuevos programas ya sean financiados por el Fondo Mundial o por los gobiernos central o regional.

Resulta muy importante la mención del financiamiento concurrente al del Fondo Mundial. A través del MINSA recibimos apoyo de USAID, UNICEF, ONUSIDA, UNFPA y MINEDU también se benefició con la asistencia técnica y financiera de UNFPA, GTZ, ONUSIDA, CICT y UNESCO, agencias a las que expresamos nuestra mayor gratitud.

A lo largo de estos cinco años de arduo quehacer colectivo, en el que destacan las organizaciones de personas con VIH y en situación de vulnerabilidad, hemos visto un escalamiento impresionante de las metas apoyadas por el efecto sinérgico de los programas hermanos de la quinta y sexta rondas, pero también hemos sentido la mirada satisfecha, a veces inquieta, pero siempre atenta del Fondo Mundial.

Esta mirada se ha materializado a través de los ojos de terceros en distintas ocasiones en que nuestro país ha sido seleccionado para diversas iniciativas, desde aquellas que forman parte de su estrategia de mercadeo social, como la honrosa visita que hicieron a nuestro país cinco distinguidos parlamentarios de la Unión Europea, en el 2007, o cuando nos enviaron un equipo de los mejores profesionales del mundo, encargados de montar una muestra fotográfica itinerante denominada "Vuelta a la Vida". Se trata de unas crónicas visuales sobre las vidas de las personas antes y después del comienzo del tratamiento. Acompañan a Perú ocho países siendo el nuestro el único de América. La muestra se encuentra en estos momentos en Italia.

Este privilegio de ser seleccionados se ha repetido en otras ocasiones como el estudio de nuestro mecanismo de coordinación de país, al inicio del proyecto, la evaluación de los 5 años del Fondo Mundial y recientemente el de la identificación de mejores prácticas en M&E en el sistema comunitario.

Antes de concluir quisiera asociarme a nuestro director en sus palabras de gratitud hacia el Fondo Mundial, PWC, al Sr. Presidente de CONAMUSA y Ministro de Salud Dr. Oscar Ugarte Ubillús, al Sr. Vice Ministro de Salud, Dr. Melitón Arce quien nos honra permanentemente con su compañía y apoyo, a los miembros de la Asamblea General de CONAMUSA y de su Secretaría Ejecutiva, a las direcciones generales del MINSA, al equipo central y a los equipos regionales de las EESSNN de ITS/VIH y de Salud Sexual y Reproductiva, al equipo de DITOE, a la Dirección de Salud y a la Presidencia del INPE, a los

miembros de los equipos de nuestros Sub Receptores, a las Sras. y Sres. Asesores y Delegados Comunitarios y al equipo de CARE Perú.

Así llega a su fin este programa primogénito en nuestro país, pero nos deja enseñanzas, activos valiosos, y muchas voces que incorporadas en la respuesta peruana al VIH, desde lejanos rincones de nuestro país nos van señalando el camino, como aquella del profesor de un colegio público que recomienda a sus alumnos: “Hablar sin miedo sobre el VIH y vivir la sexualidad con responsabilidad”.

¡Muchas gracias!

Dra. Virginia Baffigo de Pinillos
Coordinadora nacional
Unidad de Gestión de los Programas del Fondo Mundial
CARE Perú

Lima, 16 de noviembre de 2009