

S2 | Informe Semestral Programático y Financiero

SUBVENCIÓN VIH:

“Expansión de la Respuesta Nacional al VIH en Poblaciones Clave y Vulnerables de Ámbitos Urbanos y Amazónicos del Perú”

Periodo
Enero – junio
2017

31 de agosto de 2017

Índice:

Acrónimos:	04
Subvención VIH:	05
Presentación:	08
Indicadores:	09
Módulo 1:	13
<ul style="list-style-type: none">• Ejecutor• Estado del Desempeño Programático y Ejecución Financiera• Logros del Módulo 1• Dificultades Encontradas	
Módulo 2:	24
<ul style="list-style-type: none">• Ejecutor• Estado del Desempeño Programático y Ejecución Financiera• Logros del Módulo 2• Dificultades Encontradas	
Módulo 3:	54
<ul style="list-style-type: none">• Ejecutor• Estado del Desempeño Programático y Ejecución Financiera• Logros del Módulo 3• Dificultades Encontradas	
Módulo 4:	59
<ul style="list-style-type: none">• Ejecutor• Estado del Desempeño Programático y Ejecución Financiera• Logros del Módulo 4• Dificultades Encontradas	
Módulo 5:	64
<ul style="list-style-type: none">• Ejecutor• Estado del Desempeño Programático y Ejecución Financiera• Logros del Módulo 5• Dificultades Encontradas	
Módulo 6:	73
<ul style="list-style-type: none">• Ejecutor	

- Estado del Desempeño Programático y Ejecución Financiera
- Logros del Módulo 6
- Dificultades Encontradas

Módulo 7:

79

- Ejecutor
- Estado del Desempeño Programático y Ejecución Financiera
- Logros del Módulo 7
- Dificultades Encontradas

Módulo 8:

86

- Ejecutor
- Estado del Desempeño Programático y Ejecución Financiera
- Logros del Módulo 8
- Dificultades Encontradas

Receptor Principal:

89

- Estado del Desempeño Programático y Ejecución Financiera

Presentación PUDR:

92

ANEXOS: Archivos Electrónicos

Acrónimos:

ACS	Agente Comunitario de Salud
ALF	Agente Local del Fondo
APP	Asociación Público - Privada
CENARES	Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud
CERITSS	Centros de Referencia de ITS y VIH y Sida
CONAMUSA	Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DISA	Dirección de Salud – Ministerio de Salud
EDI	Equipo de Diálogo Intercultural
EESS	Establecimientos de Salud
DPCVIH	Dirección de Prevención y Control de ITS y VIH/SIDA – MINSA
FM	Fondo Mundial
GF	Grupo Focal
GL	Gobierno Local
GORE	Gobierno Regional
HSH	Hombres que tienen Sexo con otros Hombres
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INS	Instituto Nacional de Salud
MCP	Mecanismo de Coordinación País
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINCUL	Ministerio de Cultura
MINEDU	Ministerio de Educación
MININTER	Ministerio del Interior
MINJUS	Ministerio de Justicia
MINSA	Ministerio de Salud
MT	Mujeres Trans
NC VIH	Nota Conceptual de VIH
NMF	Nuevo Modelo de Financiamiento
OBC	Organización de Base Comunitaria
OGTI	Oficina General de Tecnologías de la Información – Ministerio de Salud
PEP	Promotor Educador de Pares
PI	Pathfinder International
PIP	Proyectos de Inversión Pública
PROMSA	Dirección General de Promoción de la Salud – Ministerio de Salud
PVV	Persona que Vive con VIH
RP	Receptor Principal
RS	Red de Salud
SIME	Sistema de Monitoreo y Evaluación
SR	Sub Receptor
TARGA	Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad
TB	Tuberculosis
UAMP	Unidades de Atención Médica Periódica
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humano

Subvención VIH:

1.1 PRESENTACIÓN DE LA SUBVENCIÓN VIH:

La subvención de VIH: “*Expansión de la Respuesta Nacional al VIH en Poblaciones Clave y Vulnerables de Ámbitos Urbanos y Amazónicos del Perú*”, se inició formalmente en julio de 2016. Esta subvención es auspiciosa para el país debido a que ofrece la oportunidad de impulsar estrategias combinadas de prevención y tamizajes en VIH, a través de brigadas móviles en zonas urbanas y amazónicas, descentralización laboratorial y fortalecimiento de la vinculación y retención relacionados al TARGA.

El Programa tiene como objetivo general expandir la Respuesta Nacional al VIH en Poblaciones Clave y Vulnerables de Ámbitos Urbanos y Amazónicos del Perú. Acorde al análisis epidemiológico y bases para la priorización de las poblaciones beneficiarias y escenarios geográficos, el Programa se ejecutará a través de 8 módulos:

1. Prevención - Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres y Personas Transgénero.
2. Prevención - Otras Poblaciones Vulnerables (Indígenas Amazónicos).
3. Fortalecimiento del Sistema de Salud - Seguimiento y Evaluación.
4. Fortalecimiento del Sistema de Salud - Prestación de Servicios.
5. Tratamiento, Atención y Apoyo.
6. Eliminación de las Barreras Legales al Acceso.
7. Fortalecimiento de los Sistemas Comunitarios.
8. Gestión de Programas.

Pathfinder International administra, coordina y supervisa la ejecución programática de cada uno de los 8 módulos y monitorea la ejecución financiera y la correcta utilización de los fondos asignados. El Programa tiene una duración de tres años y se ejecutará en el periodo de julio 2016 – junio 2019.

CÓDIGO DEL PROGRAMA	PER-H-PATH-1066
PAÍS	PERÚ
PERIODO DEL INFORME	1 de enero a 30 de junio de 2017
FECHA DE ELABORACIÓN	31 de agosto de 2017

1.2 RESUMEN EJECUTIVO DE LA SUBVENCIÓN VIH:

La epidemia del VIH en el Perú muestra una transmisión fundamentalmente sexual, que se concentra en las áreas urbanas con mayor densidad demográfica en la costa y selva del país y con un mayor impacto en personas jóvenes, especialmente varones. Las tasas de prevalencia e incidencia más altas en poblaciones clave se producen en las comunidades de MT y HSH especialmente jóvenes menos de 25 años y que desarrollan trabajo sexual. Constituyen el engranaje epidemiológico de la principal cadena de transmisión, especialmente en las zonas más densamente pobladas de la costa y selva. La protección de sus derechos se convierte en un objetivo prioritario para mejorar su vinculación con el sistema de salud y con el Estado en general.

Con el paso del tiempo han surgido nuevos escenarios como las zonas rurales de poblaciones más dispersas, con mayor dificultad de acceso al diagnóstico y tratamiento oportunos, constituyendo una situación que refleja la inequidad en el acceso a la salud entre los ámbitos urbanos y rurales del Perú.

Mayor vulnerabilidad en las poblaciones indígenas amazónicas con relación al VIH, lo cual se traduce en mayores tasas de notificación y mortalidad asociada al VIH. El acceso a los servicios de prevención y tratamiento es limitado, por ello urge que puedan ser intervenidas con un mayor énfasis y con estrategias culturalmente adecuadas para controlar el avance de la epidemia y evitar que estas poblaciones sean diezmadas y su forma de vida desaparezca.

Las evidencias muestran también una epidemia estabilizada con baja prevalencia en la población general que se concentra epidemiológicamente en mujeres transgénero y hombres que tienen sexo con hombres. Ante tal situación la subvención plantea una serie de estrategias y actividades que resultan originales y/o pioneras en los ámbitos a ser aplicadas:

EN LOS ÁMBITOS URBANOS:

1. **Implementación de brigadas móviles para la captación de poblaciones que no aceptan la oferta fija del sistema de salud:** donde los EP se convierten en el eje principal de las actividades para la vinculación, al constituir la primera línea de intervención en los lugares de socialización, con el acompañamiento de profesionales de salud que se responsabilizarán del monitoreo de las actividades, como también en la verificación de los resultados obtenidos de los tamizajes.
2. **Diversificación de la oferta:** inclusión de establecimientos privados y comunitarios, siendo estos últimos los más importantes, considerando su mejor perfil para acoger a potenciales pares entre sus comunidades y convertirse en un primer nivel de contacto con el sistema formal de salud.
3. **Descentralización de la oferta fija para el inicio y monitoreo del TARGA:** al incluir establecimientos de salud del primer nivel de atención, como son los CERITS y UAMP.
4. **Descentralización de la capacidad para el acceso a las pruebas de monitoreo:** como el recuento de carga viral a través de tecnología moderna para su uso en las zonas de intervención y en establecimientos de salud de primer nivel de atención.
5. **Fortalecimiento de la vinculación y retención relacionadas al TARGA:** por parte de Educadores de Pares en los centros dispensadores de tratamientos.
6. **Uso de plataformas virtuales para garantizar la educación continua:** de todos los recursos humanos que intervienen en la prevención y atención, como también la inclusión de actividades de tutoría y orientación.

EN LOS ÁMBITOS RURALES:

1. **Implementación de las Brigadas Móviles Amazónicas:** como la alternativa más realista y viable para llegar a las poblaciones indígenas con evidencia epidemiológica de impacto por el VIH. Estas poblaciones son consideradas como excluidas y dispersas al carecer de una oferta fija de salud y encontrarse ubicadas a más de 4 horas por vía fluvial u otro medio de transporte del ES más cercano. Las Brigadas proporcionarán cuidados y atención sostenida de prevención del VIH y atención en salud con un enfoque de pertinencia intercultural y un abordaje multisectorial de los determinantes sociales de la salud. Incluye la oferta de pruebas rápidas, información, condones y consejería, así como servicios de atención integral con pertinencia cultural para la PVV que será complementado con el diagnóstico y tratamiento de las ITS, TB y otras que durante la experiencia puedan ser determinadas (incluyendo la atención a gestantes).

La validación de estas intervenciones, permitirá incrementar la inversión existente en los niveles políticos nacionales, regionales y locales.

2. **Abordaje de la Interculturalidad** como eje primordial para construir las líneas de información y comunicación, incluyendo la presencia de Equipos de Diálogo Intercultural que no solo tenderán los puentes necesarios para facilitar el ingreso de las Brigadas Móviles, sino para generar la sostenibilidad de las acciones a través de un plan de abogacía con las autoridades locales, provinciales y regionales.

EN LOS ÁMBITOS URBANOS

La vinculación a través de los EP MT y HSH y profesionales de la salud en las brigadas móviles iniciará una secuencia de procesos que se interrelacionan y potencian entre sí, generando una cadena de valor, pues a continuación intervendrán los centros de atención comunitaria y/o los establecimientos de primer nivel de atención (incluyendo a los CERITS y UAMP), para luego proceder al inicio de TARGA en las personas diagnosticadas, dentro de los EESS acreditados y fortalecidos, garantizando un adecuado sistema de referencia y contra referencia, así como un óptimo plan comunicacional para el mercadeo de la oferta diversificada.

La cadena identificada también está relacionada a los esfuerzos de vinculación ejercidos por consejeros educadores de pares desde los establecimientos que proveen TARGA. Y todos estos procesos serán posibles de ser sometidos a una vigilancia ciudadana y veeduría.

EN LOS ÁMBITOS RURALES (AMAZÓNICOS)

Los Equipos de Diálogo Intercultural construirán los puentes necesarios para acercar y sensibilizar a los diversos actores que se convertirán en agentes claves, como Apus (o líderes comunitarios), chamanes (o médicos tradicionales), maestros y otros que resulten estratégicos. Asimismo, levantarán información sobre los técnicos sanitarios y promotores de salud que se encuentren en actividad para su posterior capacitación. A continuación, los líderes comunitarios y otros actores clave, se convertirán en agentes de facilitación a la intervención de las BMA, mientras se fortalece la capacidad de la oferta fija de salud en la región para convertirlos en niveles de referencia y tutoría para los técnicos sanitarios y otros prestadores de salud en las comunidades que accedan a los procesos de fortalecimiento de sus capacidades.

La finalidad de la subvención es:

Expandir la respuesta nacional al VIH en poblaciones clave y vulnerables de ámbitos urbanos y amazónicos del Perú.

Los objetivos específicos son los siguientes:

OBJETIVO 1	Mejorar el acceso a los servicios de prevención, diagnóstico, vinculación y atención en VIH para personas transgénero v HSH.
OBJETIVO 2	Mejorar el acceso a los servicios de prevención, diagnóstico, vinculación y atención en VIH para población indígena amazónica.
OBJETIVO 3	Mejorar el Continuo de la Atención a PVV (meta 90 90 90).
OBJETIVO 4	Fortalecer la respuesta comunitaria desde las poblaciones clave y vulnerables.

Presentación:

El Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FM) fue creado en 2001 con la finalidad de apoyar los recursos financieros para la prevención y control de dichas enfermedades. Desde su creación, el Perú se ha beneficiado con más de 137 millones de dólares ejecutados en 7 grandes proyectos.

En la temática del VIH, el aporte más significativo brindado por el FM fue el inicio del tratamiento anti-retroviral de gran actividad (TARGA), hoy en día cubierto con presupuesto del Estado. Entre otros de los aspectos de relevancia tenemos: el fortalecimiento de la estrategia de pares para la prevención e información del VIH, la prevención de la transmisión vertical y la descentralización de la vigilancia social para el VIH.

A partir del año 2013, el FM viene implementando un Nuevo Modelo de Financiamiento (NMF) con el objetivo de mejorar los resultados de las acciones que se ejecutan en cada país de la región para la prevención y control de estas enfermedades, complementando las intervenciones nacionales de los países para garantizar el logro de mejores resultados y un impacto positivo en las cifras de los indicadores epidemiológicos y operacionales.

En el Perú, la CONAMUSA es el Mecanismo de Coordinación del País que con participación de entidades y organizaciones estatales y no estatales lidera la toma de decisiones relacionada al VIH/SIDA, Malaria y Tuberculosis comprendidas en los Contratos de Donación suscritos con el FM, bajo la rectoría técnica y funcional del Ministerio de Salud, quien la preside.

En abril de 2015, realizó un concurso para la selección del Receptor Principal (RP) de la propuesta nacional de VIH en el marco del NMF presentada al Fondo Mundial, siendo seleccionado Pathfinder International como el RP para administrar la subvención durante el periodo 2016-2019.

La subvención VIH: **“Expansión de la Respuesta Nacional al VIH en Poblaciones Clave y Vulnerables de Ámbitos Urbanos y Amazónicos del Perú”** se ejecuta en 9 regiones. La intervención urbana se desarrolla, por la costa, en las regiones de Piura, La Libertad, Ica, Callao y Lima y en la selva en San Martín, Ucayali y Loreto. La intervención amazónica se desarrolla en las regiones de Loreto y Amazonas.

En febrero de 2016, Pathfinder International seleccionó a dos Sub Receptores (SR) para la implementación y ejecución de las actividades modulares de las zonas urbanas. El consorcio CEPESJU (líder), PROSA y Ángel Azul son responsables de las acciones en costa, mientras que el consorcio CEDISA (líder), CHERL y Mesa LGTB de Pucallpa ejecutan las acciones en la selva. La intervención amazónica es ejecutada directamente por PI.

Pathfinder International administra, coordina y supervisa la ejecución programática de cada uno de los 8 módulos y monitorea la ejecución financiera y la correcta utilización de los fondos asignados. El Programa tiene una duración de tres años y se ejecutará en el periodo de julio 2016 – junio 2019.

El presente informe correspondiente al segundo semestre de ejecución de la subvención, periodo comprendido entre enero y junio de 2017. Los resultados que se muestran son limitados debido a que en octubre la subvención - aprobada por las autoridades del MINSA del Gobierno anterior - ingresó a una fase de reformulación que duró hasta el mes de junio 2017, por lo que la mayoría de actividades quedaron paralizadas.

Indicadores:

En la presente subvención los indicadores establecidos para representar los diferentes niveles de impacto, efecto, resultado y producto son 19, ellos facilitan la realización del seguimiento del avance de los objetivos y permiten, además, conocer el progreso de la subvención a nivel de los procesos y de los resultados directos e indirectos.

A continuación, señalamos el progreso durante el periodo de reporte de la subvención:

INDICADORES DE IMPACTO:

CÓDIGO	INDICADOR DE IMPACTO	AÑO 1 2016	AÑO 2 2017	AÑO 3 2018	AÑO 4 2019
HIV I-9a	Porcentaje de HSH que viven con el VIH.		12%		
HIV I-9b	Porcentaje de mujeres transgénero que viven con el VIH.		20%		

Indicadores a ser reportados a finales de 2017.

INDICADORES DE RESULTADO:

CÓDIGO	INDICADOR DE RESULTADO	AÑO 1 2016	AÑO 2 2017	AÑO 3 2018	AÑO 4 2019
HIV O-4b	Porcentaje de personas transgénero que comercian con sexo que dicen haber utilizado preservativo con su último cliente.		70%		
HIV O-4a	Porcentaje de hombres que afirman haber utilizado preservativo en su última relación de sexo anal con otro hombre.		70%		
HIV O-1	Porcentaje de adultos y niños con VIH que se sabe están bajo tratamiento 12 meses después de TARGA.	35%	45%	60%	80%

Los indicadores HIV o-4a, HIV o-4b y HIV o-1 serán reportados a finales de 2017.

MÓDULO 1: Prevención HSH y Mujeres Transgénero

CÓDIGO	INDICADOR	META PROGRAMADA SEM 1 - AÑO 2	META EJECUTADA SEM 1 - AÑO 2	% EJECUCIÓN
KP-1a	Porcentaje de HSH al que le ha llegado programas de prevención del VIH; paquete definido de servicios.	52,940	6,953	13%
KP-1b	Porcentaje de personas Trans al que le ha llegado programas de prevención del VIH; paquete definido de servicios.	6,811	1,036	15%

KP-3a	Porcentaje de HSH que se ha sometido a pruebas de VIH durante el período de informe y conocen los resultados.	47,646	5,377	11%
KP-3b	Porcentaje de personas Trans que se ha sometido a pruebas de VIH durante el período de informe y conocen resultados.	6,130	693	11%

Debido al proceso de reformulación - donde la mayoría de actividades quedaron paralizadas - solo se reporta las atenciones rutinarias de la DPCVIH. De esta manera, podemos observar en la tabla que la población atendida, aquella que llega por primera vez a los servicios de atención (o reingresan al sistema de atención) es del 13% en población HSH y del 15% en mujeres trans, indicadores KP-1a y KP-1b, respectivamente.

Con relación a la población tamizada que ingresa por el registro - es decir, que son reportados por los servicios de atención - tenemos que la población HSH y mujeres trans ha sido tamizada en un 11%, indicadores KP-3ª y KP-3b, respectivamente.

MÓDULO 2: Prevención Poblaciones Indígenas Amazónicas

CÓDIGO	INDICADOR	META PROGRAMADA SEM 1 - AÑO 2	META EJECUTADA SEM 1 - AÑO 2	% EJECUCIÓN
KP-3e	Porcentaje de otras poblaciones indígenas que se realizaron la prueba de VIH durante el período de informe y conocen los resultados (Datem del Marañón y Condorcanqui).	10,850	13,349	123%

Módulo ejecutado con normalidad que refleja un cumplimiento de meta de 123%. En Condorcanqui el rendimiento fue de 99.8% y en el Datem del Marañón de 137.4%. La información detallada se puede encontrar en los documentos Anexos a este informe: **Resultados Primer Semestre enero – junio 2017 BMA Condorcanqui** y **Resultados Primer Semestre enero – junio 2017 BMA Datem del Marañón**.

MÓDULO 3: Fortalecimiento Sistema de Salud - Seguimiento y Evaluación

CÓDIGO	INDICADOR	META PROGRAMADA SEM 1 - AÑO 2	META EJECUTADA SEM 1 - AÑO 2	% EJECUCIÓN
M&E-1	Porcentaje de equipos informadores que presentan los informes puntualmente conforme a las directrices nacionales	28	29	104%

La DPCVIH reporta para el presente periodo 29 EESS que cumplieron con emitir sus informes dentro del plazo de 10 días, lo que representa un cumplimiento de meta del 104%.

MÓDULO 4: Fortalecimiento Sistema de Salud – Prestación de Servicios

CÓDIGO	INDICADOR	META PROGRAMADA SEM 1 - AÑO 2	META EJECUTADA SEM 1 - AÑO 2	% EJECUCIÓN
	Nuevos establecimientos de salud que brindan TARGA.	5	4	80%

La línea de base de la subvención determina 121 EESS proveedores de TARGA. Entre los meses de enero y junio 2017 se implementaron 4 nuevos EESS: CS Codo de Pozuzo (Junín), CS Emergencias de Villa El Salvador (Lima), CS Galilea y CS Putuyakat en la provincia de Condorcanqui - Amazonas.

MÓDULO 5: Tratamiento, Atención y Apoyo

CÓDIGO	INDICADOR	META PROGRAMADA SEM 1 - AÑO 2	META EJECUTADA SEM 1 - AÑO 2	% EJECUCIÓN
TCS-1	Porcentaje de PVV +15 años que actualmente reciben tratamiento antirretroviral entre todos los adultos y niños que viven con el VIH.	80% 45,626 / 57,032	38,352 / 57,032	67%
TSC-3	Porcentaje de PVV +15 años que han iniciado TARV con una carga viral indetectable a 12 meses (<1000 copias/ml).	90% 41,063 / 45,625	ND	ND

Según información de la DPCVIH, se reporta 38,352 PVV que vienen recibiendo tratamiento en la actualidad. Es pertinente señalar que la información que la DPCVIH maneja, se desagrega de la siguiente manera: menores de 0-17 años y adultos 18 a más años.

MÓDULO 6: Eliminación de Barreras Legales

CÓDIGO	INDICADOR	META PROGRAMADA SEM 1 - AÑO 2	META EJECUTADA SEM 1 - AÑO 2	% EJECUCIÓN
	N° de mecanismos de políticas públicas aprobadas y/o implementadas dirigidas a proteger, garantizar y promover los DDHH de las poblaciones clave y PVV a nivel regional y/o nacional.	4	0	0%

El proceso de reformulación de la subvención culminó en junio de 2017. Por ello, no se reporta avance en el cumplimiento de meta.

MÓDULO 7: Fortalecimiento de Sistemas Comunitarios

CÓDIGO	INDICADOR	META PROGRAMADA SEM 1 - AÑO 2	META EJECUTADA SEM 1 - AÑO 2	% EJECUCIÓN
	Nº y porcentaje de MCC que realiza vigilancia del Presupuesto por Resultados del Programa Estratégico TB/VIH y/o de la situación de derechos de las poblaciones clave a nivel nacional o regional.	16	0	0%
	Nº de personas que reciben consejería Post Test en las MCC.	3,840	0	0%
	Nº y porcentaje de MCC que ha participado en revisiones conjuntas de la DPCVIH o evaluaciones en los últimos 12 meses.	16	0	0%
	Nº y porcentaje de MCC que recibió apoyo técnico para el fortalecimiento institucional en los últimos 12 meses.	16	0	0%

El proceso de reformulación de la subvención culminó en junio de 2017. Por ello, no se reporta avance en el cumplimiento de meta.

1. EJECUTOR:

Sub Receptor Costa CEPESJU, Sub Receptor Selva CEDISA y Pathfinder International.

2. ESTADO DEL DESEMPEÑO PROGRAMÁTICO Y EJECUCIÓN FINANCIERA:

Las actividades ejecutadas en el Semestre 2 del Año 1 fueron las siguientes:

ACTIVIDAD 1.1: Pruebas de VIH y Asesoramiento como parte de Programas para HSH y Mujeres Transgénero

Sub Actividad 1.1.01: Implementación de Brigadas Móviles Urbanas.

Sub Actividad 1.1.02: Capacitación a Brigadas Móviles Urbanas.

Sub Actividad 1.1.03: Reuniones de Retroalimentación Macro Regionales.

Sub Actividad 1.1.04: Implementación de Estrategia de Tutores.

CÓDIGO	SUB ACTIVIDAD	META PROGRAMÁTICA				META PRESUPUESTAL		
		Total 2017	PROG S1	EJE S1	%	PROG S1	EJE S1	%
1.1.01	Implementación de Brigadas Móviles Urbanas.	22	22	0	0%	299,455	0	0%
1.1.02	Capacitación a Brigadas Móviles Urbanas.	11	11	0	0%	7,058	1,298	18%
1.1.03	Reuniones de Retroalimentación Macro Regionales.	4	Actividad Programada para el Segundo Semestre.					
1.1.04	Implementación Estrategia de Tutores.	11	Actividad Programada para el Segundo Semestre.					

SUB ACTIVIDAD 1.1.01 Implementación de Brigadas Móviles Urbanas

Las acciones dirigidas a la implementación de las BMU fueron las siguientes:

MANUAL DE INTERVENCIÓN BMU:

El RP - en coordinación con los SR - elaboró un Manual de Intervención que tiene como objetivo orientar el proceso de implementación de las BMU en el ámbito del Programa, que asegure el cumplimiento de los indicadores y haga sostenible la oferta móvil de servicios para población clave en zonas urbanas. Servirá, asimismo, para facilitar los procesos antes durante y después de su ejecución, aspectos en su organización, funciones de los miembros, actividades a desarrollar, monitoreo, seguimiento y el flujo de la información. Pendiente su aprobación por la DPCVIH.

TRABAJO DE GABINETE:

Se elaboró una profusa documentación, la cual observamos a continuación:

Productos
<ul style="list-style-type: none"> • Guía de Implementación para Equipos de Brigadas Móviles.
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de los Planes de Capacitación.
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de TDR para la contratación de EP, Monitores y Tutores.
<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de contratos para brigadistas profesionales.

COORDINACIONES:

Se realizaron una serie de reuniones con el objetivo de implementar de manera eficiente la estrategia de BMU, las cuales sintetizamos a continuación:

<p>ENERO</p>	<p>PRIMERA REUNION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participaron: RP y SR Costa. • Exposición de la Norma Trans. • Exposición de la Versión 1 – Guía de Implementación de BMU. • Operatividad de las BMU.
<p>ENERO</p>	<p>SEGUNDA REUNION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participaron: RP y SR Costa. • Revisión de la Guía para la Organización e Implementación Brigadas Móviles Urbanas. • Manual de Intervención de Brigadas Móviles Urbanas.
<p>FEBRERO</p>	<p>TERCERA REUNION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participaron: ESR Callao y SR Costa. • Conformación de 2 BMU. • Coordinación para la contratación de 1 MT. • Sugerencia para la intervención.
<p>ABRIL</p>	<p>CUARTA REUNION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participaron: RP y SR Costa. • Panorama actual del Proyecto. • Evaluación del nivel de avances en la intervención del proyecto. • Avances de tareas por cada Módulo.
<p>JUNIO</p>	<p>QUINTA REUNION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participaron: ESR Callao y SR Costa. • Conformación de 2 BMU. • Coordinación para la contratación de 1 MT. • Sugerencia para la intervención.
<p>JUNIO</p>	<p>SEXTA REUNION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participaron: DPCVIH y SR Costa. • Revisión del Módulo de capacitación BMU. • Distribución de los EP y contratación de vinculadores y monitores. • Cuantificación de los insumos necesarios.

DIRECTORIO DEL PERSONAL DEL MINSA QUE PARTICIPARÁ EN LAS BMU

Se elaboró un directorio de los posibles participantes de las capacitaciones de las BMU.

Cuadro N° 1:
Staff de Brigadistas de Lima

REDES DE SALUD	EP	PROFESIONAL DE SALUD	TOTAL
1) BCO CHO SCO	6	8	14
2) LIMA NORTE IV	-	9	9
3) RIMAC-SMP-LO	2	5	7
4) SJL	2	5	7
5) SJM-VMT	1	11	12
6) TUPAC AMARU	8	9	17
7) VES-LPP	5	5	10
8) LIMA ESTE METROPOLITANA	13	14	27
TOTAL	37	66	103

Fuente: Directorios alcanzados por las Redes de Salud.

Respecto a los Educadores de Pares, se observa en la tabla N° 2 un total de 37 EP entre Gay/HSH, Mujeres Trans y Trabajadoras Sexuales, estas últimas no estarían participando de la intervención por no considerarse población clave y no estar consideradas en los objetivos de la intervención por la priorización realizada en función a la información epidemiológica; sin embargo, se consultará a la DPCVIH su inclusión. Los EP Gay/HSH son quienes tienen mayor presencia, siendo 24 que representan el 64.9%, las EP MT son 7 (18.9%) y las TS son 6 (16.2%).

Cuadro N° 2
Educadores de Pares de Lima

EDUCADOR/A DE PARES	N°	%
GAY/HSH	24	64.9%
MT	7	18.9%
TS	6	16.2%
TOTAL	37	100.0%

Con relación a los profesionales de la salud, se puede apreciar en la tabla N° 3 la presencia predominante de obstetras (48) que representan el 71.6% del total, luego se tiene 6 médicos que representan el 9.0%, mientras que las demás especialidades: enfermeras, tecnólogos médicos, psicología, técnicas en enfermería tienen un porcentaje menor.

Cuadro N° 3
Staff de Brigadistas de Lima por profesiones

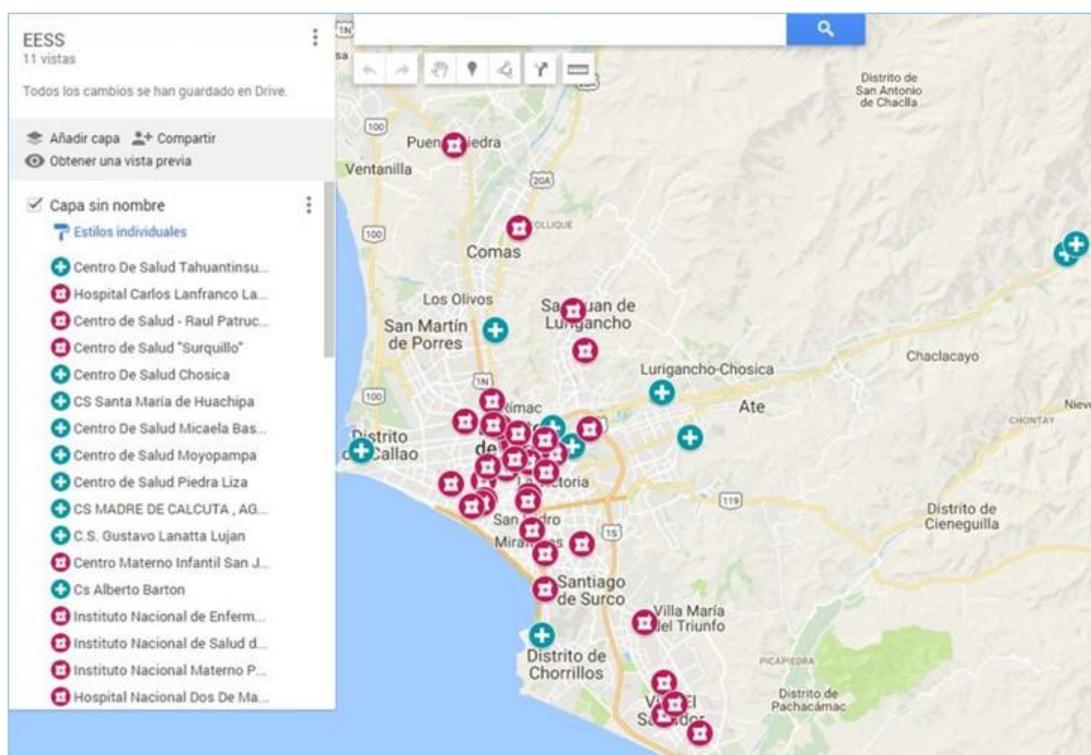
ESPECIALIDAD	N°	%
ENFERMERA	2	3.0%
LABORATORIO	3	4.5%
MEDICO	6	9.0%
OBSTETRA	48	71.6%
TEC. ADMINISTRATIVO	1	1.5%
TECNOLOGO MEDICO	3	4.5%
PSICOLOGIA	2	3.0%
ENFERMERA TECNICA	2	3.0%
TOTAL	67	100.0%

Fuente: Directorios alcanzados por las Redes de Salud.

UBICACIÓN GEO-REFERENCIAL DE LOS CERITSS Y UAMP:

El SR Costa realizó la ubicación geo-referenciada de los CERITSS y UAMP de los ámbitos de intervención, además de señalar los establecimientos de salud y organizaciones donde se brinda TARGA, ubicando en total 54 EESS: 42 brindan TARGA y 12 no brindan tratamiento.

La ubicación Geo-referencial de los CERITS y UAMP es importante para el trabajo que realizarán las BMU, en este plano se podrá precisar las zonas en donde intervendrán cada una de ellas en relación a la ubicación de los CERITS y UAMP y los EESS donde se entrega TARGA, punto clave para las vinculaciones.



INSUMO 1.1.02
Capacitación de Brigadas Móviles Urbanas.

MÓDULO DE CAPACITACIÓN DE BMU:

Se elaboró el módulo de capacitación, el cual se encuentra pendiente de aprobación por la DCPVIH. El módulo fue trabajado conjuntamente con los SR Costa y Selva, quienes emitieron comentarios y aportes. Se revisó la malla de contenidos o estructura del módulo de capacitación BMU sobre el que se seleccionaron los temas a ser incluidos para realizar el seguimiento virtual, además se propusieron algunas tareas a desarrollar por el Personal de Salud y Educadores/as de Pares como parte del proceso formativo.

Seguimiento Virtual:

Se identificaron necesidades técnicas y económicas para la implementación de un entorno virtual de aprendizaje, una opción es la versión libre de Moodle. Se elaboró la estructura de contenidos para el seguimiento virtual, el mismo que tendrá una duración de 12 semanas y se realizará en paralelo a la Fase de Campo, siendo los tutores virtuales los responsables de realizar este seguimiento.

Certificación / Acreditación:

En cuanto a las acciones vinculadas a la certificación de la capacitación de las BMU, el SR Costa ha efectuado coordinaciones con Instituciones de Educación Superior con la finalidad de conocer las condiciones y costos en relación a la acreditación al personal capacitado.

Las entidades educativas consultadas fueron las siguientes:

- Instituto Daniel A. Carrión
- Instituto Superior CREA
- Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM)

El SR Costa ha elaborado una propuesta de TDR para la selección de la entidad formadora. El objetivo de la consultoría es certificar a los participantes en la capacitación para equipos de Brigadas Móviles Urbanas.

La entidad formadora deberá reunir los siguientes requisitos:

- Ser una entidad formadora (Instituto o Universidad) de gestión pública o privada
- Orientada a la formación técnica o profesional en salud y/o educación.
- Experiencia en la formación de técnicos y/o profesionales superior a 12 años.
- Acreditación internacional y/o nacional otorgada por el SINEACE.

La duración del servicio se realizará en un periodo de 5 meses o hasta concluir el programa de capacitación en los ámbitos de intervención del Programa, entrega de certificados a los 7 días de culminar el proceso de capacitación y el informe final a los 15 días.

COORDINACIONES:

Se desarrollaron una serie de reuniones para tratar el tema de la capacitación de las BMU:

MES	PARTICIPANTES	RESUMEN
ENERO	DPCVIH – RP – SR Costa – Coordinadores Redes de Salud de Lima	<ul style="list-style-type: none"> • Subvención VIH – Poblaciones clave • Implementación en la jurisdicción de Lima Metropolitana. • Procesos operativos y capacitación.
FEBRERO	DPCVIH – RP – SR Costa	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de la Subvención VIH. • Implementación de la Subvención en Lima Metropolitana. • Plan de capacitación para equipos de BMU: directorio BMU.
FEBRERO	DPCVIH – RP – SR Costa – Coordinadores Redes de Salud de Lima	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión del directorio consolidado de participantes para la capacitación y sensibilización para equipos de BMU. • Las Redes de Salud y DPCVIH elaborarán los TDR de los EP para homogenizar proceso de selección.
MARZO	RP y SR Costa	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión del levantamiento de observaciones del producto 3 de la Consultoría: Elaboración Módulo de Capacitación BMU.
JUNIO	RP y SR Costa	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento virtual de capacitación BMU: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar una plataforma en Moodle ▪ Foros de casos ▪ Temáticas para reforzar capacitación
JUNIO	DPCVIH y SR Costa	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión del Módulo 1.

INSUMO 1.1.03

Reuniones de Retroalimentación Macro Regionales.

Actividad programada para el segundo semestre del año 2.

INSUMO 1.1.04

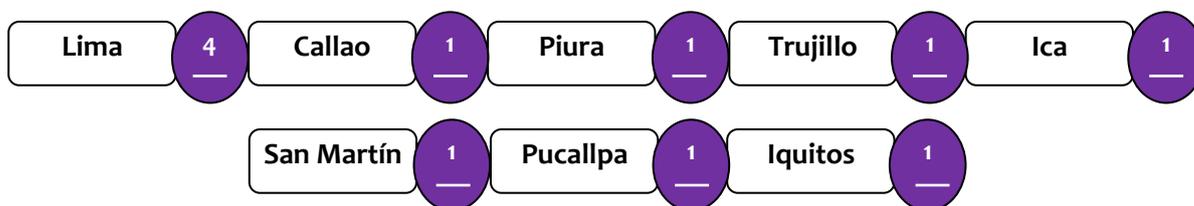
Implementación Estrategia de Tutores.

La Estrategia de Tutores incorpora a profesionales que ayudarán en el fortalecimiento de la vinculación y retención de “casos difíciles” (no adherentes) a través de un abordaje personalizado que consiste en:

- Ayuda a entendimiento del diagnóstico.
- Apoyo emocional.
- Estrategia de adherencia.
- Identificación temprana de barreras que impiden el acceso a servicios de salud.
- Visitas domiciliarias.
- Comunicación directa y continua con el usuario.
- Reuniones con equipos de salud.

El perfil del tutor será el de un profesional de la salud, de preferencia de la rama de la psicología, aunque no se descarta otras profesiones relacionadas a las ciencias de la salud (enfermería, trabajo social), con conocimiento de VIH e ITS y experiencia laboral en ese campo, conocimiento del sistema de salud, consejería en VIH y pruebas rápidas para VIH.

Número de vinculadores: 11:



ACTIVIDAD 1.2: Cambio de Comportamiento como parte de Programas para HSH y Mujeres Transgénero

Sub Actividad 1.2.01: Estrategia Virtual Comunicacional.

CÓDIGO	SUB ACTIVIDAD	META PROGRAMÁTICA				META PRESUPUESTAL		
		Total 2017	PROG S1	EJE S1	%	PROG S1	EJE S1	%
1.2.01	Estrategia Virtual Comunicacional.	1	1	0	0%	62,705	1,223	2%

SUB ACTIVIDAD 1.2.01

Estrategia Virtual Comunicacional.

Para la implementación de la Estrategia Virtual Comunicacional se desarrollaron una serie de reuniones entre la DPCVIH, RP, SR Costa y consultora con la finalidad de presentar la propuesta y la estructura conceptual de la página web.

Mes	Reuniones	Fecha	Participantes
Enero	Reunión 01	Enero	RP, SR Costa y Consultora
Febrero	Reunión 02	Febrero	SR Costa y Consultora
	Reunión 03	Febrero	RP, SR Costa y Consultora
Junio	Reunión 04	Junio	OBC y Consultora
	Reunión 05	Junio	SR Costa y Consultora
	Reunión 06	Junio	DPCVIH y Consultora
	Reunión 07	Junio	RP, SR Costa y Consultora
	Reunión 08	Junio	DPCVIH y Consultora

HITOS PRINCIPALES:

- La página web es un repositorio de información orientada a la promoción de los servicios de salud y prevención del VIH, estará vinculada a las redes sociales para difundir información que se ampliará siguiendo el enlace a la página web. A través de las redes se realizará el acercamiento con las personas y será un medio de constante actualización.
- El directorio incluirá los servicios de salud públicos y privados: ubicación, servicios, costos, contactos. Se incluirán a los MCC cuando estos tengan las condiciones necesarias para realizar atenciones a la comunidad.
- La página web será implementada tanto para el SR Costa y SR Selva, en el directorio incluirá ambos ámbitos.
- En preguntas frecuentes se incluirá el flujograma para el acceso a servicio de menores de edad y para mayores. ¿Qué hacer si el usuario (Gay/HSH o MT) tiene SIS?.
- El lenguaje a emplear será sencillo tanto en la web como en Facebook. Se deberá incorporar un glosario de términos. Así mismo considerar plantear los mensajes en positivos.
- Si bien el tema central es el VIH, no sólo se abordará esta temática, se plantea colocar, por ejemplo, temas relacionados a:
 - a) Salud corporal: información para la salud ano rectal, hormonoterapia, cuidado con las operaciones (lugares y profesionales), ITS (¿cómo reconocerlas?), hepatitis.
 - b) Salud mental: identidad, autoestima.
 - c) Mitos y verdades (enfaticando diversos temas).
 - d) Pruebas de VIH: ¿dónde hacerlas?, ¿por qué hacerla?, ¿cuáles son las pruebas?, ¿cuánto tiempo esperar?, si la prueba y el tratamiento son gratuitos.
 - e) Estilos de vida saludable: nutrición, higiene, ejercicios o actividad física, prevención de la violencia.
- Visibilizar los CERITS y UAMP como lugares amigables.

ELABORACIÓN DE TDR PARA CONSULTORÍA DEL PLAN ESTRATÉGICO COMUNICACIONAL:

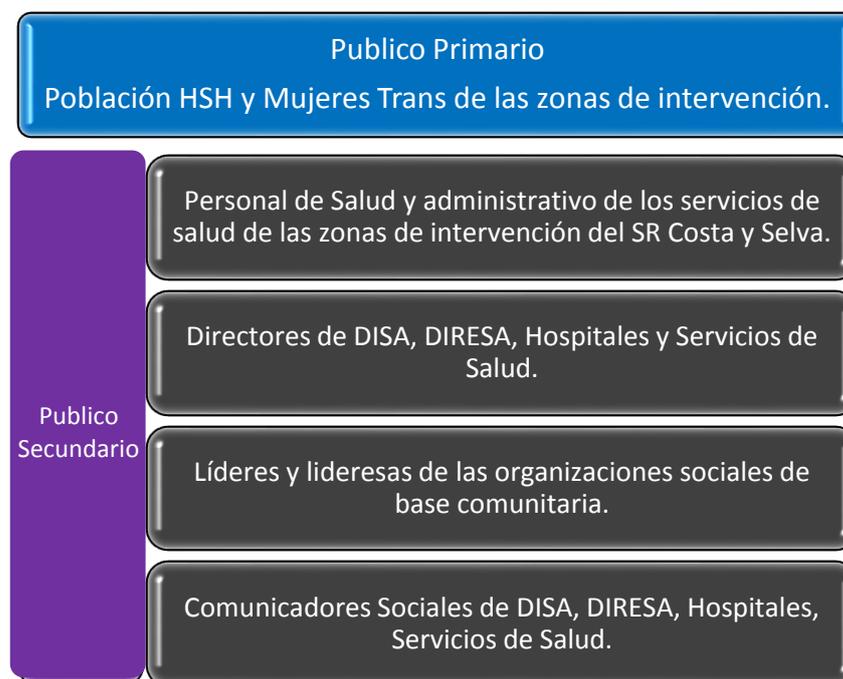
Se procedió a la elaboración del TDR para la contratación del servicio de consultoría para la elaboración del Plan Estratégico Comunicacional. El objetivo general es Implementar la Estrategia Comunicacional a fin de contribuir en el fortalecimiento de las acciones del programa.

Los objetivos específicos:

- Desarrollar el enfoque de la estrategia comunicacional reconociendo los diversos espacios y escenarios de movilización de la población objetivo así como su contexto socio cultural, que permitan la articulación de acciones del proyecto vinculadas a los servicios de atención integral o específica.
- Desarrollar y mantener actualizada una plataforma virtual que permita brindar información específica y ampliada para la población objetivo generando un vínculo con los usuarios y promoviendo el acceso a servicios de atención integral a la población objetivo.
- Diseñar y realizar una campaña de promoción y difusión de acciones vinculadas a promover la prevención, control y adherencia a TARGA.

En el Marco conceptual se definen los conceptos que enmarcan las acciones que se plantean en el Plan estratégico Comunicacional:

- Enfoque de Derechos.
- Enfoque de Género.
- Cambio de comportamiento.
- Comunicación estratégica integral.
- Salud, Comunicación y Educación.
- Determinantes de la Salud.
- Enfoque Sistémico de la Comunicación.
- Activación Comunitaria.



Estrategias Claves:

- Estrategia virtual comunicacional que consiste en el desarrollo de la Página Web y Espacios en Redes Sociales – Facebook.

- Campaña comunicacional donde se plantea la elaboración de piezas gráficas y radio que incluye identidad gráfica, realizando validación en Costa (Lima) y en la Selva. Producción de cuñas radiales, Material impreso, Publicidad en Redes, Mensajes de texto.
- Actividades comunitarias que plantea activaciones comunitarias, participación en ferias comunales, participación en actividades deportivas de la comunidad y la participación en actividades de las organizaciones.

El Plan Estratégico Comunicacional propone realizar las siguientes actividades:

Acciones Generales:

- Construcción de mensajes claves.
- Desarrollo de línea gráfica.

Estrategia Virtual Comunicacional:

- Página web.
- Espacios en Redes Sociales (Facebook) y publicidad.
- Campaña comunicacional y validación.
- Producción de materiales.
- Mensajes de texto.
- Actividades comunitarias.

ACTIVIDAD 1.3: Preservativos como parte de Programas para HSH y Mujeres Transgénero

Sub Actividad 1.3.01: Adquisición de Lubricantes.

CÓDIGO	SUB ACTIVIDAD	META PROGRAMÁTICA				META PRESUPUESTAL		
		Total Año 1	PROG S1	EJE S1	%	PROG S1	EJE S1	%
1.3.01	Abastecimiento de lubricantes como parte del paquete de prevención que ofertarán las BMU.	500,000	500,000	500,000	100%	118,909	74,645	64%

SUB ACTIVIDAD 1.3.01

Abastecimiento de lubricantes como parte del paquete de prevención que ofertarán las BMU.

En setiembre de 2016, el RP en coordinación con los actores del MINSa involucrados: DPCVIH; Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Centro Nacional de Control de Calidad (CNCC) y la Red de Laboratorios de Control de Calidad; Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos de Salud (CENARES), Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) y la CONAMUSA, conformó la **Mesa de Trabajo para el suministro de Productos de Salud**, la cual permitirá con criterios técnicos y transparencia la adquisición de los equipos de laboratorio, reactivos y los lubricantes.

Mediante un proceso de adquisición por Licitación Pública se adquirieron 500,000 unidades de lubricantes a un precio menor al precio referencial, significando un ahorro de S/. 160,000.00, (40% menos de lo programado, se presupuestó a un precio referencial unitario de S/. 0.80 y se adjudicó a un precio unitario de S/. 0.48). Asimismo, la DPCVIH, CENARES y el RP coordinaron la distribución de los lubricantes en 7 Regiones de intervención y 9 Redes de Salud de Lima.

Para la sostenibilidad de la disponibilidad de los lubricantes se cuenta con una Norma Técnica de Atención Integral de la Población Trans Femenina para la Prevención y Control de ITS y VIH/SIDA, aprobada en diciembre de 2016, la cual incluye la entrega de lubricantes. En ese sentido, se coordinó con CENARES y DIGEMID para que los lubricantes cuenten con código SISMED: 03760 y SIGA: 586600220008 y formen parte del suministro de CENARES.

Distribución a las Regiones de Intervención:

La distribución de los lubricantes a las regiones se realizó, de acuerdo a las BBAA y contrato con el proveedor, entre el 26 de enero y 3 de febrero del presente año. En el caso de Lima, debido a que el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) - que tuvo a su cargo la gestión de los servicios de salud de Lima Metropolitana - se encontraba en proceso de desactivación, se decidió distribuir a las 9 Redes de Salud de Lima directamente. Esto significó formular una adenda al convenio con el proveedor, aumentando los puntos de distribución y los tiempos establecidos.

La distribución a las 9 Redes de Salud de Lima Metropolitana se realizó del 20 de febrero al 21 de marzo. A continuación, presentamos las actividades desarrolladas de manera cronológica.

FECHA	ACTIVIDAD
12 enero	Coordinaciones en la Mesa de trabajo para la distribución de los lubricantes.
13 enero	Elaboración, revisión y aprobación del Cuadro de distribución de las 8 regiones.
16 enero	Elaboración de la matriz con la información para el proveedor: regiones, dirección de los almacenes, N° de RUC, contacto, teléfonos y cantidad de lubricantes.
18 enero	Envío de las cartas de donación de Pathfinder a los directores de las Regiones.
18 enero	Coordinaciones con los Coordinadores Regionales de las ESITS de las Regiones.
20 enero	DPCVIH envía oficios a las 7 DIRESAS, IGSS y a las 9 Redes de Salud de Lima informando sobre los lubricantes. Oficio Circular N° 145-2017- DGIESP/MINSA.
26 enero	Escaneo de cartas de donación para seguimiento y socialización con almacenes.
26 enero	APROPO inicia distribución a IGSS. IGSS comunica que aún no cuenta con autorización para recibir el producto, pues se encuentra en proceso de desactivación.
27 enero / 3 febrero	Se distribuyeron los lubricantes a las 7 regiones de intervención, según lo programado: Piura, La Libertad, Ica, Loreto, Ucayali, San Martín y Callao.
30 enero	Se solicita a IGSS información sobre los avances en las gestiones para ingresar los lubricantes. Se adjunta relación de oficios circulares N° 145-2017-DGIESP/MINSA dirigida a las Redes de Salud de Lima y la carta de donación de Pathfinder.
31 enero	IGSS responde que aún no cuenta con autorización y no puede recibir los productos.
2 febrero	Se comunica a CENARES y se consulta los procedimientos a seguir para la distribución a IGSS. Asimismo, se coordina con la DPCVIH para ver alternativas de solución.
9 febrero	La DPCVIH comunica a las 9 RS sobre la distribución y solicita socializar con sus áreas de medicamento y/o Almacén Especializado para que procedan al ingreso del producto en el SISMED como donación.
10 febrero	Elaboración de los cuadros de distribución, cartas de donación, direcciones de almacenes y RUC de las 9 Redes de Salud de Lima.
13 febrero	Se envía cartas de donación a las 9 RS de Lima. Se escanea las cartas de donación a las coordinadoras de la ES de la RS para seguimiento y coordinación con almacenes.
20 febrero / 21 marzo	Distribución a las 9 Redes de Salud de Lima Metropolitana.

Cuadro N° 4
Cuadro de distribución de Lubricantes a las Regiones de Intervención

	REGIÓN	CANTIDADES	DISTRIBUCIÓN
1	CALLAO	45,447	25 enero
2	PIURA	45,447	27 enero
3	LA LIBERTAD	45,447	31 enero
4	ICA	45,447	27 enero
5	LORETO	45,447	31 enero
6	UCAYALI	45,447	3 febrero
7	SAN MARTIN	45,447	31 enero
	LIMA		
8	LIMA CIUDAD	26,050	20 febrero
9	BARRANCO- CHORRILLOS - SURCO	13,910	21 febrero
10	VILLA EL SALVADOR - LURIN - PACHACAMAC	14,630	22 febrero
11	VILLA MARIA DEL TRIUNFO – SAN JUAN MIRAFLORES	16,400	22 febrero
12	LIMA NORTE - TUPAC AMARU	21,890	22 febrero
13	LIMA ESTE METROPOLITANA	31,450	16 marzo
14	RIMAC - SAN MARTIN DE PORRES	25,400	23 febrero
15	LIMA NORTE - PUENTE PIEDRA	8,931	24 febrero
16	SAN JUAN DE LURIGANCHO	23,210	21 marzo
	TOTAL	500,000	

3. LOGROS DEL MÓDULO 1:

Con relación a las Brigadas Móviles Urbanas

- Se cuenta con un módulo de capacitación para BMU elaborado, quedando pendiente únicamente de la aprobación de la DPCVIH.
- Elaboración del Manual de Intervención para las BMU.

Con relación a los lubricantes

- Se ha adquirido y distribuido 500,000 unidades de lubricantes a un precio menor al precio referencial, significando un ahorro aproximado de S/. 160,000.00.
- Se coordinó con DIGEMID la inclusión de lubricantes en el SISMED para su registro y control de inventarios. Los lubricantes cuentan con código SISMED: 03760 y SIGA: 586600220008.
- Los lubricantes han sido incluidos en la NT Atención Integral de la población trans femenina, y este año será programada su adquisición con fondos.

4. DIFICULTADES ENCONTRADAS:

Con relación a las Brigadas Móviles Urbanas

- El retraso de las actividades debido al proceso de reformulación no permitirá alcanzar las metas establecidas para este año.

Con relación a los lubricantes

- La desactivación del IGSS generó que la distribución de los lubricantes a las RS de Lima tuviese demoras burocráticas. Esto significó realizar una adenda al contrato con el proveedor en el cual se incrementaron los puntos de distribución (se distribuyó a cada RS) y los tiempos de almacenamiento, lo que significó pagos adicionales por estos conceptos.

1. EJECUTOR:

Pathfinder International.

2. ESTADO DEL DESEMPEÑO PROGRAMÁTICO Y EJECUCIÓN FINANCIERA:

Las actividades ejecutadas en el periodo fueron las siguientes:

ACTIVIDAD 2.1: Cambio de Comportamiento como parte de Programas para otras Poblaciones Vulnerables (Poblaciones Indígenas)

Sub Actividad 2.1.01: Equipo de Diálogo Intercultural con Poblaciones Indígenas: Condorcanqui (Amazonas) y Datem del Marañón (Loreto).

Sub Actividad 2.1.02: Reuniones con Autoridades Locales y Regionales: Salud, Educación, GORE, Gobiernos Locales, Otros Sectores.

Sub Actividad 2.1.03: Capacitación Personal de Salud Redes de Salud y Micro Redes.

Sub Actividad 2.1.04: Entrenamiento a Agentes Comunitarios de Salud.

Sub Actividad 2.1.05: Reuniones Anuales de Evaluación con Personal de Salud de Redes y Micro Redes de Salud.

Sub Actividad 2.1.06: Estrategia Comunicacional.

CÓDIGO	SUB ACTIVIDAD	META PROGRAMÁTICA				META PRESUPUESTAL		
		Total 2017	PROG S1	EJE S1	%	PROG S1	EJE S1	%
2.1.01	Equipo de Diálogo Intercultural con Poblaciones Indígenas: Condorcanqui (Amazonas) y Datem del Marañón (Loreto).	2	2	2	100%	103,023	101,548	98.6%
2.1.02	Reuniones con Autoridades Locales y Regionales: Salud, Educación, GORE, Gobiernos Locales, Otros Sectores.	2	2	4	200%	17,355	4,684	27.0%
2.1.03	Capacitación Personal de Salud Redes de Salud y Micro Redes.	2	2	7	350%	20,047	957	4.8%
2.1.04	Entrenamiento a ACS.	2	2	0	0%	2,710	0	0%
2.1.05	Reuniones Anuales de Evaluación con Personal de Salud de Redes y Micro Redes de Salud.	2	2	4	200%	14,850	0	0%
2.1.06	Estrategia Comunicacional.	1	1	0	0%	15,069	874	5.8%

SUB ACTIVIDAD 2.1.01
Equipo de Diálogo Intercultural.

Los Equipos de Diálogo Intercultural, instalados en las zonas de intervención: Condorcanqui y Datem del Marañón, están conformados de la siguiente manera:



De manera resumida describimos las actividades y metas que vienen cumpliendo los EDI:

ACTIVIDADES / METAS	ESTADO DE PROGRESO
<p>✓ Sensibilizar a las autoridades regionales y locales, así como con los líderes y autoridades de las organizaciones y comunidades indígenas sobre la situación de la infección por VIH en pueblos indígenas y sobre la urgencia de intervenir para su tratamiento y control, buscando generar interés y compromisos de apoyo y participación en las acciones propuestas por el Programa.</p>	<p>CUMPLIDO Todas las acciones de sensibilización y presentación de la subvención fueron realizadas antes del inicio de la intervención.</p> <p>Asimismo, estas reuniones se realizaron con las diferentes instituciones en diferentes momentos del semestre ante las Redes de Salud y DIRESA Amazonas y Loreto.</p>
<p>✓ Conformar una mesa de trabajo para abordar la problemática del VIH en poblaciones indígenas (participación de Apus, autoridades, organizaciones comunitarias y representantes de los sectores estatales de la zona de intervención).</p>	<p>EN PROCESO En Datem del Marañón, el EDI impulsó la conformación de una Mesa Técnica Multisectorial para la Lucha contra el VIH, la cual es liderada por el alcalde de la municipalidad provincial. Dicha Mesa permitió la emisión de la Ordenanza N° 017-2017-MPDM-CM que declara al VIH como un problema prioritario de salud pública, incorporando presupuestos públicos.</p> <p>En Condorcanqui se viene participando en la Mesa de Lucha Contra la Pobreza y conjuntamente con la RS y municipalidad se viene trabajando un documento técnico para la elaboración de la ordenanza de VIH que permitirá la continuidad de las acciones preventivas y asistenciales en la zona.</p>
<p>✓ Gestionar recursos con los gobiernos regionales, municipalidades provinciales y distritales, DIRESA y entidades de cooperación locales y regionales.</p>	<p>EN PROCESO Se ha elaborado un borrador de convenios con los Gobiernos Regionales con miras a la sostenibilidad. En Condorcanqui y Datem del Marañón actualmente se encuentran en fase de revisión.</p>
<p>✓ Identificar las redes y micro redes sociales, así como los comportamientos y modos de vida de las poblaciones indígenas, dentro y fuera de las comunidades, identificando riesgos de infección.</p>	<p>EN PROCESO Tanto EDI como brigadistas cuentan con una bitácora de campo en la cual vienen registrando información proveniente de la dinámica comunitaria: redes sociales, riesgos de infección, actitudes hacia el tratamiento, uso del condón, actitudes hacia la población gay/HSH y mujeres trans.</p>

✓ Participar en reuniones organizadas por la DIRESA, Redes de Salud, Gobierno Regional u otra instancia pública de la zona de intervención.	CUMPLIDO Los EDI participan en toda reunión convocada por las autoridades de salud y otros sectores del Estado en las zonas de intervención.
✓ Sistematizar el desarrollo de la intervención: representaciones y concepciones existentes en las poblaciones indígenas relacionadas con el proceso salud-enfermedad y, en particular, con la infección por el VIH/SIDA y su tratamiento; la respuesta del sector salud, entre otras.	EN PROCESO Se realizó la sistematización de Bitácoras de las Brigadas Móviles Amazónicas y EDI en Condorcanqui. En proceso Datem del Marañón.
✓ Contribuir a fortalecer las capacidades de los líderes comunitarios, empoderándolos en temas de prevención y trabajo multisectorial.	EN PROCESO Actividad iniciada en Condorcanqui en la cual se capacitaron a 15 ACS. Adicionalmente, se cuenta con una base de datos de ACS.
✓ Brindar capacitación al personal de salud de los establecimientos, Redes de Salud y DIRESA, así como a los Equipos de las BMA incorporando el enfoque, diálogo y pertinencia intercultural.	CUMPLIDO A la fecha se ha realizado 7 capacitaciones en la cual ha participado más de 171 recursos humanos. La capacitación es continua y se usa presupuesto compartido entre la DIRESA y la subvención.
✓ Acompañar y proporcionar a las BMA asesoría técnica para la implementación de intervenciones con respeto y pertinencia intercultural, tendientes a mejorar la calidad de los servicios que brindan, aceptabilidad y demanda de la población.	CUMPLIDO Los EDI acompañan la intervención de las BMA en las comunidades: el médico brinda asistencia técnica en el tema de salud, la comunicadora homogeneiza los mensajes de prevención y el antropólogo recoge percepciones sobre VIH de las comunidades.
✓ Elaborar materiales de información y difusión con enfoque intercultural a partir de los informes que emite los Equipos de las Brigadas Móviles Amazónicas.	EN PROCESO En Condorcanqui se ha reproducido materiales elaborados por Salud Sin límites. En Datem del Marañón se hará una adecuación de los mismos en el segundo semestre 2017.
✓ Promover y facilitar el diálogo intercultural en salud entre los equipos técnicos del proyecto de intervención, el personal de salud de los establecimientos de salud y la comunidad y sus agentes de salud, orientado a mejorar la participación y el trabajo conjunto.	CUMPLIDO Los EDI promueven a todo nivel las acciones coordinadas. El plan de intervención es trabajado con las Redes y Micro Redes de Salud, cuando la BMA llega a una comunidad se establece contacto con la Micro Red y EESS de las zonas de intervención y al finalizar la intervención se realiza una retroalimentación con el puesto de salud respectivo sobre los tamizajes y atenciones realizadas.
✓ Facilitar el esclarecimiento de los mensajes transmitidos, así como la construcción de saberes acerca de la infección por VIH –mecanismos de transmisión, modos de prevención, manifestaciones, diagnóstico y tratamiento– en las poblaciones indígenas.	EN PROCESO Se ha diseñado una estrategia comunicacional que incluye la metodología de las sesiones educativas que las BMA realizan en las comunidades. Queda pendiente para el segundo semestre el taller de validación de mensajes.

SUB ACTIVIDAD 2.1.02

Reuniones con Autoridades Locales y Regionales.

A continuación, presentamos un sucinto informe de las actividades realizadas por los EDI en las provincias de Condorcanqui y Datem del Marañón. Mayor detalle de las actividades se pueden apreciar en el Informe: **Actividades de los Equipos de Diálogo Intercultural (enero - junio 2017)**.

CONDORCANQUI:

Se ha realizado diversas reuniones multisectoriales a todo nivel: regional, provincia y distrital con la finalidad de sensibilizar a las autoridades sobre la situación de la infección por VIH en pueblos indígenas, buscando generar interés y compromisos de apoyo y participación en las acciones propuestas por el Programa.

Municipalidad Condorcanqui

Reunión gestionada por el EDI y que fue convocada por la Municipalidad Provincial de Condorcanqui conjuntamente con la Red de Salud Condorcanqui. Objetivo: promover el compromiso de los diversos actores para este segundo año de intervención de las BMA, a fin de garantizar la sostenibilidad de las intervenciones de salud.

Gobierno Regional Amazonas

Reunión denominada: “Situación del VIH/SIDA en Poblaciones Indígenas de la Provincia de Condorcanqui”, organizada entre la DIRESA Amazonas y EDI Condorcanqui. Objetivo: Analizar la problemática de VIH en la región Amazonas y, particularmente, en Condorcanqui.

Municipalidad Distrital de Río Santiago

Participaron: Gerente de la Municipalidad de Río Santiago, Ministerio de Cultura, Red de Salud Condorcanqui y EDI. Objetivo: Analizar la situación del VIH en el distrito.

Programa Juntos

Reunión gestionada por el EDI a fin de dar a conocer el trabajo realizado y evaluar la posibilidad de acompañar sus intervenciones en el Alto Cenepa con la BMA Cenepa para realizar actividades de salud en estas zonas de difícil acceso.



Participantes de la Reunión Multisectorial – región Amazonas

USAID

Reunión que permitió intercambiar experiencias en la zona y buscar sinergias. Los representantes de PRODES explicaron que desde hace tres años brindan asistencia técnica al gobierno provincial y a la red de salud en temas relacionados a DCI y Anemia.

ONG Condorcanquinos Unidos por la Esperanza (CONUPES)

Permitió conocer los objetivos de la ONG que cuenta con un proyecto en busca de financiamiento. Dentro de su propuesta consideran importante trabajar en diferentes frentes: investigaciones, capacitaciones, así como mejorar el acceso, seguimiento, capacitación comunal, fortalecimiento de capacidades, empoderamiento de autoridades e interculturalidad.

MEF

Se solicitó la reunión con la consultora externa del MEF para conocer de qué manera la municipalidad y la RSC vienen trabajando el PpR del Programa 016-TBC/VIH-SIDA.

Municipalidad de Río Santiago

Reunión con el Gerente de Desarrollo Social del Municipio Río Santiago. El Gerente señaló que no habían considerado el VIH como prioridad porque pensaban que era competencia del sector de Salud por lo que solicitó hacer alianzas estratégicas de colaboración.

RENIEC

Reunión realizada en Chachapoyas. Los representantes del RENIEC indicaron las dificultades que se tienen en la provincia debido a la lejanía de las comunidades, siendo el mayor problema la falta de partidas de nacimiento. Si bien en los últimos años se ha avanzado con la entrega de estos documentos, existen lugares con dificultad para ingresar o existen errores de digitación lo que ocasiona que en muchos casos se pase por una rectificación judicial. El EDI indicó que se puede considerar a un representante del RENIEC durante las intervenciones de las BMA.



Equipo técnico de RENIEC Chachapoyas y EDI

GORE Amazonas

Reunión sostenida con el Gerente de Desarrollo Social del Gobierno Regional Amazonas. Indicó que tiene conocimiento sobre la falta de pruebas rápidas, pero que al estar considerado en una compra nacional del MINSA, el GORE no puede interferir en este proceso. Mostró preocupación por las propias particularidades de la provincia de Condorcanqui como la falta de recursos humanos en el sector salud; sin embargo, reiteró su interés de contar con un instituto de medicina tropical y solicitó el apoyo en cuanto a la asistencia técnica para la elaboración de la propuesta a fin de ser presentado al gobernador regional. Otro de los temas que se abordaron fue la firma de un convenio entre Pathfinder International y el GORE a fin de dar sostenibilidad a la continuidad del trabajo que se viene realizando a través de las brigadas.



Gerente de Desarrollo Social GORE Amazonas

Defensoría del Pueblo

Reunión con el responsable de la Defensoría del Pueblo de Chachapoyas, quien indicó que no se cuenta con una sede en la provincia de Condorcanqui, pero que se realizaba visitas periódicas a fin de poder monitorear las actividades que se vienen realizando a favor de la población. Sostuvo además que desde hace varias gestiones atrás no se cuenta con reporte sobre la situación de VIH por parte de la RS Condorcanqui, por lo que consideraba oportuna la reunión.

Centro de Emergencia Mujer

La reunión se realizó con la promotora, quien explicó de manera muy breve el trabajo que realiza el CEM, el cual - de acuerdo a lo indicado - se ajusta a las disposiciones del nivel central (Lima). Indicó que las denuncias se canalizan a través de la Línea 100.

DIRESA Amazonas

Reunión con su Director, quien mostró su preocupación frente a la falta de pruebas rápidas debido a que el proceso de compra nacional estaba demandando mayor tiempo perjudicando no solo a la región, sino a otros departamentos. Manifestó su preocupación frente a la falta de especialistas en la región y la posibilidad de poder realizar algunos convenios con universidades para que se puedan realizar algunas pasantías en las seis provincias de la región.

**DREA**

Reunión sostenida con su Director, quien indicó que existe bastante riesgo en los internados por lo que podrían constituirse en espacios donde se realicen intervenciones informativas. Se le explicó que estas se venían realizando pero era necesario tener un respaldo a nivel de la DRE. Señaló también la posibilidad de trabajar con los Acompañantes del Soporte Pedagógico Intercultural (ASPI) quienes periódicamente ingresan a las comunidades, a fin de hacer monitoreo a los docentes y reunirse con los padres de familia.

MIDIS

La reunión tuvo entre otras finalidades buscar el apoyo en el traslado de las BMA a las comunidades del Alto Cenepa. Indicó que debido a los procesos administrativos el programa Qali Warma aún no ha participado de los vuelos que se realizan a las comunidades, lo que permitiría sumarse a la brigada para el siguiente ingreso.

DATEM DEL MARAÑÓN:

Se ha realizado diversas reuniones multisectoriales a todo nivel: regional, provincia y distrital con la finalidad de sensibilizar a las autoridades sobre la situación de la infección por VIH en pueblos indígenas, buscando generar interés y compromisos de apoyo y participación en las acciones propuestas por el Programa, evidenciar resultados obtenidos y buscar alternativas de solución.

DIRESA LORETO

Reunión gestionada por Pathfinder con las autoridades de la DIRESA para dar a conocer los avances de la ejecución en Datem del Marañón. Participaron por la DIRESA la Sud Directora Regional, la Coordinadora de la Estrategia Regional de VIH y la Coordinadora de Pueblos Indígenas. Esta reunión permitió describir la intervención, presentar el protocolo de intervención y buscar alternativas de solución ante el limitado número de pruebas rápidas, condones, tratamiento para sífilis y malaria.

RED DE SALUD DATEM DEL MARAÑÓN

Reuniones permanentes para coordinar acciones conjuntas para la operatividad de las BMA como el abastecimiento de pruebas e insumos, retroalimentar los resultados obtenidos, acordar la participación del personal de salud en las BMA y entrega de credenciales.



Reunión Director Red de Salud



Reunión con diversas Estrategias

UGEL

Mesa de trabajo con los especialistas de educación intercultural bilingüe para la traducción de material informativo sobre el VIH-SIDA.



Director de la UGEL Datem del Marañón

FEDIQUEP

Reuniones de trabajo con el representante de FEDIQUEP para socializar el avance del trabajo y solicitar permiso para trabajar con sus bases. Cabe precisar que el Apu no estaba de acuerdo en que las BMA ingresen a comunidades por malos antecedentes. Se acordó que las BMA puedan ingresar a las comunidades quechuas.

CORPI - FENAP

Reuniones de trabajo permanentes con representantes de CORPI para emisión de credenciales e informe del trabajo de las BMA.

GOBIERNO REGIONAL

Reunión con el Gobernador Regional de Loreto Fernando Meléndez en su visita a la ciudad de San Lorenzo. Objetivo: socializar las actividades que se vienen ejecutando en Datem del Marañón.

MESA TÉCNICA DE LUCHA CONTRA EL VIH

En abril se realizó la reunión para sustentar la Declaratoria de del VIH como problema de salud pública en la Municipalidad Provincial. Esta mesa fue impulsada por el EDI en 2016 y la sustentación estuvo a cargo del Director de la Red de Salud y el EDI. El Director presentó el estado situacional y actual del VIH en la provincia y el EDI la presentación de los resultados de la intervención de 2016. La sustentación fue aprobada por unanimidad en la sesión de concejo ordinario.



Sustentación del EDI en la Municipalidad

Ordenanza Municipal



SUB ACTIVIDAD 2.1.03

Capacitación a Personal de Salud de Redes y Micro Redes de Salud.

En este periodo se realizaron 7 talleres de capacitación que alcanzaron a 195 proveedores de salud. A continuación, una breve descripción de los talleres de capacitación:

Taller de Capacitación de Atención al Paciente Adulto con Infección VIH

- Marzo
- Red de Salud Condorcanqui
- 30 participantes de las 5 MR
- Agenda: Norma Técnica de Atención del paciente adulto de VIH, Toma de Muestra, Manejo de Historia Clínica de pacientes TARGA y TARGA.

Taller de Capacitación a PDS de la RS Bagua sobre VIH y esquemas de tratamiento

- Marzo
- Red de Salud Bagua
- 20 participantes de la RS
- Agenda: Situación Epidemiológica del VIH en el Perú, Socialización de la Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el VIH, Manejo de las PVV y Esquemas de Tratamiento.

Taller de Capacitación a PDS de la MRS Galilea

- Abril
- Micro Red Galilea
- 18 participantes de la MR
- Agenda: VIH en poblaciones Awajun y Wampis, Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el VIH y Norma Técnica de Salud para la Prevención y el Control de la Infección por el VIH en Pueblos Indígenas Amazónicos.

Taller de Capacitación a PDS de la RS Bagua sobre VIH y esquemas de tratamiento

- Abril
- Red de Salud Bagua
- 33 participantes de la RS Bagua, RS Utcubamba, Essalud y Sanidad PNP
- Agenda: Situación Epidemiológica del VIH en el Perú, Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el VIH, Norma Técnica de Salud para la Prevención y el Control de la Infección por el VIH en Pueblos Indígenas Amazónicos, Manejo de las PVV y Esquemas de Tratamiento.

Taller de Capacitación a PDS de la RS Chachapoyas

- Mayo
- DIRESA Amazonas
- 25 participantes de la RS Chachapoyas
- Agenda: Situación Epidemiológica del VIH en el Perú, Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el VIH, Norma Técnica de Salud para la Prevención y el Control de la Infección por el VIH en Pueblos Indígenas Amazónicos, Manejo de las PVV y Esquemas de Tratamiento.

Taller de Capacitación a PDS de la RS Chachapoyas

- Mayo
- DIRESA Amazonas
- 45 participantes de la RS Bagua
- Agenda: Situación Epidemiológica del VIH en el Perú, Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el VIH, Norma Técnica de Salud para la Prevención y el Control de la Infección por el VIH en Pueblos Indígenas Amazónicos, Manejo de las PVV y Esquemas de Tratamiento.

Adicionalmente, se realizó un Taller de Capacitación, a solicitud de la Red de Salud de Bagua, para personal de salud de los EESS de la jurisdicción de la MRS Imaza: CS Chipe, CS Imaza, PS Kusu Grande, CS Chiriaco, CS UUT. Asistieron 24 participantes.



Taller a PDS RS Condorcanqui



Taller a PDS en Hospital de Bagua



Taller con PDS MR Galilea



Taller a PDS en Hospital de Bagua

**SUB ACTIVIDAD 2.1.04
Capacitación a ACS.**

Esta actividad ha sido reestructurada y en la cual el presupuesto disponible servirá para capacitar a ACS para que asuman el rol de vinculador en las áreas de intervención priorizando las comunidades donde se han detectado casos nuevos de VIH. Esta actividad será ejecutada en el segundo semestre de 2017 y constituye parte de las actividades de la reprogramación.

SUB ACTIVIDAD 2.1.05

Reuniones Anuales de Evaluación con Personal de Salud de Redes y Micro Redes de Salud.

Actividad a ser ejecutada en el segundo semestre del año 2. Es pertinente señalar que se desarrollan reuniones permanentes con las autoridades de salud de las zonas de intervención.

SUB ACTIVIDAD 2.1.06

Estrategia Comunicacional.

Se elaboró la propuesta del Plan de Comunicación, el cual tiene como objetivo desarrollar estrategias de comunicación que contribuyan a la reducción de la transmisión VIH en Condorcanqui y Datem del Marañón mediante intervenciones preventivas y acceso a la atención integral con enfoque de género, derechos y pertinencia intercultural en la provincia de Condorcanqui.

Sus Objetivos Específicos son:

- Fortalecer a través de estrategias comunicacionales, las actividades intramurales y extramurales que realiza el personal de salud en favor de la prevención, detección de personas con VIH/Sida y tratamiento del VIH SIDA en poblaciones indígenas, con enfoque de género, derechos y pertinencia intercultural.
- Informar sobre las formas de transmisión y tratamiento del VIH SIDA a través de medios masivos y alternativos (romper la asociación VIH-brujería).
- Promover la importancia y necesidad de realizarse la prueba para VIH/Sida a través de campañas en las comunidades y en los EESS.
- Promover acciones que contribuyan a reducir el estigma y la discriminación de las PVV, a través de estrategias comunicacionales.
- Promover y fortalecer mecanismos de participación y coordinación con las organizaciones indígenas, autoridades locales y organizaciones públicas sobre la prevención y control del VIH en los pueblos indígenas amazónicos.
- Tratamiento y adherencia.

El documento elaborado contempla público objetivo primario, secundario y aliados estratégicos, los cuales se presentan a continuación:

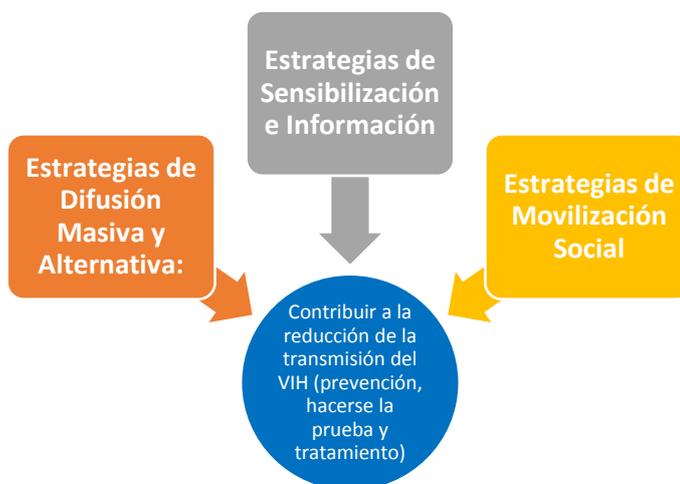
Público Objetivo Primario	Público Objetivo Secundario	Aliados estratégicos
<ul style="list-style-type: none"> - Hombres y mujeres entre los 18 y 35 años por ser el grupo de edad más afectado. - Mujer gestante y puérpera. - Estudiantes de nivel secundaria 	Personal de salud de los EESS, Micro Redes de Salud y Red de Salud de Condorcanqui.	<ul style="list-style-type: none"> - Docentes de la UGEL Condorcanqui. - Apus y otras autoridades de las comunidades nativas de Condorcanqui. - ACS. - Gobierno regional, provincial y local. - Programa Nacional Juntos. - Otros Programas del Estado.
<ul style="list-style-type: none"> - Personas con VIH /SIDA (PVV). - Familiares de personas que tiene VIH /SIDA (Agente de soporte). - Gestantes con VIH. 		

El plan comunicacional propone los siguientes mensajes:

- Mensaje Principal: El VIH/SIDA es una enfermedad que nos puede dar a todos.

- Mensajes Secundarios:
 - La única forma de saber si tienes VIH/SIDA es con la prueba de sangre.
 - Puedes hacerte la prueba en el establecimiento de salud (puesto o centro de salud) y es gratuito.
 - Puedes hacerte la prueba durante las visitas de las BMA a tu comunidad. ¡Es gratis!.
 - El VIH se transmite por tener sexo sin protección o por contacto con sangre infectada y de la madre al bebé.
 - El VIH/SIDA no se cura, pero se puede tratar.
 - El tratamiento es gratuito.

Asimismo propone tres estrategias a fin de poder lograr el objetivo principal.



ACTIVIDAD 2.2: Pruebas de VIH y Asesoramiento como parte de Programas para otras Poblaciones Vulnerables (Poblaciones Indígenas)

Sub Actividad 2.2.01: Implementación de Brigadas Móviles Amazónicas.

Sub Actividad 2.2.02: Fortalecimiento de Capacidades Brigadas Móviles Amazónicas.

Sub Actividad 2.2.03: Reuniones de Retroalimentación Brigadas Móviles Amazónicas.

CÓDIGO	SUB ACTIVIDAD	META PROGRAMÁTICA				META PRESUPUESTAL		
		Total 2017	PROG S1	EJE S1	%	PROG S1	EJE S1	%
2.2.01	Implementación de Brigadas Móviles Amazónicas en las cuencas de los ríos de las zonas priorizadas.	6	6	6	100%	327,370	281,312	86%
2.2.02	Fortalecimiento de Capacidades Brigadas Móviles Amazónicas.	2	2	2	100%	14,416	3,013	21%
2.2.03	Reuniones de Retroalimentación Brigadas Móviles Amazónicas.	2	2	2	100%	1,114	320	29%

SUB ACTIVIDAD 2.2.01**Implementación de Brigadas Móviles Amazónicas.**

El recurso humano que compone las BMA mayoritariamente es procedente de las zonas de intervención o zonas aledañas. Los motoristas y técnicos sanitarios indígenas pertenecen a las propias comunidades indígenas de Condorcanqui y Datem del Marañón y han sido clave para la mejor comunicación con los Apu y comunidades.

SUB ACTIVIDAD 2.2.02**Fortalecimiento de Capacidades de las BMA.**

Los procesos de capacitación de los integrantes de las Brigadas Móviles Amazónicas constituyen procesos continuos, en especial en la temática de VIH (consejería y tamizaje), Subvención VIH (indicadores, registros y metas), estrategias de abordaje e información básica sobre las comunidades indígenas, el proceso de capacitación es continuo, y es el EDI conjuntamente con las Redes de Salud los que desarrollan procesos continuos de reforzamiento de capacidades. Sin embargo, por naturaleza del trabajo en la cual brindan atención integral también son capacitados en una amplia temática de salud:

- ✓ Refuerzo del enfoque intercultural de salud.
- ✓ Entrenamiento en el manejo de enfermedades prevalentes de la zona de intervención (Malaria, desnutrición y anemia, Hepatitis B, Parasitosis intestinales, Hepatitis B, VIH), según NTS.
- ✓ Entrenamiento en el manejo del sistema de información y manejo de formatos de la RSDM.
- ✓ Entrenamiento en el manejo de paquetes básicos de atención de salud (Malaria, Articulado nutricional e inmunizaciones, Materno infantil y PF, VIH-SIDA, hepatitis B y Tuberculosis).
- ✓ Entrenamiento en el tamizaje de sífilis, hepatitis B y VIH con PDR.
- ✓ Reforzamiento respecto al control y manejo del VIH, malaria, tuberculosis y hepatitis B.
- ✓ Entrenamiento para brindar asistencia técnica a los EESS del ámbito de Intervención.
- ✓ Entrenamiento para intervención en el contexto de población indígena.

SUB ACTIVIDAD 2.2.02**Reuniones de Retroalimentación BMA.**

Actividad que se ejecuta al finalizar cada entrada en las comunidades. Permite el intercambio de experiencias y discusión de casos con la finalidad de perfeccionar y potenciar la intervención. En estas reuniones participan los equipos de las BMA y los diferentes niveles de la Red de Salud.



Reunión de Retroalimentación BMA Datem del Marañón

ASPECTOS ADICIONALES:

RESULTADOS GENERALES DE LAS BMA:

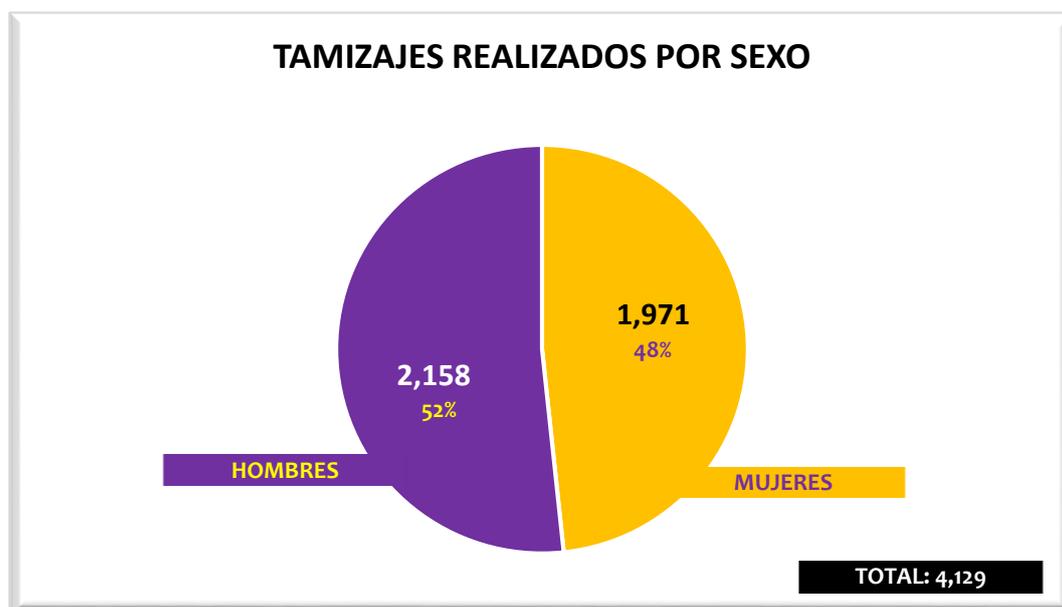
CONDORCANQUI:

En la provincia de Condorcanqui operan 3 BMA: BMA Nieva, BMA El Cenepa y BMA Río Santiago, una por cada distrito que componen la provincia. Los resultados que presentamos están basados en la revisión de la Base de Datos y la revisión de los consentimientos informados.

RESUMEN		
Total Pruebas Programadas VIH	Total Pruebas Realizadas VIH	Rendimiento
4,136	4,129	99.8%

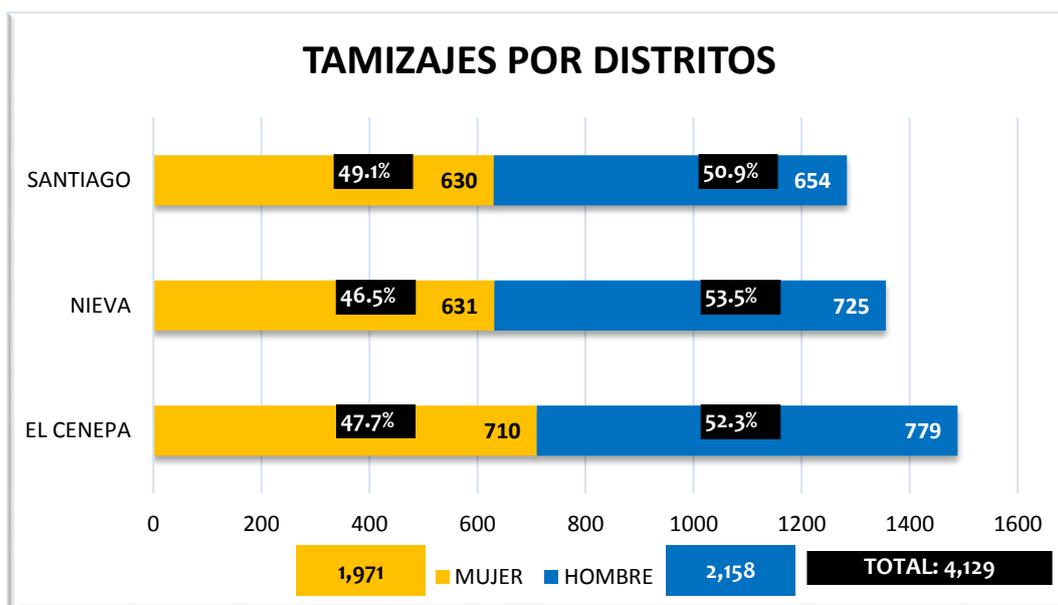
TAMIZAJES REALIZADOS, SEGÚN SEXO:

En cuanto al sexo, el número de hombres tamizados es ligeramente superior al de mujeres, así tenemos que de los 4,129 tamizajes realizados en Condorcanqui, 2,158 (52%) fueron realizados en hombres versus 1,971 (48%) realizados en mujeres.



TAMIZAJES DE VIH POR DISTRITO:

Cada BMA tiene como campo de acción un distrito de la provincia de Condorcanqui, de esta manera puede observarse en el gráfico que las tres BMA han tamizado a un mayor número de hombres que de mujeres.

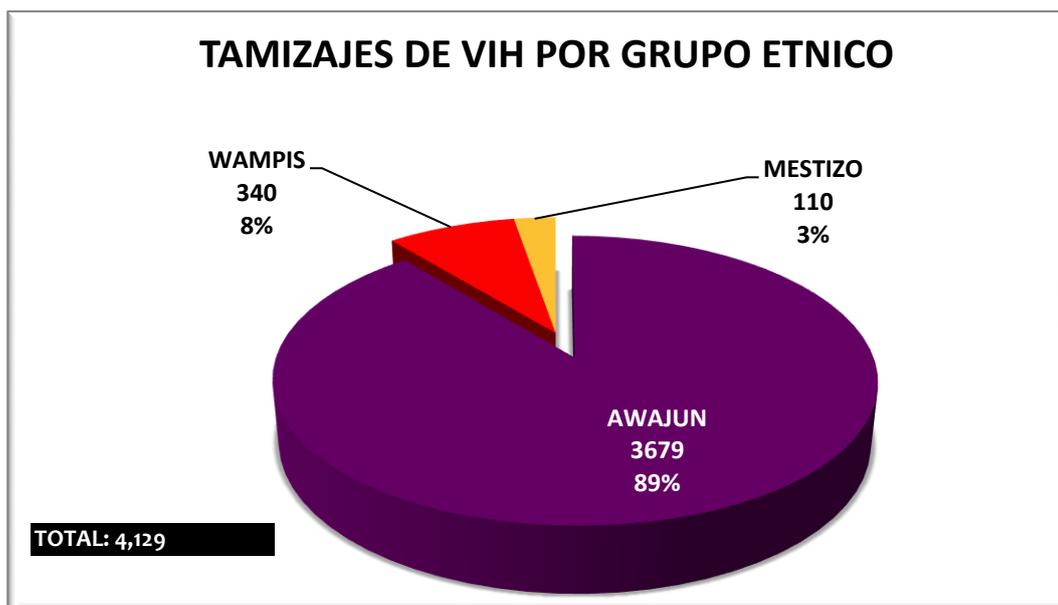


TAMIZAJES DE VIH POR ETNIA:

La población Awajún es la que habita en gran parte de la provincia de Condorcanqui, mientras que el pueblo indígena Wampis vive en parte del territorio del distrito de Río Santiago, y en menor proporción y sobretodo en el distrito de Nieva residen descendientes de un poblador indígena con uno no indígena o personas migrantes de otros territorios, a esta población se les denomina mestizos.

Como podemos observar en la tabla, el 89% de las personas tamizadas pertenece al pueblo indígenas Awajún, mientras que el 8% al pueblo indígena Wampis.

Es pertinente señalar que la variable etnia es determinada por el auto reconocimiento de la persona con su grupo étnico y considerando como referencia la zona geográfica en la que reside. La población mestiza representa el 3%.



DATEM DEL MARAÑÓN:

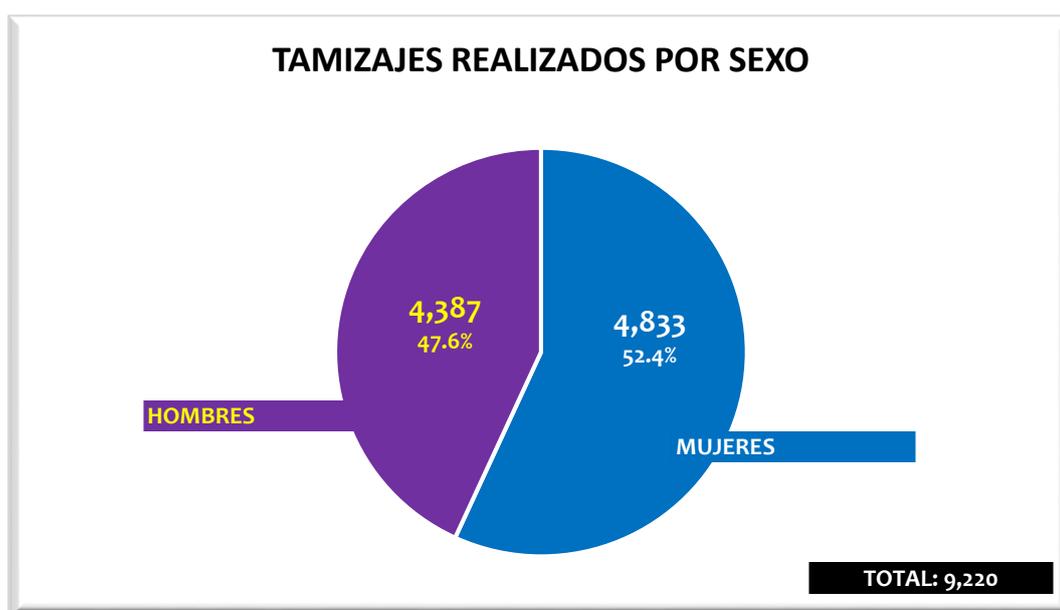
Existen 3 BMA en Datem del Marañón que cubren 5 de los 6 distritos de la provincia. El ingreso al distrito Cahuapanas queda postergado hasta octubre 2017. Los resultados que presentamos están basados en la revisión de la Base de Datos enviada por las 3 Brigadas y en el control de calidad de los medios de verificación (consentimientos informados).

RESUMEN		
Total Pruebas Programadas VIH*	Total Pruebas Realizadas VIH	Rendimiento
6,714	9,220	137.3%

NOTA: Meta Semestre (enero – junio 2017) establecida en el Marco de Desempeño.

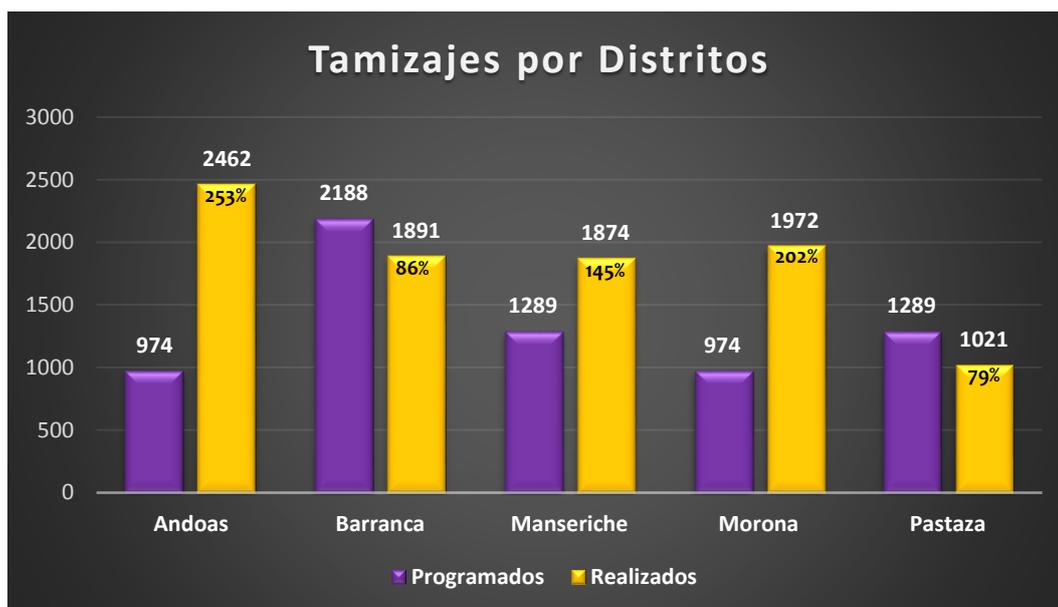
TAMIZAJES REALIZADOS, SEGÚN SEXO:

El número de mujeres tamizadas es significativamente superior al de varones, así tenemos que de los 9,220 tamizajes realizados en Datem del Marañón, 4,833 (52.4%) fueron realizados en mujeres versus 4,387 (47.6%) realizados en hombres.



TAMIZAJES REALIZADOS, SEGÚN DISTRITO:

La productividad es diversa dependiendo de las programaciones, así tenemos que 3 de los 5 distritos han tenido una ejecución superior al 100%, como son Andoas, Manseriche y Morona. Mientras que Barranca y Pastaza con 86% y 79%, respectivamente, han sido las zonas de menor rendimiento por diversas razones: migración poblacional y por los problemas suscitados en el Alto Pastaza.



TAMIZAJES DE VIH POR ETNIA:

Datem del Marañón tiene 8 etnias: Awajún, Kandozi, Achuar, Quichuas, Wampis, Chapra, Shawis y Co-cama. Durante el primer semestre de 2017 se abordó a 7 de las 8 etnias como podemos observar en la tabla siguiente:

ETNIA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%
ACHUAR	673	619	1292	14.0
AWAJÚN	1,267	1,129	2,396	26.0
CHAPRA	249	163	412	4.5
KANDOZI	435	315	750	8.1
MESTIZO	775	831	1,606	17.4
QUICHUA	881	854	1,735	18.8
SHAWIS	21	26	47	0.5
WAMPIS	532	450	982	10.7
TOTAL	4,833	4,387	9,220	100.0

Es pertinente señalar que la variable etnia es determinada por el auto reconocimiento de la persona con su grupo étnico y considerando como referencia la zona geográfica en la que reside.

De las 9,220 personas tamizadas, el 26% pertenece a la etnia Awajún, el 18.8% a la etnia Quichua y el 14% a la Achuar. Estas 3 etnias representan casi el 59% del total de personas tamizadas. La población mestiza representa el 17.4% y son descendientes de un poblador indígena con uno no indígena.

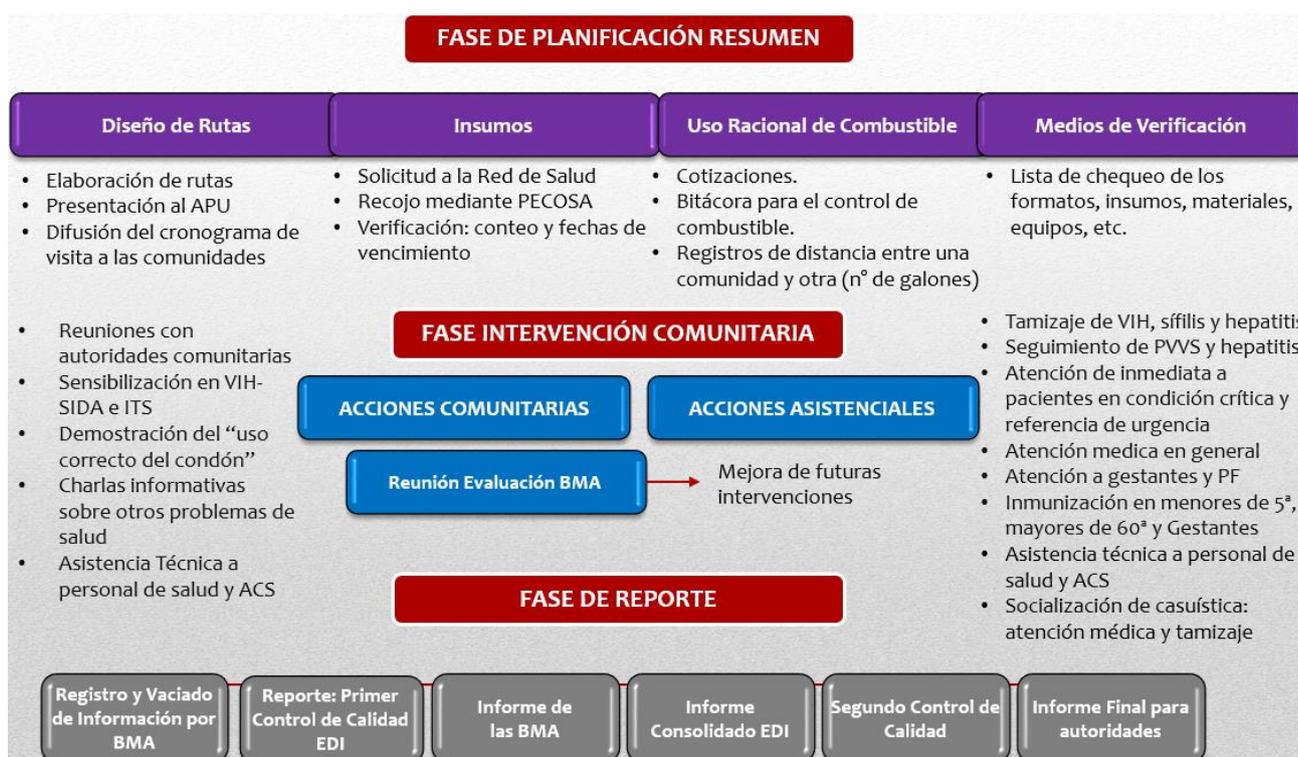
El cumplimiento de la meta se explica por los siguientes factores:

- Trabajo participativo con los líderes indígenas en la planificación de la intervención: diseño de rutas, difusión del cronograma en las comunidades, apoyo con traductores, entre los aspectos más resaltantes, si bien existieron dificultades para ingresar a la zona de Alto Pastaza, debido a que los líderes indígenas de FENIQUEN, etnia Quichua, exigieron la contratación de traductores por parte del Programa, ello fue superado a través del diálogo con los líderes indígenas.

- Alto nivel de aceptación de la intervención de parte de las comunidades con necesidades de información y atención en salud.
- Cumplimiento del protocolo de intervención por parte de los brigadistas.
- La Red de Salud Datem del Marañón ha brindado insumos para la atención integral: medicamentos, vacunas, pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis B, insumos de laboratorio y enfermería. Ello ha permitido a las BMA atender a las comunidades de manera integral.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN:

Se ha diseñado un protocolo de intervención comunitaria, el cual contempla una serie de fases que se pueden observar en la siguiente gráfica:



FASE DE PLANIFICACIÓN

I. ELABORACIÓN DEL PLAN DE RUTAS:

- En Datem del Marañón, los EDI, BMA y Red de Salud elaboraron una propuesta de rutas (plan de intervención), la cual fue presentada posteriormente a los APU para ver puntos estratégicos, cronograma y lugar de concentración de las comunidades, esto debido a que no en todas las comunidades ingresa la embarcación y son las comunidades aledañas las que se desplazan a una comunidad determinada.
- En Condorcanqui, se formuló participativamente el plan de trabajo a ejecutarse por las BMA en los distritos de Nieva, Cenepa y Santiago. El plan de trabajo de la intervención, en lo que respecta al paquete de atención y ruta de intervención, fue formulado en forma participativa

por los representantes del Gobierno Regional de Amazonas; DIRESA Amazonas, redes de salud, micro redes de salud y EESS de las provincias de Bagua y Condorcanqui; Ministerio de Educación; Ministerio de Cultura; Ministerio Público; Defensoría del Pueblo; EDI Condorcanqui; BMA Nieva, Cenepa y Santiago; periodistas, entre otras.

- El Plan de Intervención se compone de una propuesta de rutas: comunidades a visitar, insumos requeridos, población estimada para tamizaje y atención. Las rutas se trabajan coordinadamente con la RS y las organizaciones indígenas como CORPI en el Datem del Marañón y ODECOFROC en Condorcanqui.
- Con las organizaciones indígenas se coordina los siguientes aspectos: puntos estratégicos, cotejamiento de tiempos y distancias, lugares intervención, sitios de concentración (por ejemplo: en algunos tramos las embarcaciones de las BMA no pueden ingresar a todas las comunidades debido a que los ríos son estrechos o poco profundos, en esos casos la BMA o las personas de la comunidad se movilizan caminando o en canoas al punto de concentración).



Acompañamiento del EDI a la BMA I por el río Apaga y Yurapaga (Manseriche)

- La difusión del cronograma de visitas se realiza a dos niveles:
 - **A nivel de Red de Salud:** Emite un memorando a las Micro Redes para socializar la programación de las actividades en la jurisdicción de los puestos de salud.
 - **A nivel de las Organizaciones Indígenas:** Difunde el cronograma de visitas en las comunidades, previa a la salida de las BMA, a través de las redes de comunicación indígena (radiofonía, teléfonos fijos, gilat).
- La RS otorga a una credencial de presentación a cada BMA para su ingreso a las comunidades.
- En Datem del Marañón, el CORPI también entrega a las BMA una credencial de presentación para ingreso a las comunidades.

II. SOLICITUD DE INSUMOS A LA RED DE SALUD:

- Se coordina con la Red de Salud el paquete de atención de salud a ofertar a las comunidades, participan las estrategias sanitarias y otras direcciones de salud.
- Cada BMA elabora su requerimiento de insumos (pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis B incluidas), insumos, materiales y medicamentos, según programación de actividades.

- Posteriormente las BMA emiten una solicitud a la Dirección de la Red de Salud con atención a las estrategias sanitarias involucradas en la programación (VIH/SIDA, hepatitis, malaria, inmunizaciones y articulado nutricional, materno infantil y tuberculosis).
- Esta solicitud se realiza - como mínimo - 3 días laborables antes de la salida de las BMA. La entrega de los insumos es rápida. Previamente, el EDI coteja la información de acuerdo al tamaño poblacional de la jurisdicción a intervenir y realiza las coordinaciones respectivas con la Dirección de la Red de Salud, estrategias sanitarias, así como el responsable de almacén.
- Los coordinadores de estrategias involucradas revisan el stock de insumos, materiales y medicamentos y realizan – de ser necesario - el ajuste al petitorio de las BMA, según disponibilidad de los productos en la Red de Salud.
- Cada jefe de BMA, acompañado por el EDI, recoge los insumos del sub almacén de la Red de Salud con una PECOSA, en el caso de Datem del Marañón se encuentra en las instalaciones del ACLAS (Asociación de Comité Local de Administración de Salud), mientras que en Condorcanqui se encuentra en la propia Red. Se revisan las cantidades de los productos solicitados, se embalan y entregan a los responsables de las BMA.
- La recepción de los productos de salud del sub almacén de la red de salud por parte de las BMA se realiza un día antes o el mismo día de salida con transporte directo de los insumos del sub almacén a las embarcaciones.
- Los jefes de BMA cotejan la coincidencia de las PECOSA y los productos a recepcionar, además de verificar la fecha de vencimiento. Se elabora un acta de conformidad y entrega de los productos del sub almacén que es firmada por los responsables de las BMA.
- La parte final de este proceso de solicitud, recepción y entrega de productos de salud concluye con el reporte de FUA (Ficha Única de Atención) y HIS durante la intervención de las BMA, los saldos de medicamentos se dejan en los puestos de salud comprometidos o afectados en el petitorio de requerimiento, a través de un acta de entrega.
- Los FUA y hojas HIS de las BMA se entregan a cada cabecera de Micro Red intervenida para su respectiva digitación y posterior reporte en el sistema de información de la Red de Salud.

III. USO NACIONAL DEL COMBUSTIBLE:

- Para la compra de combustible para las embarcaciones fluviales se solicitan cotizaciones a grifos que cuenten con certificación de OSINERGMIN. A los grifos se les entrega la cantidad de combustible que se necesita de acuerdo a la hoja de ruta. Se constata la disponibilidad de combustible de acuerdo al cronograma. Se solicita factura, se escanea y se remite al RP en Lima.
- Una vez realizada la transferencia el proveedor entrega los vales de combustible, los mismos que son entregados a los motoristas de las BMA y/o responsable de la brigada. El EDI, en coordinación con los responsables de las BMA, coordinan fecha de abastecimiento, idealmente el mismo día de la salida de las BMA (a las 6 a.m.), antes del embarque de los insumos de salud.
- El día de la recepción, los motoristas de las BMA revisan la cantidad de combustible y la lubricación adecuada. Este proceso concluye con el llenado de la bitácora de combustible que el motorista registra y que es visado por el responsable de cada BMA.

IV. PREPARACIÓN DE LAS SALIDAS: LISTA DE CHEQUEO:

- Se verifica que toda la documentación y proceso estén correctos:
 - ✓ Solicitud de requerimiento de insumos, materiales y medicamentos por cada BMA.
 - ✓ Memorando emitido por la Dirección de la RS comunicando a los jefes de micro-redes y establecimientos de salud de la jurisdicción a intervenir las actividades que realizarán las BMA, según programación.
 - ✓ Credencial expedida por la Red de Salud.
 - ✓ Credencial de ingreso a las comunidades expedida por CORPI (en el caso del Datem del Maraón, uno para cada equipo BMA).
 - ✓ Vales de combustible.
 - ✓ Formatos de consentimiento informado, actas de reuniones, bitácora de combustible, bitácora de campo, padrón nominal VIH y hepatitis B, cronograma de actividades de las BMA y población promedio a ser tamizada por comunidad.

V. REUNIÓN PREVIA EDI Y BMA:

- Previa a la salida de la BMA se hace una revisión del protocolo de intervención: metas por zona de intervención y socialización de algunas costumbres de las comunidades con ayuda del personal de salud de la zona a intervenir y alguna organización indígena invitada.
- Se acondicionan las embarcaciones y cuidado de las mismas.
- Se brinda un tiempo para que los miembros de las BMA se abastezcan con insumos propios, como compra de alimentos e implementos.

FASE DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

VI. INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD:

La intervención comunitaria tiene una serie de pasos, los cuales pasamos a describir:

PRIMER PASO: PRESENTACIÓN ANTE EL EESS

El EDI acompaña a las BMA hasta las cabeceras de las Micro Redes para socializar in situ la programación de las actividades en su jurisdicción, además de la coordinación final para la integración de un técnico de laboratorio, como acción complementaria al programa, por parte de la Red de Salud.

Las BMA llegan a las comunidades, en algunas de las cuales se encuentra un establecimiento de salud, ubicado mayormente a orillas de los ríos y sus afluentes. Las comunidades o los responsables de los establecimientos de salud ya saben la llegada por el cronograma difundido previamente por la Red de Salud.



Coordinación con el Jefe de la Micro Red Morona,

SEGUNDO PASO: PRESENTACIÓN NTE LAS AUTORIDADES INDÍGENAS

El responsable de la BMA contacta con el APU, promotor y personal de salud - si es que está presente - o a cualquier otra autoridad de la comunidad para presentar al equipo y socializar la programación de las actividades a realizar. Desde ese momento - con el liderazgo del Jefe de la BMA - se realizan todas las coordinaciones necesarias para el inicio de las atenciones.



Reunión con Autoridades
Indígenas
Comunidad Nativa Mamboyacu
Datum del Marañón

TERCER PASO: INFORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

El APU u otro líder de la comunidad designan un local comunal a donde se convoca a la comunidad para la presentación de la BMA. El APU u otro líder de la comunidad designan un intérprete, en ocasiones ellos mismos asumen ese rol.

Con el liderazgo del responsable de la BMA se informa de las actividades a realizar, servicios que brindarán y organización del proceso, priorizando el tema del VIH/SIDA.

Se realiza la sesión educativa relacionada al VIH – SIDA y otras enfermedades de interés de la comunidad.



Se da respuesta a las interrogantes de los participantes, entre ellas una que siempre se repite es la solicitud de información sobre los casos reactivos al VIH, ante la cual se explica el tema de los derechos de la persona, se brinda información sobre estigma y discriminación, además se refuerza el tema de la confidencialidad de los casos.

CUARTO PASO: TAMIZAJES

Los tamizajes de VIH, sífilis y hepatitis B se realizan mayormente en el mismo local donde se brinda la información, adecuándolo para dicho fin. Se sigue la siguiente secuencia: llenado del formato de consentimiento informado, realización de la prueba y reporte de resultados. Sin embargo, en Condorcanqui se ha implementado otra estrategia paralela que es el tamizaje casa por casa como una alternativa para los pobladores que no pueden o no desean asistir al local comunal. Esta opción ha sido altamente exitosas y aceptada por las comunidades.

Tamizaje casa por casa realizado por
la BMA Nieva – Condorcanqui
Comunidad Nativa Paraíso



La entrega de los resultados (post test) a todos los tamizados se realiza de manera personalizada.

En caso de reactivos se cita a la persona al ES si lo hubiera o se le visita en su domicilio, en cualquiera de los casos se asegura la confidencialidad del caso. Para terminar con el proceso de información, se toma una segunda prueba, de ser reactiva se brinda la consejería y se notifica a Red de Salud.



Tamizaje en locales comunales
BMA Nieva - Condorcanqui
Comunidad Nativa La Curva



Tamizaje realizados
BMA El Cenepa
Condorcanqui



En los casos de sífilis se cita o visita a la persona para brindarle la primera dosis del tratamiento, y se coordina con el responsable del establecimiento para la aplicación de las dosis restantes.

QUINTO PASO: ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Posterior a la intervención en VIH se brinda la atención integral de salud, entre ellas evaluación y atención médica de pacientes, atenciones obstétricas, captación de febriles, sintomáticos respiratorios, inmunizaciones, incluido atención de emergencias y referencias en casos que lo requieran.

Pese a las dificultades que tienen las BMA de Condorcanqui de contar con un paquete de insumos para brindar atención integral en las comunidades indígenas, el personal que las conforma realiza diversas atenciones a los pobladores, apoyando de esta manera a los servicios de salud existentes en las comunidades.

Complementariamente a esta labor, las BMA realizan una revisión del padrón nominal proporcionado por la estrategia VIH/SIDA - ITS para visita y evaluación de los casos de PVV: estado de salud en general, efectos adversos, adherencia, TARGA, etc.

SEXTO PASO: INTERVENCION EN COLEGIOS

Terminada la atención integral, las BMA realizan acciones preventivas focalizadas en instituciones específicas que congregan un número importante de la población: colegios, iglesias y asambleas. Para el trabajo con las instituciones educativas, además de la participación del APU de la comunidad, la BMA coordina las actividades con el director o docente encargado. Primero se realiza la sesión educativa a los docentes y seguidamente a los alumnos.



Internado cargo de las Hermanas Católicas. Comunidad Nativa Uwijint - Datem del Marañón

Con las otras instituciones u organizaciones dentro de la comunidad, como las iglesias, por ejemplo, se contactan con los responsables para la sesión educativa respectiva.

Canción elaborada por la BMA en idiomas Achuar y Quichua. Buena aceptación de parte de la comunidad que expresó que ninguna otra brigada había llevado información de esa manera. Comunidad Nativa Chuintar Datem del Marañón



SÉPTIMO PASO: RETROALIMENTACIÓN A LOS EESS

Como paso final de la entrada de las BMA a las comunidades es la socialización del trabajo realizado y la entrega de la información a los responsables de cada establecimiento de salud y jefe de cada Micro Red en la jurisdicción intervenida.

FASE DE REPORTE

VII. REGISTRO DE LA INFORMACIÓN POR LAS BMA:

- Cada BMA realiza el llenado de los formatos del MINSA: HIS y FUA (Datem del Marañón), los cuales son entregados en el establecimiento de salud. Las BMA ingresan los datos de los formatos de consentimiento informado a una base de datos Excel proporcionado por el RP.
- Se coordina con los responsables de la RS para la inclusión de casos nuevos al padrón nominal PVV.

VIII. PRIMER CONTROL DE CALIDAD REALIZADO POR EL EDI:

- El EDI sistematiza la información proporcionada por las BMA:
 - ✓ Verifica y ordena los consentimientos informados.
 - ✓ Realiza el control de la calidad de la Base de Datos.
 - ✓ Revisa las atenciones en salud.
 - ✓ Consulta a los brigadistas para aclaración de la información en caso de dudas.
 - ✓ Revisa el informe preliminar de las BMA: corrección de observaciones.

IX. INFORME DE LAS BMA:

- Cada responsable de la BMA coordina y trabaja en equipo para recoger la información de acuerdo al perfil y responsabilidad de cada uno de sus miembros.
- Elabora un informe en base al modelo elaborado por el RP. Para ello, el EDI brinda asistencia durante todo el proceso.

X. REUNIÓN DE EVALUACIÓN EDI, BMA Y RED DE SALUD:

- Finalizada la elaboración de informes, los EDI y las BMA se reúnen para socializar los informes elaborados y verificar la información que será entregada a la cabecera de Micro Redes de Salud intervenidas.
- La reunión permite recoger información verbal de cada BMA para evaluar la calidad de la información recopilada, dificultades, lecciones aprendidas, estrategias exitosas, respuesta de las comunidades, respuesta del personal de salud de la jurisdicción intervenida, entre otros aspectos relacionados a la intervención.
- Posteriormente, se realiza una reunión de retroalimentación con Dirección de la Red de Salud y responsables de las estrategias sanitarias. Finalmente, se realiza una reunión de retroalimentación con las organizaciones indígenas.

XI. CONSOLIDACIÓN DE INFORME POR EL EDI Y ENVÍO A OFICINA DE LIMA:

- El EDI consolida los informes de las BMA en uno solo, este informe sistematiza toda la información de las BMA y se envía a Lima.

XII. SEGUNDO CONTROL DE CALIDAD E INFORME FINAL:

- La oficina de Lima realiza el segundo control de calidad de todos los medios de verificación y base de datos. Revisa el informe consolidado por los EDI y los contrasta con los informes de las BMA. Si hubiese necesidad de información adicional se le solicita a los EDI.
- Se consolida la información de los 2 EDI y se prepara el informe final para el Fondo Mundial y autoridades.

TESTIMONIOS: PERSONAL DE SALUD DE LAS REDES DE SALUD DATEM DEL MARAÑÓN Y CONDORCANQUI SOBRE LAS BMA Y DE LOS BRIGADISTAS SOBRE SU EXPERIENCIA**Nery Luz Fasanando Espinoza****Obstetra****Estrategia de VIH - Red de Salud Datem del Marañón**

Las brigadas constituyen aliados importantes para nosotros, ya que por lo difícil de nuestra geografía y dispersión de las comunidades pueden llegar a zonas alejadas del Datem del Marañón, llevando no solo tamizajes, sino atención integral. Las BMA cuentan con un equipo básico pero completo: médico, enfermero, obstetra, técnico de enfermería y motorista. Nosotros como Red no contamos con ese equipo en los puestos de salud. Es estratégico que el material audiovisual educativo esté adecuado a cada lengua. Los mensajes deben ser interculturales pues es difícil ir en contra de sus percepciones (consideran que el VIH no es enfermedad, sino que es brujería).

Agradecemos a las BMA por su trabajo, espero que haya sostenibilidad y continúe en el tiempo, ya que hay resultados positivos.

**Idania Moreno Laura****Enfermera****Responsable de la Estrategia de TARGA - CS Datem del Marañón**

En el CS Datem del Marañón encontramos PVV, muchos de ellos con defensas bajas y sensibles en lo físico, psicológico y emocional. En los pacientes indígenas se debe tener en cuenta lo cultural, las mujeres no se dejan atender sin permiso de sus parejas. Otra dificultad es el idioma, es necesario contar con un traductor porque es difícil que nos entiendan. El primer paso para darles TARGA es sensibilizarlos ya que muchas veces, iniciado el tratamiento, lo abandonan.

Agradecemos a las brigadas por hacer una labor invaluable. El hecho de llegar a comunidades lejanas nos ayuda de manera inimaginable con los pacientes de VIH.

Luis Enrique Culqui Rengifo

Médico

Brigada Móvil Amazónica 1 – Datem del Marañón

Realmente ayudar a estos pobladores y en lugares tan lejanos y de difícil acceso donde pueda llegar un equipo completo de salud me da la oportunidad de colaborar y dejar mi granito de arena a estos hermanos indígenas.

Es muy satisfactorio poder ayudar a esta gente tan necesitada de salud y de información al mismo tiempo. Al comienzo nos dimos cuenta que no conocen el uso de condón, mucho menos de planificación familiar y enfermedades como el VIH, solo saben de nombre. Pues con las brigadas han profundizado el escaso o nulo conocimiento acerca de esta enfermedad. Es por eso que cuando visitamos sus comunidades empezamos con una charla de sensibilización y de información pertinente a este virus.

Recuerdo un caso que me llamó mucho la atención en Manseriche. Se trata de un padre de familia que tiene a su hijo adolescente con VIH. Al comienzo cuando empecé a explicar de qué se trata y las maneras de contagio él escuchaba muy atento la información que le brindábamos para luego pedir una consulta privada y contarnos el mal que le aquejaba a su hijo menor. Al hacerle el tamizaje salió reactivo y fue reconfortante darle esperanzas de vida para su hijo con el TARGA.



Tadeo Shawit Kuji

Técnico de Enfermería

Brigada Móvil Amazónica 1 – Datem del Marañón

Como poblador Awajún que soy me facilita intervenir en estas comunidades y en otras también porque el idioma es parecido y se deja entender. Cuando no entiendo algo busco al técnico de la zona para que me ayude con la interpretación. De manera hemos podido romper esta barrera. Mi trabajo en las BMA consiste en ser un facilitador para el médico, enfermero, obstetra. Además, tamizo y completo los formularios.

Me da gusto que la población indígena se encuentre informada del VIH. Antes que llegáramos no tenían conocimiento de esta infección. Para mí es una oportunidad muy buena de asistirlos integralmente en la salud.



JOSÉ FRANCISCO LINARES VÁSQUEZ
ENFERMERO
BRIGADA MÓVIL AMAZÓNICA – DATEM DEL MARAÑÓN

He comprobado que las comunidades están olvidadas con respecto a la salud. Hay muchas necesidades, cuando llegamos nos reciben con los brazos abiertos, es increíble ver las sonrisas de la gente después de ser atendidos. Pese al difícil acceso a las comunidades hemos logrado llegar en “peque peque” para atenderlas. Otra barrera es el idioma, en especial en la comunidad Shapra donde atendimos a una gestante con la presencia de un traductor.

Espero que este proyecto no dure solo un determinado tiempo, sino que sea sostenible porque estas comunidades realmente lo necesitan.

LUIS PÉREZ DE MIGUEL
MEDICO
BRIGADA MÓVIL AMAZÓNICA RÍO SANTIAGO - CONDORCANQUI



Gracias al trabajo de las brigadas podemos obtener datos exactos de la prevalencia de VIH, sífilis y nos permite brindar además una atención integral de salud en estos lugares poco accesibles.

La respuesta de la comunidad es de alegría y agradecimiento pues en la mayoría de las comunidades donde se intervienen, no acceden fácilmente a este tipo de atenciones. Gran parte de la población acepta los tamizajes porque han entendido que es la única manera de obtener un diagnóstico y de recibir un tratamiento adecuado.

JENY PÉREZ VILCHEZ
ENFERMERA
BRIGADA MÓVIL AMAZÓNICA RÍO SANTIAGO - CONDORCANQUI



A través de las brigadas podemos conocer el estado de salud de las comunidades Awajún y Wampis y permite poder realizar una intervención oportuna y adecuada, enfrentando de este modo el VIH en esta parte del país.

Es por eso que la aceptación de la brigada en la población indígena es positiva pues acceden a las pruebas rápidas, al tratamiento de las enfermedades encontradas, y en muchas oportunidades te brindan sus alimentos de la zona. Siempre que se respete su cultura, a mi parecer, la población indígena aceptará nuestra intervención.

ROGER SALAZAR ALCALDE
DIRECTOR DE SALUD PÚBLICA
RED DE SALUD CONDORCANQUI

Es un apoyo muy importante que recibe esta red de salud con la intervención del equipo de las brigadas móviles, porque recibimos de alguna manera el apoyo profesional que nos permite intervenir de manera oportuna en poblaciones más vulnerables como son las poblaciones indígenas. Es un apoyo sumamente valioso que nos permite mejorar la cobertura y trabajar con esta población que, de alguna manera, se ha visto afectada por esta enfermedad, el VIH, poder captar a los pacientes y trabajar la parte de prevención.



3. LOGROS DEL MÓDULO 2:

Coordinación Autoridades de Salud:

- ✓ Se ha realizado de manera coordinada con la DIRESA y Red de Salud reuniones con autoridades para colocar el tema de VIH en agenda, logrando acuerdos que permitan ser trabajados en corto plazo. Se ha realizado, además, reuniones de trabajo con instituciones del nivel regional y provincial a fin de poder lograr sensibilizar sobre la problemática del VIH.
- ✓ Se emitió la Ordenanza Provincial de Datem del Marañón que declara el VIH como problema prioritario de salud. En Condorcanqui, las perspectivas son buenas, hay compromiso de la municipalidad provincial. En la región Amazonas, la DIRESA se ha comprometido en la elaboración del sustento técnico para que el consejo del GORE pueda solicitar presupuesto.
- ✓ Se realizan coordinaciones permanentes con las Redes de Salud a fin de agilizar, en la medida de lo posible, los procesos para poder facilitar los insumos a las brigadas.
- ✓ Se cuenta con base de datos actualizadas tanto de establecimientos de salud, como del personal de salud, autoridades de instituciones y de organizaciones de CCNN.

Estrategia Comunicacional:

- ✓ Se cuenta con un plan de comunicaciones el cual busca fortalecer las acciones que se vienen realizando desde el EDI y las BMA.
- ✓ Las acciones comunicacionales basadas en la música para la transmisión de mensajes relacionados a la sensibilización del problema del VIH y medidas preventivas tienen amplia aceptación comunitaria.

Operativización de las BMU:

- ✓ En el ámbito de intervención del Datem del Marañón durante el periodo enero-junio 2017 se contó con 3 equipos de BMA con capacidad móvil instalada, las mismas que realizaron intervenciones en los distritos de Andoas, Pastaza, Morona, Barranca y Manseriche, mejorando

el acceso a los servicios de salud de las etnias originarias que viven en dispersión y aislamiento geográfico de muy difícil y costosa accesibilidad, con la oferta de atención integral, actividades de promoción de la salud, medidas preventivas, tamizaje y tratamiento de VIH de las poblaciones indígenas.

- ✓ En el ámbito de la intervención de Condorcanqui durante el mismo periodo y con el mismo número de BMA se realizaron principalmente tamizajes de VIH en los distritos de Nieva, El Cenepa y Río Santiago.
- ✓ Se ha elaborado un protocolo de intervención en comunidades indígenas que contempla tres fases: a) planificación a la preparación de la logística necesaria como los insumos necesarios para la intervención (pruebas de tamizaje, medicamentos, vacunas); b) intervención comunitaria que contempla las coordinaciones con los EESS de las localidades visitadas y líderes indígenas, así como la organización de las acciones preventivas y asistenciales y c) reporte de las atenciones con todos las etapas del control de la calidad. Este protocolo ha sido validado en las entradas a las comunidades y ha tenido la aceptación de los pobladores.
- ✓ Se ha logrado una gran aceptación por parte de las comunidades gracias a acciones comunicacionales previas y a la experiencia de los brigadistas, entre otros factores.
- ✓ Se ha implementado estrategias que han mejorado el acceso a la prueba del VIH, como el tamizaje casa por casa, lo cual se viene constituyendo en una buena práctica.

Fortalecimiento de Capacidades Personal de Salud:

- ✓ Se ha realizado 7 capacitaciones para personal de salud, tres de ellos en coordinación con la RS Bagua, dos con la RS de Condorcanqui y uno con la DIRESA Amazonas, capacitándose 195 proveedores de salud.

Coordinación con Autoridades Indígenas:

- ✓ Interacción adecuada con líderes y organizaciones indígenas a quienes se les involucró desde el inicio de la intervención: reunión de presentación de la subvención, elaboración del plan de intervención, incluidas las rutas, difusión del cronograma de visitas a las comunidades a través de radiofonía.
- ✓ Aceptación comunitaria a la intervención de las BMA. El acercamiento con pertinencia cultural que la brigada ha establecido con las comunidades nativas ha facilitado la realización de tamizajes, sesiones informativas y atención integral. La comunidad se organizó para recibir a las BMA y facilitó espacios comunales para la realización de las actividades.

4. DIFICULTADES ENCONTRADAS:

- ✓ La dificultad mayor que se enfrenta el EDI y las BMA de Condorcanqui es la falta de insumos para las actividades que se han planificado durante este año, colocando en riesgo el cumplimiento de meta, pero sobretodo perdiendo la oportunidad de lograr que la población pueda acceder a realizarse la prueba, siendo este un derecho de las personas respecto a su salud.
- ✓ Cabe indicar que este desabastecimiento no es responsabilidad de la RSC, sino que es un problema nacional lo que ocasiona mayor preocupación pues no se cuenta con una fecha

para poder contar con los insumos. Es necesario realizar acciones de incidencia a nivel regional y provincial a fin de generar mecanismos que ayuden a colocar el tema en agenda, conseguir compromisos por parte de las instituciones y visibilizar de este modo la problemática existente, sin embargo las distancias geográficas dificultan en parte estas actividades, no permitiendo que se pueda avanzar en paralelo a nivel regional y local.

- ✓ Es necesario lograr que las redes de salud de Condorcanqui y Datem del Marañón puedan realizar una programación más acorde a su realidad considerando el RRHH necesario, así como los insumos considerando que el Programa viene ejecutando en la zona y esto demanda un mayor número de PR, así como suficiente medicamentos para los casos que se viene encontrando e insertando al tratamiento.

NOTA: *Este es un resumen de las actividades desarrolladas en el módulo 2, en los documentos anexos se podrá observar al detalle el proceso de implementación y resultados obtenidos. Ver documentos: Informe Semestral EDI y Resultados BMA enero - junio 2017, respectivamente.*

1. EJECUTOR:

Pathfinder International y Sub Receptores Costa y Selva.

2. ESTADO DEL DESEMPEÑO PROGRAMÁTICO Y EJECUCIÓN FINANCIERA:

Las actividades ejecutadas en el Semestre 1 del Año 2 fueron las siguientes:

ACTIVIDAD 3.1: Encuestas

Sub Actividad 3.1.01: Estudio de Estimación Tamaño Poblacional y Mapeo de Lugares de Socialización.

Sub Actividad 3.1.02: Estudio Etnográfico en Población Indígena del Datem del Marañón.

Sub Actividad 3.1.03: Estudio Epidemiológico para determinar Prevalencia y Comportamientos de Riesgo Asociados al VIH en Condorcanqui y Datem del Marañón.

CÓDIGO	SUB ACTIVIDAD	META PROGRAMÁTICA				META PRESUPUESTAL		
		Total 2017	PROG S1	EJE S1	%	PROG S1	EJE S1	%
3.1.01	Estudio Estimación Tamaño Poblacional y Mapeo de Lugares de Socialización.	1	1	0	0%	271,026	0	0%
3.1.02	Estudio Etnográfico en Población Indígena del Datem del Marañón.	Reprogramado para el año 3.						
3.1.03	Estudio Epidemiológico para determinar prevalencia y comportamientos de riesgo asociados al VIH en Condorcanqui y Datem del Marañón.	1	1	0	0%	93,942	0	0%

Como se señaló en el informe 2016 algunos estudios fueron unidos en términos de presupuesto para trabajarse de manera programática y operativa y así optimizar costos con mejores resultados, beneficiando de esta manera a los estudios con presupuestos más ajustados

SUB ACTIVIDAD 3.1.01 Estudio de Estimación Poblacional y Mapeo de Lugares de Socialización.

En el 2016 se llevaron a cabo una serie de reuniones para revisar aspectos de la Guía referente a un estudio PLACE que abarca mapeos en lugares de interacción social, tamaños poblacionales y aproximaciones a las percepciones y actitudes de poblaciones vulnerables, así como los presupuestos existentes para tales estudios.

Se elaboraron unos TDR que fueron remitidos al FM el cual emitió comentarios que fueron incorporados. Se está a la espera de la definición metodológica de la DPCVIH.

SUB ACTIVIDAD 3.1.02

Estudio Etnográfico en Población Indígena del Datem del Marañón.

Reprogramado para el año 3. En reunión sostenida el 2 de diciembre en el CDC y en la que participaron miembros del CDC, DCPVIH, Dirección Poblaciones Indígenas (MINSa), UNICEF, Pathfinder International y Representantes de instituciones científicas con trabajo en la Amazonía se acordó que este estudio se diseñará después del estudio de vigilancia epidemiológica.

SUB ACTIVIDAD 3.1.03

Estudio Epidemiológico para determinar prevalencia y comportamientos de riesgo asociados al VIH en Condorcanqui y Datem del Marañón.

Los TDR de este estudio fueron remitidos a la DCPVIH, se está a la espera de su aprobación para el remitirlo al FM.

ACTIVIDAD 3.2: Análisis, Revisión y Transparencia

Sub Actividad 3.2.01: Elaboración de 20 Planes de Mejoramiento de la Calidad.

Sub Actividad 3.2.02: Estudio para Determinar Puntos Críticos del Continuo de la Atención.

Sub Actividad 3.2.03: Estudio para Evaluar la Calidad de los Servicios.

CÓDIGO	SUB ACTIVIDAD	META PROGRAMÁTICA				META PRESUPUESTAL		
		Total 2017	PROG S1	EJE S1	%	PROG S1	EJE S1	%
3.2.01	Reuniones de evaluación con Educadores de Pares PVV.	1	Actividad programada para el segundo semestre 2017.					
3.2.02	Estudio para Determinar Puntos Críticos del Continuo de la Atención y Evaluar la Calidad de los Servicios.	1	1	0	0%	69,553	0	0%
3.2.03	Evaluación PEM VIH 2018-2022.	1	1	0	0%	77,851	0	0%
3.2.04	Estudio Costo Beneficio Intervención Indígena.	1	1	0	0%	30,110	0	0%

SUB ACTIVIDAD 3.2.01

Reunión de Evaluación de Educadores de Pares PVV.

Se elaboró la propuesta de Plan de Trabajo Reuniones de Evaluación con EP PVV. La reunión anual de evaluación se llevará a cabo en Lima. El SR Costa será el responsable de la organización de todas las actividades. La finalidad será detectar los puntos críticos del continuo de la aten-

ción, así como de la calidad de los servicios y la labor realizada por los EP PVV en la Implementación del Programa de Apoyo a la Vinculación, Retención y Adherencia de sus pares.

La selección y convocatoria de los Educadores Pares PVV será coordinada con la DPCVIH de y DIRESA del ámbito de intervención de la subvención.

El diseño y la estructura de la reunión estarán a cargo de la DPCVIH. Se recomienda trabajar una metodología activa – participativa en la cual se buscará generar un espacio de trabajo dinámico basándose en la experiencia y el trabajo desarrollado por los EP. La reunión tendrá una duración de dos días (16 a 20 horas pedagógicas). La participación presencial a la reunión durante los dos días es obligatoria y constituye un requisito indispensable para la acreditación y aprobación.

En lo posible, se requiere las siguientes características para los participantes de la reunión:

- Estar laborando como Educador de Pares PVV.
- Haber sido designado por la Estrategia Regional de VIH para participar en la reunión.
- Tener las facilidades por parte de su dirección laboral para participar al 100% de la reunión.
- Tener interés y motivación para participar en la reunión.
- Asistir puntualmente los días de trabajo y participar en el 100% del programa.

SUB ACTIVIDAD 3.2.02

Estudio para Determinar Puntos Críticos del Continuum y Evaluar Calidad de los Servicios.

La nueva propuesta de investigación se realizaría en dos momentos y comprendería:

- *Determinar las brechas de la cascada del continuo de la atención por poblaciones claves, y*
- *Determinar las necesidades de los usuarios para acceder al tratamiento y permanecer en el, para finalmente emitir recomendaciones para fortalecer adherencia al tratamiento en concordancia con la oferta de servicios.*

ONUSIDA ofreció la última versión de los protocolos GARPR para el monitoreo de las actividades relacionadas al Continuum de la Atención. Y los expertos de OPS remitieron estudios, investigaciones y/o metodologías como insumo para que el RP vaya desarrollando los TDR.

SUB ACTIVIDAD 3.2.03

Evaluación PEM – VIH.

Se elaboraron los TDR para la evaluación y actualización del PEM VIH 2018-2022. Dichos TDR fueron aprobados por CONAMUSA y remitidos al FM en el mes de junio. Se espera sus comentarios.

SUB ACTIVIDAD 3.2.03

Estudio de Costo Beneficio Intervención Indígena.

Se elaboraron los TDR de este estudio, los cuales fueron remitidos a la CONAMUSA para su revisión.

ACTIVIDAD 3.3: Presentación de Informes Rutinarios

Sub Actividad 3.3.01: Implementación de Sistema de Información que permita a través de un Registro Nominal y Emisión de Alertas reducir Brechas de Vinculación, Retención y Supresión Viroológica en el Continuum de la Atención.

CÓDIGO	SUB ACTIVIDAD	META PROGRAMÁTICA				META PRESUPUESTAL		
		Total 2017	PROG S1	EJE S1	%	PROG S1	EJE S1	%
3.3.01	Implementación de un Sistema de Información.	1	1	0	0%	55,673	9,166	16%

**SUB ACTIVIDAD 3.3.01
Implementación de un Sistema de Información.**

Durante este periodo se ejecutaron dos consultorías relacionados a mejorar el sistema de información del MINSA:

- a. Diseño de Aplicativo Informático para registro de atención de pacientes con VIH.
- b. Control de Calidad e Implementación del aplicativo Informático.

Este aplicativo informático se desarrolló bajo la supervisión de la Oficina de General de Desarrollo Tecnológico (OGTI) del MINSA con la asistencia técnica de la DPCVIH. Este aplicativo considera los siguientes módulos:

- 1. Evaluación Inicial:**
Permite acceder a la información completa del PVV: pruebas indicadas, resultados, estadío, etc. La información puede ser usada en cualquier momento por el especialista.
- 2. Interconsultas:**
Permite registrar y solicitar consultas auxiliares a las diversas especialidades que el PVV requiera, el módulo se conecta con otros módulos externos para la gestión de las solicitudes.
- 3. Ordenes de Exámenes Auxiliares:**
Permite al especialista solicitar exámenes auxiliares necesarios para el diagnóstico oportuno de la infección por VIH, estas órdenes serán gestionadas por otro usuario que detallará la fecha en que se realizarán de acuerdo a la disponibilidad.
- 4. Informe Psicológico:**
El especialista en psicología podrá registrar el informe que podrá ser usado en todas las etapas del tratamiento y quedará registrado históricamente
- 5. Referencia y Contrarreferencia:**
Permite dar soporte para las referencias y contrarreferencias del paciente, llevando un control adecuado de todo el historial de tratamiento.
- 6. Evaluación Clínica para Ingreso a Tratamiento:**
Permite al especialista registrar toda la historia del paciente: análisis, diagnósticos, pruebas.

- 7. Registro de Control de Asistencia, TARGA y Profilaxis:**
Permite controlar la asistencia y administración del TARGA que ha seguido el paciente.
- 8. Registro y Definición de TARGA.**
Se registra todo el tratamiento ARV, el esquema según la Norma Técnica y los medicamentos que entregan.
- 9. Registro de Enfermedades Oportunistas.**
Se registra todas las enfermedades que pueden afectar al paciente después de haber sido diagnosticado: fecha de diagnóstico, evolución, enfermedad oportunista.
- 10. Registro RAM.**
Se registra las reacciones adversas tras el uso de los medicamentos o productos farmacéuticos del paciente para profilaxis, diagnóstico o tratamiento, lista de medicamentos, descripción del motivo, fecha de inicio, gravedad.
- 11. Registro de Visitas Domiciliarias.**
Se registra la evolución del paciente, situación socioeconómica, grupo familiar, datos de riesgo social para la adherencia, información sobre vivienda, participación en su comunidad. Asimismo, se registra las visitas programadas para verificar los factores antes señalados.
- 12. Registro de Proceso de Atención de Enfermería.**
Se registra la información de la entrevista de enfermería: hábitos nocivos (alcohol, drogas), antecedentes familiares, epidemiológicos, educación sanitaria, lista de controles de acuerdo al cronograma del paciente, exámenes complementarios.
- 13. Registro de Evaluación de Adherencia al TARGA.**
Se registra las medicaciones cumplidas.
- 14. Registro de Evaluaciones Médicas.**
Se registra los diagnósticos y tratamientos del paciente.
- 15. Registro de Cambio de Tratamiento.**
Se registra el cambio de esquema de tratamiento por reacciones adversas o porque el tratamiento no hace el efecto esperado.

3. LOGROS DEL MÓDULO 3:

- ✓ Los estudios serán más programáticos y operativos.
- ✓ Varios de los estudios propuestos tienen como objeto de estudio a las mismas poblaciones y en los mismos escenarios geográficos. Por lo tanto, la fusión de presupuestos existentes y trabajarse de manera conjunta optimizaría los costos operativos con mejores resultados.

4. DIFICULTADES ENCONTRADAS:

- ✓ Retraso en el inicio de las actividades que retrasaría contar con los hallazgos de los estudios y limitar la implementación y/o evaluación de las actividades de la subvención.
- ✓ Al haber aumentado los presupuestos tal vez haya dificultades de encontrar instituciones con capacidades para desarrollar las consultorías.

1. EJECUTOR:

Pathfinder International y Sub Receptor Costa.

2. ESTADO DEL DESEMPEÑO PROGRAMÁTICO Y EJECUCIÓN FINANCIERA:

Las actividades ejecutadas en el Semestre 1 del Año 2 fueron las siguientes:

ACTIVIDAD 4.1: Mejoramiento de la Infraestructura de Prestación de Servicios

Sub Actividad 4.1.01: Programa de Mejoramiento continuo de las Capacidades: Interculturalidad y Diversidad de Género.

Sub Actividad 4.1.02 Capacitación de equipos de supervisión capacitante.

Sub Actividad 4.1.03 Capacitación en la elaboración, programación y seguimiento del PpR.

Sub Actividad 4.1.04: Elaboración Planes de Mejora.

Sub Actividad 4.1.05: Capacitación de Equipos de Salud de los diferentes niveles de Atención considerando la Descentralización del TARGA.

CÓDIGO	SUB ACTIVIDAD	META PROGRAMÁTICA				META PRESUPUESTAL		
		Total 2017	PROG S1	EJE S1	%	PROG S1	EJE S1	%
4.1.01	Programa de Mejoramiento continuo de las Capacidades: Interculturalidad y Diversidad de Género.	1	1	0	0%	13,850	0	0%
4.1.02	Capacitación de Equipos de Supervisión Capacitante.	1	1	0	0%	1,807	0	0%
4.1.03	Capacitación en la Elaboración, Programación y Seguimiento del PpR.	1	1	0	0%	5,420	0	0%
4.1.04	Elaboración de Planes de Mejora.	Actividad programada para el año 2018						
4.1.05	Capacitación de Equipos de Salud de los diferentes niveles de Atención considerando la Descentralización del TARGA.	1	1	0	0%	15,838	0	0%

SUB ACTIVIDAD 4.1.01**Programa de Mejoramiento continuo de las Capacidades:
Interculturalidad y Diversidad de Género.**

Producto del proceso de reformulación se determinó lo siguiente:

El diseño y mantenimiento de una plataforma virtual destinada a la educación continua en salud, específicamente en la problemática del VIH/SIDA debiera – a sugerencia de TELESALUD – combinarse con TELECAPACITACIÓN. La plataforma virtual se mantiene y se complementa con la una sala de video conferencia que comprende: equipo de video conferencia, televisor, lap top, sala virtual e internet 10 megas.

SUB ACTIVIDAD 4.1.02**Programa de Capacitación en Supervisión Capacitante
para Equipos Regionales.**

Urge mejorar las capacidades para la planificación, ejecución y negociación por parte de los equipos coordinadores regionales y locales de las Estrategias Regionales de VIH mediante una metodología basada en la evaluación y supervisión capacitante. En ese sentido, como parte de la reformulación, se ha planteado una capacitación que permita un mejor manejo del enfoque de género, diversidad sexual e interculturalidad, así como también mejorar los procedimientos para la evaluación y supervisión tendientes a fortalecer las capacidades de los niveles operativos.

El SR Costa ha elaborado una propuesta de TDR Módulo de Capacitación. Dicho módulo deberá potenciar las competencias y habilidades de los integrantes de los equipos de salud y/o técnicos y/o administrativos que brindan atención a las PVV con la finalidad de mejorar la calidad de atención y permita conseguir los objetivos planteados en el Programa.

La designación del consultor será mediante invitación a quien reúna el siguiente perfil:

- Profesional de ciencias sociales o de la salud.
- Formación en metodología para adultos y enfoques metodológicos.
- Amplia experiencia en el diseño de materiales educativos y de capacitación.
- Experiencia en la elaboración de módulos y guías de capacitación en ITS y VIH/SIDA.
- Experiencia de trabajo con poblaciones clave (mujeres trans y hombres gay/HSB).
- Experiencia en el trabajo articulado con las estrategias nacionales del MINSA.

SUB ACTIVIDAD 4.1.03**Capacitación en la Elaboración, Programación y Seguimiento del PpR.**

Acorde a la experiencia relacionada con el manejo del Presupuesto por Resultados (PpR), urge mejorar las capacidades para la planificación, ejecución y negociación por parte de los equipos coordinadores regionales y locales de las Estrategias Regionales de VIH.

Se ha elaborado la propuesta de TDR del Módulo de Capacitación en la elaboración, programación y seguimiento del PpR y la Propuesta de Plan de Trabajo Capacitación en la elaboración, programación y seguimiento del PpR.

El PpR es una estrategia de gestión pública que contribuye a la calidad del gasto público logrando una mayor eficiencia y efectividad de la asignación de los recursos del presupuesto.

El enfoque de PpR, al buscar asignar los fondos en función a resultados medibles previamente definidos con base en el análisis de las necesidades de los ciudadanos, constituye una herramienta útil para la adecuada implementación de las políticas públicas prioritarias. Pero, dadas las características del proceso presupuestario y la cultura política de los principales actores, el PpR no solo implica preguntar a los entes ejecutores ¿qué resultados esperan lograr? y ¿cuánto cuesta esos resultados?, sino que se requiere implantar un conjunto de instrumentos y procesos que faciliten el análisis, la negociación y asignación de recursos de la manera más eficiente posible, a la vez que se sienta las bases para una adecuada gerencia, seguimiento y evaluación de las intervenciones del Estado.

La estrategia utilizada para la realización de esta actividad es la contratación de un Consultor/a para la capacitación de este personal de salud, para lo cual deberá “Diseñar un Plan para la capacitación dirigido al personal de los equipos de gestión de la DPCVIH a nivel regional, para el fortalecimiento de habilidades y competencias para la gestión mediante la formulación de PpR. así como la ejecución, supervisión y evaluación de los mismos”. Se considera la programación de 11 talleres, con un total de 300 participantes, de acuerdo a la siguiente distribución:

Regiones	Nº de participantes por Taller	Nº de Talleres	Total de Participantes Profesionales de Salud
Lima	40	04	160
Callao	20	01	20
Ica	20	01	20
Piura	20	01	20
Trujillo	20	01	20
San Martín	20	01	20
Loreto	20	01	20
Ucayali	20	01	20
Total	180	11	300

El módulo deberá potenciar las competencias y habilidades de los profesionales de salud de las unidades ejecutoras del MINSA en el manejo del PpR con la finalidad de mejorar las capacidades de gestión y mejora de los presupuestos para mejorar la atención a PVV y conseguir los objetivos planteados en el Programa.

Se seleccionará un consultor para que elabore el módulo de capacitación de tres días para los profesionales de salud de las unidades ejecutoras del MINSA.

El módulo debe contener una guía de uso para la persona que facilita el proceso de capacitación como una guía para las personas que son capacitadas, considerando los diferentes temas, funciones y tareas para el adecuado desarrollo y seguimiento del PpR. Así mismo, deberá contener un componente práctico que adiestre en el manejo de PpR a cada integrante del curso de capacitación.

El perfil del consultor es el siguiente:

- Profesional de ciencias económicas o de la salud.
- Formación en metodología para adultos y enfoques metodológicos.

- Amplia experiencia en el diseño de materiales educativos y de capacitación.
- Experiencia en la elaboración de módulos y guías de capacitación en PpR.
- Experiencia en el trabajo articulado con las estrategias nacionales del MINSA.

Algunos de los temas que se pueden desarrollar:

- Normativa del PpR.
- Como elaborar un presupuesto por resultado.
- Metodología y principales corrientes.
- Practica de elaboración PpR.

Se ha elaborado una propuesta de Plan de Trabajo de la Capacitación en la elaboración, programación y seguimiento del PpR.

SUB ACTIVIDAD 4.1.04
Elaboración de Planes de Mejora.

Actividad programada para el segundo semestre 2017.

SUB ACTIVIDAD 4.1.05
Capacitación de Equipos de Salud de los diferentes niveles de Atención considerando la Descentralización del TARGA.

Se ha elaborado la propuesta del Módulo de Capacitación de Equipos de Salud de los diferentes niveles de Atención considerando la Descentralización del TARGA que realizarán la pasantía en las regiones de Intervención. Las acciones que se plantean ejecutar deben contribuir al cumplimiento de las siguientes metas:

INDICADORES	AÑO 1	AÑO 2	AÑO3	AÑO4
Nuevos EESS que brindan TARGA	5	10	10	5

Las pasantías se realizarán en EESS acreditados seleccionados por la DPCVIH y se trabajará con equipos completos de nuevos EESS que brindarán TARGA en las regiones de intervención y tendrán los siguientes objetivos:

- Seleccionar un consultor que elabore el módulo de capacitación de cuatro días para el personal de salud que conformarán los equipos para las pasantías.
- El módulo deberá potenciar las competencias y habilidades de los/as integrantes de los equipos de salud en la descentralización del TARGA a fin de conseguir los objetivos planteados en el Programa.
- El módulo debe contener una guía de uso para la persona que facilita el proceso de capacitación como una guía para las personas que son capacitadas.

El perfil del consultor es el siguiente:

- Profesional de ciencias sociales o de la salud.
- Formación en metodología para adultos y enfoques metodológicos.
- Amplia experiencia en el diseño de materiales educativos y de capacitación.

- Experiencia en la elaboración de módulos y guías de capacitación en ITS y VIH.
- Experiencia de trabajo con profesionales de salud relacionados a VIH.
- Experiencia en el trabajo articulado con las estrategias nacionales del MINSA.

El Módulo tendrá las siguientes características:

- Deberá estar enfocado desde la perspectiva de educación para adultos.
- Deberá ser suficientemente versátil y comprensible para impulsar el autoaprendizaje.
- Deberá incluir: gráficas, tablas, cuadros, fotografías, dibujos, infografías u otros elementos que permitan y favorezcan el aprendizaje.
- Deberá tener una guía de uso para el facilitador y para las personas capacitadas.

Estará basado en los siguientes contenidos:

- Relaciones Humanas en función al trabajo colaborativo.
- Situación de ITS y VIH Sida a nivel Mundial y Nacional.
- Respuesta nacional y del MINSA frente al VIH Sida.
- Normativa Nacional relacionada a la Atención Integral y atención de población clave.
- Manejo de pacientes TARGA.
- Recomendaciones sobre prevención y autocuidado.

3. LOGROS DEL MÓDULO 4:

- ✓ Producto de la reformulación, la sala de videoconferencia podría resultar de vital importancia para la DPCVIH tanto para procesos de capacitación, asistencia médica y gestión.

4. DIFICULTADES ENCONTRADAS:

- ✓ Retraso en el inicio de las actividades.

1. EJECUTOR:

Pathfinder International, Sub Receptor Costa y Sub Receptor Selva.

2. ESTADO DEL DESEMPEÑO PROGRAMÁTICO Y EJECUCIÓN FINANCIERA:

Las actividades ejecutadas en el Semestre 1 del Año 2 fueron las siguientes:

ACTIVIDAD 5.1: Observancia del Tratamiento

Sub Actividad 5.1.01: Fortalecimiento de Capacidades de Educadores de Pares PVV en nuevas funciones.

Sub Actividad 5.1.02: Reuniones Anuales con Educadores de Pares para Socialización y Estudio de Casos.

Sub Actividad 5.1.03: Contratación de EP PVV para seguimiento y retención de pacientes.

Sub Actividad 5.1.04: Elaboración de Materiales Comunicacionales.

CÓDIGO	SUB ACTIVIDAD	META PROGRAMÁTICA				META PRESUPUESTAL		
		Total 2017	PROG S1	EJE S1	%	PROG S1	EJE S1	%
5.1.01	Fortalecimiento de Capacidades de EP PVV en sus nuevas funciones.	1	1	0	0%	24,636	0	0%
5.1.02	Reuniones Anuales con Educadores de Pares PVV para Socialización y Estudio de Casos.	Reprogramada para el año 3.						
5.1.03	Contratación de Educadores de Pares PVV para seguimiento y retención de pacientes.	16	16	0	0%	115,621	0	0%
5.1.04	Elaboración de Materiales Comunicacionales.	1	1	0	0%	1,807	0	0%

SUB ACTIVIDAD 5.1.01

Fortalecimiento de Capacidades de EP PVV en sus nuevas funciones.

Reprogramada para el segundo semestre 2017. En febrero se elaboró la Propuesta de TDR Módulo de Capacitación - Fortalecimiento de capacidades de EP PVV en sus nuevas funciones.

Existen contenidos ya trabajados para la capacitación de EP PVV, para ello el SR Costa contratará un consultor para que trabaje conjuntamente con los equipos técnicos del RP y SR Selva las adecuaciones respectivas: actualización de la información e incorporación de contenidos relacionados a la vinculación, adherencia y retención, que será presentada a la DPCVIH para su revisión.

El módulo deberá potenciar las competencias y habilidades de los EP PVV y servirá, además, de guía de trabajo para el desarrollo de sus nuevas funciones en el marco de la nueva normativa del MINSA y de la descentralización del TARGA en nuestro país.

El módulo deberá pasar por una fase de validación final. Luego del proceso de construcción del módulo se procederá a seleccionar al diseñador que realice la diagramación respectiva (el documento debe estar diseñado de manera amigable). Finalmente, se procederá a su impresión.

Igualmente, se ha elaborado la Propuesta de Plan de Trabajo de Reunión de Fortalecimiento de Capacidades para EP PVV en sus nuevas funciones. La selección y convocatoria será coordinada con la DPCVIH y DIRESAS. Por indicación de la DPCVIH, los EP PVV que participarán de la reunión de evaluación serán aquellos que laboran en los EESS donde se otorga el TARGA.

El diseño y la estructura de la reunión estarán a cargo de la DPCVIH. Se recomienda trabajar una metodología activa – participativa; en la cual se buscará generar un espacio de trabajo dinámico basándose en la experiencia y el trabajo desarrollado por los EP PVV de cada una de las regiones. La reunión tendrá una duración de un día (8 a 10 horas pedagógicas). La participación presencial es obligatoria y constituye un requisito indispensable para la acreditación y aprobación.

En lo posible se requiere las siguientes características de los participantes de la reunión:

- Estar laborando como EP PVV en alguna DIRESA.
- Haber sido designado por la DPCVIH –MINSa para participar en la reunión.
- Tener las facilidades por parte de su dirección laboral para participar al 100% de la reunión.
- Tener interés y motivación para participar en la reunión.
- Asistir puntualmente y participar en el 100% del programa.

SUB ACTIVIDAD 5.1.02

Reuniones Anuales con EP PVV para Socialización y Estudio de Casos.

Se elaboró la Propuesta de Reuniones Anuales con Educadores de Pares para la Socialización y Estudios de Casos.

La selección y convocatoria de los EP PVV será coordinada con la DPCVIH y DIRESAS del ámbito de intervención del SR Costa y SR Selva. El diseño y la estructura de la reunión de evaluación estarán a cargo de la DPVIH. Se recomienda trabajar una metodología activa – participativa. Para el desarrollo de la reunión se recomienda:

- Establecer el equipo de asesores psicológicos y de consejería que facilitarán la reunión, una sugerencia es la participación de la Red de Consejeros del MINSA.
- Determinar los casos que serán socializados y estudiados previamente, a fin de sistematizar los casos para el estudio respectivo en la reunión anual.

La reunión tendrá una duración de un día (8 a 10 horas pedagógicas). La participación presencial es obligatoria y constituye un requisito indispensable para la acreditación y aprobación.

El público objetivo de la presente capacitación estará compuesto por EP PVV que laboran en los EESS que otorgan TARGA en cada una de las ciudades de intervención. En lo posible, se sugiere, que los participantes cumplan las siguientes condiciones:

- Laborar como EP PVV en alguna DIRESA.
- Haber sido designado por la DPCVIH para participar en la reunión.
- Tener interés y motivación para participar en la reunión.
- Encontrarse en buen estado de salud.
- Participar en el 100% de la reunión.

SUB ACTIVIDAD 5.1.03

Contratación de EP PVV para Seguimiento y Retención de Pacientes.

El SR Costa elaboró una propuesta de TDR para la contratación de 10 EP PVV con la finalidad de brindar soporte emocional y consejería en los servicios de atención del MINSA, además para que cumplan y se relacionen con la vinculación, retención y adherencia al tratamiento a PVV.

Los EP PVV prestarán el apoyo requerido en los lugares y /o espacios del MINSA donde se entrega TARGA, reportando sus actividades a la coordinación de ITS-VIH/Sida en la Red de Salud correspondiente o DIRESA y al SR Costa, siendo necesario participar de las reuniones que se convoquen en relación a la intervención.

Los EP PVV serán responsables del llenado de los formatos correspondientes a las actividades que realicen, los mismos que darán sustento a los reportes que deberán presentar a la coordinación de ITS-VIH/Sida en la Red de Salud correspondiente o DIRESA y al SR Costa para los fines administrativos correspondientes al pago del servicio.

ACTIVIDAD 5.3: Seguimiento del Tratamiento

Sub Actividad 5.3.01: Descentralización de la Capacidad Laboratorial en los Servicios de Salud.

Sub Actividad 5.3.02: Capacitación a Personal de Laboratorio sobre uso de Pruebas de Evaluación y Monitoreo de VIH.

CÓDIGO	SUB ACTIVIDAD	META PROGRAMÁTICA				META PRESUPUESTAL		
		Total 2017	PROG S1	EJE S1	%	PROG S1	EJE S1	%
5.3.01	Descentralización de la Capacidad Laboratorial en los Servicios de Salud.					2'140,149	0	0%
	Carga Viral	28	28	0	0%	971,902	0	0%
	Espectofotómetros	14	14	0	0%	84,307	0	0%
	Kit Carga Viral	50,600	50,600	0	0%	670,400	0	0%
	Kit Espectofotómetros	38,500	38,500	0	0%	3,311	0	0%
5.3.02	Capacitación a Personal de Laboratorio sobre uso de Pruebas de Evaluación y Monitoreo de VIH.	1	0	0	0%	5,673	0	0%

SUB ACTIVIDAD 5.3.01

Descentralización de la Capacidad Laboratorial en los Servicios de Salud.

La Subvención programó inicialmente la compra de los siguientes equipos: 14 equipos de carga viral, 14 citómetros y 14 espectrofotómetros, incluidos sus respectivos kits de prueba. Sin embargo, debido a los cambios de la reformulación, promovidos por la nueva administración del sector salud, el plan original de adquisiciones varió, decidiéndose finalmente la adquisición de 28 equipos de carga viral y 14 espectrofotómetros.

EQUPOS DE CARGA VIRAL

El MINSA ha recomendado, por las características de los EESS y de acuerdo al ámbito de intervención, la adquisición de equipos para detectar y cuantificar la CV los equipos GeneXpert IV – 4, que incluye accesorios necesarios para su adecuado funcionamiento. Para ello el INS ha realizado la **“Evaluación de la precisión diagnóstica de la cuantificación de ARN viral de VIH-1 por tecnología de PCR en tiempo real mediante la comparación del sistema Cobas HIV-1 y Xpert HIV-1”**, que tuvo como objetivo evaluar la precisión diagnóstica de la cuantificación de CV, la cual concluyó y recomendó: Implementar el Xpert en EESS de baja complejidad que cuenten con un equipamiento adecuado requerido para la técnica.

El fabricante de los equipos GeneXpert IV – 4 es la empresa norteamericana/francesa CEPHEID, quien es proveedor único y cuyo representante en el país es ROCHEM BIOCARE. CEPHEID ha enviado una Carta de Autorización a Pathfinder International que lo certifica como el distribuidor único autorizado de sus productos utilizados en el área diagnóstico clínico en Perú.

En este escenario, el RP ha planificado la compra de 28 equipos GeneXpert los cuales serán distribuidos a 28 EESS del MINSA de las 9 regiones de intervención que han sido seleccionados por la DPCVIH, de acuerdo al número de PVV que reciben TARGA y metas establecidas en el proyecto.

**Cuadro N° 5:
Distribución de los Equipos de Carga Viral por Regiones y Establecimientos de Salud**

N°	REGIÓN	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	DISTRITO/ PROVINCIAS	CANTIDADES
1	Lima Sur	Centro Materno Infantil San José	Villa El Salvador	1
2	Lima Sur	Hospital de Emergencias	Villa El Salvador	1
3	Lima Norte	Centro de Salud Tahuantinsuyo Bajo	Independencia	1
4	Lima Norte	Hospital de Puente Piedra	Puente Piedra	1
5	Lima Ciudad	Centro de Salud Raúl Patrucco	Lima	1
6	Lima Ciudad	Centro de Salud Piedra Liza	San Juan de Lurigancho	1
7	Lima Este	Centro de Salud Teresa de Calcuta	El Agustino	1
8	Lima Este	Hospital de Vitarte	Vitarte	1
9	Lima Provincia	Hospital de Huacho	Huacho	1
10	Lima Provincia	Hospital Rezola	Cañete	1
11	Lima Provincia	Hospital de Barranca	Barranca	1
12	Callao	Centro de Salud Alberto Barton	Callao	1
13	Callao	Hospital Ventanilla	Ventanilla	1
14	Ica	Ica por definir	Ica	1

15	Ica	Centro de Salud Sunampe	Chincha	1
16	Ica	Hospital San Juan de Pisco	Pisco	1
17	Piura I	Hospital Santa Rosa	Piura	1
18	Piura II	Hospital de Apoyo Sullana	Sullana	1
19	La Libertad	Hospital Regional Docente	Trujillo	1
20	La Libertad	Hospital Ascope	Ascope	1
21	San Martín	Hospital II-2 Tarapoto	Tarapoto	1
22	Loreto	Centro de Salud San Juan	Iquitos	1
23	Loreto	Centro de Salud San Lorenzo	Datem del Marañón	1
24	Loreto	Hospital Santa Gema	Yurimaguas	1
25	Ucayali	Hospital de Apoyo Yarinacocha	Pucallpa	1
26	Ucayali	Centro de Salud San Fernando	Pucallpa	1
27	Amazonas	Centro de Salud Nieva	Condorcanqui - Nieva	1
28	Amazonas	Centro de Salud Imaza	Bagua- Imaza	1
TOTAL				28

En cuanto a la adquisición de los reactivos para la carga viral, se tiene programado la adquisición de 50,600 reactivos en los 3 años. Debido a la corta vida útil de los reactivos (9 meses) y considerando que llegarán al país con por lo menos 7 meses de vida útil, estos serán adquiridos anualmente, en 3 remesas (cada 4 meses).

Cuadro N° 6:
Distribución de los reactivos de carga viral por Regiones y EESS - Año 2017

N°	REGIÓN	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	N° DE REACTIVOS
1	Lima	Centro Materno Infantil San José	630
2	Lima	Hospital de Emergencias	620
3	Lima	Centro de Salud Tahuantinsuyo Bajo	620
4	Lima	Hospital de Puente Piedra	620
5	Lima	Centro de Salud Raúl Patrucco	620
6	Lima	Centro de Salud Piedra Liza	620
7	Lima	Centro de Salud Teresa de Calcuta	620
8	Lima	Hospital de Vitarte	610
9	Lima	Hospital de Huacho	610
10	Lima	Hospital Rezola	610
11	Lima	Hospital de Barranca	610
12	Callao	Centro de Salud Alberto Barton	430
13		Hospital de Ventanilla	430
14	Ica	Centro de Salud. San Juan de Dios	150
15		Centro de Salud Sunampe	150
16		Ciudad Ica por definir	100
17	Piura	Piura: Hospital Santa Rosa	160
18		Sullana: Hospital de Apoyo Sullana	160
19	la Libertad	Trujillo: Hospital Regional Docente	220
20		Ascope: Hospital de Ascope	220
21	San Martin	Tarapoto: Hospital II-2	280
22	Loreto	Yurimaguas: Hospital Santa Gema	250

23		Iquitos: Centro de Salud San Juan	250
24		Datem del Marañón: C.S. San Lorenzo	250
25	Ucayali	Pucallpa: Hospital de Apoyo Yarinacocha	70
26		Centro de Salud San Fernando	50
27	Amazonas	Condorcanqui: Centro de Salud Nieva	100
28		Bagua: Centro de Salud Imaza	100
9			10,160

NOTA: las cifras fueron redondeadas a múltiplos de 10 (las presentaciones vienen en paquetes de 10 unidades).

Para el inicio del proceso de adquisición se cuenta con los siguientes documentos:

- **Bases Administrativas para la adquisición de los equipos de carga viral:** incluyen las especificaciones técnicas de los equipos, los términos de referencia, condiciones, garantía y soporte técnico. Este documento ha sido revisado por el INS y por la DPCVIH quienes realizaron comentarios y sugerencias, los cuales fueron incorporados.
- **Bases Administrativas de los reactivos de carga viral:** ídem.
- **Propuesta de Contrato para la adquisición de los 28 equipos y reactivos:** el cual ha sido revisado por el asesor legal del RP.

El proveedor de los equipos ha proporcionado la proforma para la compra de 28 equipos de analizadores y 10,160 reactivos para la detección de la carga viral del VIH, el que está siendo revisado a solicitud de la DPCVIH. Está pendiente un nuevo envío de la cotización de los equipos y reactivos por parte del proveedor.

Asimismo, se ha realizado reuniones para coordinar las condiciones, garantías, soporte técnico y aspectos logísticos. A solicitud de la DPCVIH se realizó una presentación del GeneXpert IV al equipo de gestión de la Dirección donde se mostró el funcionamiento del equipo y se resolvió preguntas relacionadas a su funcionamiento. Producto de esta reunión se solicitó al proveedor una serie de aspectos los que ya han sido cumplidos.

<ul style="list-style-type: none"> • Verificar los requisitos necesarios para la instalación del equipo en cada punto de procesamiento.
<ul style="list-style-type: none"> • Manual del usuario en idioma español.
<ul style="list-style-type: none"> • El software del aplicativo en idioma español.
<ul style="list-style-type: none"> • Certificado o carta de garantía del fabricante o distribuidor en español.
<ul style="list-style-type: none"> • Software de interface para la transmisión de resultados al software de gestión de la institución, eliminando la necesidad de su digitación manual.
<ul style="list-style-type: none"> • Emisión de los resultados en valores numéricos exactos y posibilidad que la información consolidada pueda ser exportada automáticamente en Excel.
<ul style="list-style-type: none"> • La vigencia de los reactivos deberá ser igual o mayor a 7 meses al momento de las fechas de entrega en los laboratorios o establecimientos de salud establecidos.

ACTIVIDADES PREPARATORIAS PARA LA ENTREGA DE LOS EQUIPOS A LOS EESS

Para la entrega de los equipos a los 28 establecimientos de salud de las 9 regiones, se ha desarrollado las siguientes actividades:

1. Elaboración de una Ficha de Supervisión la que incluye una serie de condiciones que deben reunir los EESS referidos a la infraestructura, equipamiento y capacidades de personal para gestionar el equipo. Este instrumento fue elaborado basado en los criterios establecidos por el INS y el proveedor. Ha sido revisada por la DNPCVIH y el INS.
2. Visita a las DIRESA de intervención para generar compromisos y a los EESS para conocer si reúnen las condiciones establecidas en la Ficha de Supervisión.
3. Desarrollo del Taller de Validación sobre las diferentes líneas estratégicas a ser aplicadas en áreas urbanas del Proyecto, realizado los días 26 y 27 de junio con la participación de las coordinadoras regionales de la Estrategia Sanitaria de ITS-VIH de las Regiones de La Libertad, Ica, Loreto, San Martín y Luciano Castilla. En este evento, las coordinadoras propusieron a los establecimientos de salud que recibirán los equipos.
4. Se ha enviado a todas las regiones la Ficha de Supervisión para que sea aplicada y permita conocer las condiciones de infraestructura, equipamiento, almacenamiento, información y de personal en los establecimientos seleccionados. Basada en esta información y en las visitas de campo se cuenta con información clave que facilitará la implementación de los equipos en los establecimientos de salud seleccionados.

ESPECTROFOTÓMETROS Y REACTIVOS

Se ha planificado la compra de 14 equipos analizadores de bioquímica y 22,000 reactivos para el año 2017. Estos equipos serán distribuidos a 14 EESS de las 9 regiones de intervención y han sido seleccionados por la DPCVIH de acuerdo al número de PVV que reciben TARGA y a las metas establecidas en el proyecto. La adquisición será mediante un proceso de concurso público.

Cuadro N° 7:
Cuadro de distribución de los Espectrofotómetros, según regiones

N°	REGIÓN	CIUDAD	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	N° DE EQUIPOS
1	Lima		Por definir	1
2	Lima		Por definir	1
3	Lima		Por definir	1
4	Lima		Por definir	1
5	Callao	Callao	Centro de Salud Alberto Barton	1
6	Ica	Pisco	Hospital San Juan de Pisco	1
7	Piura	Piura	Hospital San Rosa	1
8	La Libertad	Trujillo	Hospital Regional Docente de Trujillo	1
9	San Martín	Tarapoto	Hospital II-2 Tarapoto	1
10	Loreto	Iquitos	Centro de Salud San Juan	1
11	Loreto	Datem del Marañón	Centro de Salud San Lorenzo	1
12	Ucayali	Pucallpa	Hospital de Apoyo Yarinacocha	1
13	Amazonas	Condorcanqui	Centro de Salud Nieva	1
14	Amazonas	Bagua	Centro de Salud Imaza	1
TOTAL				14

Los reactivos tendrán como destino final las siguientes regiones y EESS de acuerdo al siguiente cuadro:

Cuadro N° 8:
Distribución de Reactivos por Establecimientos de Salud

REGION	EESS	GLUCOSA	CREATININA	ACIDO URICO	TRANSAMINASA GLUTÁMICA OXALACÉTICA	TRANSAMINASA GLUTÁMICA PIRUVICA	TOTAL
Lima		750	750	750	750	750	3750
Lima		750	750	750	750	750	3750
Lima		750	750	750	750	750	3750
Lima		750	750	750	750	750	3750
Callao	CS Alberto Barton	375	375	375	350	350	1825
Ica	Hospital San Juan	175	150	150	150	150	775
Piura	Hospital San Rosa	150	150	150	125	125	700
La Libertad	Hospital Regional	200	200	200	175	175	950
San Martín	Hospital Tarapoto	125	125	125	100	100	575
Loreto	CS San Juan	150	150	150	150	150	750
Loreto	CS San Lorenzo	150	150	150	150	150	750
Ucayali	Hospital Yarinacocha	50	50	50	50	25	225
Amazonas	CS Nieva	50	50	50	50	25	225
Amazonas	CS Imaza	50	50	50	50	25	225
TOTAL		4,475	4,450	4,450	4,350	4,275	22,000

Para el inicio del proceso de adquisición se cuenta con los siguientes documentos:

- **Bases Administrativas:** para la adquisición de los 14 equipos espectrofotómetro, que incluyen especificaciones técnicas, términos de referencia, condiciones, garantía y soporte técnico. Este documento ha sido revisado por el INS.
- **Bases Administrativas:** para adquisición de los reactivos.
- **Propuesta de Contrato para la adquisición de los espectrofotómetros y reactivos,** el cual ha sido revisado por el asesor legal del RP.

FORMULACIÓN DEL PLAN DE DESCENTRALIZACIÓN Y FORTALECIMIENTO TECNOLÓGICO DEL DIAGNÓSTICO Y MONITOREO DEL VIH Y SIDA, 2016-2019

El INS y la DPCVIH han formulado el documento “Plan de Descentralización y Fortalecimiento Tecnológico del Diagnóstico y Monitoreo del VIH y SIDA, 2016-2020” (Condición Especial 6 – Fondo Mundial), el cual incluye las actividades relacionadas a los aspectos de diagnóstico, adquisición de equipos y reactivos, capacitación del personal de laboratorio sobre uso de pruebas de evaluación y monitoreo del VIH, proyección de las necesidades anuales totales en base a pacientes en tratamiento, pacientes nuevos que se espera que comiencen tratamiento y pérdidas de tratamiento, el porcentaje de pérdidas y ajustes, los niveles de seguridad por año y zona geográfica, condiciones de almacenamiento de los EESS seleccionados, supervisión y control de calidad de las técnicas de laboratorio para el diagnóstico y monitoreo de VIH, así como la estrategia de sostenibilidad por parte del Estado peruano.

El mencionado informe ha sido enviado al FM para revisión y aprobación. Este hecho posibilitará el inicio de los procesos de adquisición de los equipos de laboratorio y sus respectivos reactivos.

Asimismo, el INS y el equipo RP realizarán visitas de monitoreo programático-financiero-logístico de manera periódica a las regiones y EESS de intervención, en las que se incluirá el monitoreo y supervisión de la información logística de los reactivos, dando retroalimentación a los proveedores de salud y revisando la calidad de la data. En las visitas se presentará a los EESS, el uso de la información que ellos producen, con el objetivo de mejorar la tasa de reporte desde estas unidades y la calidad de sus reportes.

SUB ACTIVIDAD 5.3.02**Capacitación a Personal de laboratorio sobre uso de Pruebas de Evaluación y Monitoreo de VIH.**

Actividad programada para el año 2018.

3. LOGROS DEL MÓDULO 5:*Con relación a los Equipos de Laboratorio*

- ✓ Conformación de la Mesa de Trabajo para el suministro de Productos de Salud de la subvención del Fondo Mundial.
- ✓ Coordinaciones a todo nivel INS, DNPCVIH; OPS, ROCHEM BIOCARE para conocer condiciones de compra, proformas y especificaciones técnicas de los reactivos (vida útil, condiciones de almacenamiento, etc.).
- ✓ Elaboración de la propuesta de cuadro de distribución de los equipos y reactivos para el diagnóstico de carga viral por regiones, años, periodicidad, cantidades.
- ✓ Elaboración de las especificaciones técnicas, TDR, BBAA y propuesta de Contrato para la adquisición de los equipos y reactivos.

4. DIFICULTADES ENCONTRADAS:*Con relación a los Equipos de Laboratorio*

- ✓ El cambio de Gobierno del país, con el consecuente cambio de autoridades, retrasó el inicio de actividades, asimismo, la perspectiva de la nueva administración sobre los lugares de destino de los equipos de diagnóstico y las cantidades ha retrasado los procesos de adquisición.

Con relación a la Estrategia de Educadores de Pares PVV

- ✓ Retraso en el inicio de las actividades debido al proceso de reformulación de la subvención.

1. EJECUTOR:

Sub Receptor Costa CEPESJU y Sub Receptor Selva CEDISA.

2. ESTADO DEL DESEMPEÑO PROGRAMÁTICO Y EJECUCIÓN FINANCIERA:

Las actividades ejecutadas en el Semestre 1 del Año 2 fueron las siguientes:

Actividad 6.1: Evaluación del Entorno Político-Legal y Reforma de Leyes

Sub Actividad 6.1.01: Acciones de incidencia política para promover un entorno favorable a la respuesta del VIH y los derechos humanos de las poblaciones clave y PVV.

CÓDIGO	SUB ACTIVIDAD	META PROGRAMÁTICA				META PRESUPUESTAL		
		Total 2017	PROG S1	EJE S1	%	PROG S1	EJE S1	%
6.1.01	Acciones de incidencia política para promover un entorno favorable a la respuesta del VIH y los derechos humanos de las poblaciones clave y PVV.	1	1	0	0%	30,802	5,322	15%

SUB ACTIVIDAD 6.1.01

Acciones de Incidencia Política para promover un entorno Favorable a la Respuesta del VIH y DDHH de las PC

Análisis del Entorno Jurídico y Experiencias en DDHH, con énfasis en poblaciones clave y PVV:

Se concluyó el estudio *“Análisis del entorno jurídico y reforma legislativa en el Perú en materia de derechos humanos de poblaciones Trans, HSH y PVV”*. Dicho estudio ilustra las formas en que el marco normativo nacional, en coherencia con la técnica legislativa internacional, está permitiendo procesos de reconocimiento de derechos de las poblaciones más vulnerables a las ITS y al VIH, no solamente desde el enfoque de la salud y educación, sino desde la consideración integral del ser humano.

En el segundo semestre del año se hará la presentación pública del estudio con el objetivo de socializar sus hallazgos, los cuales pueden ser utilizados por las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil como instrumento efectivo de futuras acciones de vigilancia social e incidencia política para mejorar o fortalecer políticas públicas en favor de los derechos de las poblaciones vulnerables de mujeres trans, HSH/gays y PVV.

Reuniones con Autoridades de los Sectores Justicia, Educación e Interior:

Reunión con altos funcionarios de la Defensoría del Pueblo quienes refirieron su gran interés institucional de participar de esta propuesta en la medida de las coincidencias con el quehacer

institucional en la línea de protección de los Derechos de las poblaciones vulnerables a adquirir VIH. Expresaron el interés de considerar como parte de las acciones a desarrollar, intervenciones de capacitación y sensibilización del personal defensorial en las zonas de intervención.

Al Ministerio de Justicia de la Región Callao se le presentó el programa y la importancia de sensibilizar a los funcionarios, jueces, magistrados y operadores de justicia en relación a los derechos de las poblaciones vulnerables.

Al Centro Emergencia Mujer Callao del MIMP se le explicó la propuesta del proyecto. El CEM compartió alcances metodológicos a considerar para la realización del curso y la manera de implementarlo dentro del sector educación.

Al MINEDU se le presentó el proyecto y se socializó aspectos técnicos relacionados con la propuesta del curso de derechos humanos de poblaciones vulnerables planteado para este sector en el marco del proyecto.

Curso del Sector Educación, Justicia e Interior.

Se elaboró la propuesta de TDR para la contratación del consultor que diseñará el módulo de capacitación para el curso de derechos humanos en poblaciones vulnerables y PVV a ser incorporado en la currícula educativa de los sectores educación, Interior y Justicia, insumos que serán utilizados para la realización de los talleres donde se aborde la temática de derechos.

Los TDR describen todos los aspectos y directrices a considerarse en el proceso de selección del consultor y los aspectos estructurales y de contenido del módulo. Los TDR han sido elaborados para los 3 sectores en correspondencia a la necesidad de cada sector y en su diseño se ha tomado en cuenta las sugerencias o condiciones identificadas durante las visitas realizadas.

Adicionalmente, a las actividades de la subvención, se ha realizado - a través del RP - las siguientes acciones enfocadas en mujeres trans:

FORTALECIMIENTO DE MUJERES TRANS LÍDERES

Establecer vínculos con el sistema estatal y la sociedad civil es vital para la eliminación de la discriminación y violencia por identidad de género y orientación sexual. Son muchos los factores que determinan que una política pública fluya en el marco del acceso a Derechos; por ello, la importancia de empezar por el fortalecimiento comunitario.

El vínculo motivador de acción, identificado en la población trans, es la VIOLENCIA y la DISCRIMINACION POR IDENTIDAD DE GENERO, el número de quienes subsisten en prostitución y las que viven con VIH SIDA que, sin saberlo, cada día es mayor. La indocumentación, la deserción escolar, la situación de prostitución, trata y explotación sexual, resulta el cotidiano en aquellas que usualmente no son escuchadas por el simple hecho de no querer visibilizarlas.

En el Perú, existe un creciente interés por trabajar la problemática trans desde la academia y el legislativo, se sabe poco y lo que se sabe es que está relacionado a la violencia, a proyectos de vida trancos y sueños que pasan a una segunda etapa en espera de justicia social.

En este marco se realizó el acompañamiento y fortalecimiento que se detalla en el siguiente cuadro:

ACTIVIDAD	OBJETIVO CUMPLIDO / COMPROMISO
<p>Acompañamiento a Mujeres trans líderes con el objetivo de fortalecer sus habilidades, identificando nuevos liderazgos.</p>	<p>Existen mujeres trans en cada MCC elegidos, la sensibilización y grado de empoderamiento de las mujeres trans ha servido para vencer las barreras comunitarias existentes entre agendas poblacionales y sopesar el interés de trabajo en común. Tener mujeres trans en los equipos técnicos de los MCC es un gran avance para la inclusión laboral, después de la intervención se puede plantear la presentación de un informe al Ministerio de Trabajo exponiendo la experiencia como buena práctica y la viabilidad de replicar en otros sectores.</p> <p>Se formaron nuevos grupos de mujeres trans, el fortalecimiento y acompañamiento sirvió para que en esta etapa se identificaran nuevas lideresas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puente Quiñones: organización de MT trabajadoras sexuales que se juntan con el objetivo de ayudar a su pares. • Chicas de la Articulación Trans Feminista: con una línea de autogestión, para agosto instalarán una oficina en San Borja e iniciarán sus actividades. El RP les ha dado acompañamiento para el fortalecimiento de sus OTB. • Huaycán: se logró formar una OTB de base así como en Chosica que aún no cuenta con local, se espera conseguirlo en el transcurso de la intervención y con el fortalecimiento comunitario.



Fortalecimiento Comunitario a Organizaciones Trans

FORTALECIMIENTO DE ORGANIZACIONES / MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

La deficiencia de las organizaciones se refleja en las siguientes debilidades: 1) Ausencia de Planes de trabajo, 2) Inexperiencia en el manejo de recursos, 3) No elaboración de informes (tanto programáticos como financieros) y 4) Organizaciones, en su mayoría, UNIPERSONALES.



CASA TRANS ZULEYMI – AUTOGESTIONAN RECURSOS



I TALLER DE MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

En este marco desde el RP se realizó el I TALLER DE MOVILIZACION DE RECURSOS PARA ORGANIZACIONES TRANS DE LIMA Y CALLAO, la participación sobrepasó la expectativa, la presencia fue masiva el interés por gestionar y aprender sobre el USO Y MANEJO de recursos.

ACTIVIDAD	OBJETIVO CUMPLIDO / COMPROMISO
I TALLER DE MOVILIZACION DE RECURSOS	<p>La movilización de recursos resulta siendo la primera brecha a vencer. La carencia del sistema documentario hacen inaccesibles el acceso a recursos lo que limita en trabajo de activismo, este taller dio como resultado el compromiso de 11 organizaciones trans en realizar actividades.</p> <p>El compromiso fue, que luego de recibir el FONDO SEMILLA, realizar actividades de réplica en torno a este taller, dicho de paso es el primero que se realiza para población trans.</p>

INCIDENCIA POLÍTICA

RENIEC: La indocumentación de MT es el principal problema que imposibilita el acceso a Derechos para lo cual desde el RP se viene trabajando:

- Protocolo de atención a personas trans en los establecimientos del Estado.
- Elaboración de un PLAN DE SENSIBILIZACIÓN para trabajadores de RENIEC en aspectos informativos sobre las personas trans.
- Se incluyó en el PLAN NACIONAL CONTRA LA INDOCUMENTACION A LAS MUJERES TRANS.
- Se elaboró un plan de trabajo de julio a diciembre con el objetivo de trabajar temas relacionados con el PLAN DE INCIDENCIA POR LA LEY DE IDENTIDAD DE GENERO.



BERTHA LOVERA –
GERENCIA RESTITUCION DE LA IDENTIDAD (GRIAS)



MINISTERIO DE LA MUJER

MINISTERIO DE LA MUJER: Con la nueva gestión se ha retomado las actividades con:

- CENTRO DE EMERGENCIA MUJER
- PROGRAMA NACIONAL YACHAY
- SE ACREDITO A MAS DE 26 ORGANIZACIONES TLGB

MINISTERIO DE SALUD

En el marco de la socialización de la Norma Técnica para Población Trans Femenina se realizó un taller, el cual movilizó a Lima por tres días a mujeres trans de las regiones del Perú y operadores de Salud. Se tuvo el compromiso de:

- Socializar la Norma a nivel regional.
- Socializarla con las poblaciones.
- Establecer aportes para mejorar su aplicación.

OPERADORES DE SALUD DE REGIONES DEL PERU



EL NORTE DEL PERU EN LA NORMA TECNICA TRANS



1. EJECUTOR:

Sub Receptor Costa CEPESJU y Sub Receptor Selva CEDISA.

2. ESTADO DEL DESEMPEÑO PROGRAMÁTICO Y EJECUCIÓN FINANCIERA:

Las actividades ejecutadas en el Semestre 1 del Año 2 fueron las siguientes:

Actividad 7.1: Desarrollo de Capacidades Institucionales, Planificación y Liderazgo en el Sector Comunitario

Sub Actividad 7.1.01: Programa de Fortalecimiento de Capacidades en Consejería, Pruebas de Tamizaje de los MCC.

Sub Actividad 7.1.02: Entrenamiento de Facilitadores de Grupos de Soporte Emocional y Adherencia.

Sub Actividad 7.1.03: Programa de Fortalecimiento de Capacidades para la Gestión e Institucionalización de los MCC.

Sub Actividad 7.1.04: Programa de Fortalecimiento de Capacidades para la Incidencia y Vigilancia Social de los MCC.

Sub Actividad 7.1.05: Asistencia Técnica para la Sostenibilidad de los MCC.

CÓDIGO	SUB ACTIVIDAD	META PROGRAMÁTICA				META PRESUPUESTAL		
		Total 2017	PROG S1	EJE S1	%	PROG S1	EJE S1	%
7.1.01	Programa de Fortalecimiento de Capacidades en Consejería, Pruebas de Tamizaje de los MCC.	8	8	0	0%	21,872	0	0%
7.1.02	Entrenamiento de facilitadores de grupos de soporte emocional y adherencia.	8	8	0	0%	20,511	0	0%
7.1.03	Programa de Fortalecimiento de Capacidades para la Gestión e Institucionalización de los MCC.	8	8	0	0%	39,426	0	0%
7.1.04	Programa de Fortalecimiento de Capacidades para la Incidencia y Vigilancia Social de los MCC.	8	8	0	0%	41,142	0	0%
7.1.05	Asistencia Técnica para la Sostenibilidad de los MCC.	Programado por el segundo semestre de 2017.						

SUB ACTIVIDAD 7.1.01**Programa de Fortalecimiento de Capacidades en Consejería, Pruebas de Tamizaje de los MCC.**

Se elaboró el plan de capacitación del “Programa de Fortalecimiento de Capacidades en Consejería y Tamizaje para los MCC”, cuyos facilitadores serán proveedores de salud del sector salud a nivel regional.

SUB ACTIVIDAD 7.1.02**Entrenamiento de facilitadores de grupos de soporte emocional y adherencia.**

Se elaboró la propuesta de TDR para la contratación del consultor/a y el Plan de Trabajo para el entrenamiento de facilitadores. Esta capacitación se realizará en Lima, por tal motivo, el SR Costa será el responsable de la organización. Se capacitarán 40 participantes PVV para que organicen los grupos de soporte emocional y adherencia en las regiones en base a la siguiente distribución: Ucayali 2, Loreto 2, San Martín 2, Piura 2, Trujillo 2, Ica 2, Callao 6 y Lima 28. La selección de los representantes será democrática y con criterio técnico para la elección y designación de los miembros de las OBC/MCC participantes.

La metodología de capacitación promoverá el análisis y la reflexión a partir de sus saberes previos, así como la confrontación con nuevos conocimientos que se desarrollarán mediante trabajos grupales y situaciones que permitan simulaciones en las que el participante tenga la oportunidad de aplicar los nuevos conocimientos en situaciones similares. Posteriormente, se realizará el acompañamiento a través de personal de salud que brindará asesoría a los participantes para que realicen el trabajo de organización de los Grupos de Soporte Emocional y Adherencia en sus regiones y lo incorporen a sus actividades cotidianas desde los MCC.

Se hace necesario establecer un perfil y requisitos mínimos para los participantes de los cursos de capacitación, en tal sentido se sugiere considerar al menos los siguientes puntos:

- Ser PVV miembro de una OBC que forma parte del MCC (de preferencia).
- Deseable con estudios secundarios.
- Comprometerse a asistir con puntualidad a las actividades de capacitación.
- Tener experiencia de trabajo en OBC, por lo menos 2 años.
- Experiencia en trabajo con sus pares.
- Capacidad de compromiso y disposición de tiempo.
- Tener facilidad para comunicarse asertivamente.
- Respeto a la confidencialidad.

SUB ACTIVIDAD 7.1.03**Programa de Fortalecimiento de Capacidades para la Gestión e Institucionalización de los MCC.**

Se elaboró la Propuesta de TDR para la contratación de una entidad formadora, responsable del diseño y ejecución del Programa. Esta capacitación tiene como objetivo fortalecer Capacidades de Gestión, Institucionalización y Movilización de Recursos Técnicos y Financieros, dirigido a los equipos de los MCC para que se conviertan en organizaciones gestoras de su propio desarrollo, con autonomía e independencia.

Se contratará un consultor para el diseño y ejecución del programa, quien debe tener el siguiente perfil:

- Profesional especializado en Diseño de Programas de Fortalecimiento de Capacidades para la Gestión e Institucionalización de organizaciones sociales de base comunitaria o institución técnica y/o académica especializada con capacidad de acreditación.
- Experiencia no menor de 5 años en el tema.
- Conocimiento de mecanismos de financiamiento estatal (PpR) y conocimiento de formas de financiamiento a través del sector privado (responsabilidad social empresarial).
- Conocimiento de formas innovadoras de autofinanciamiento (donaciones, recaudación pública, patrocinio, emprendimientos productivos y de comercialización, crowdfunding, cotización de socios/as, apadrinamiento, etc).

Se elaboró el Plan de trabajo para la capacitación cuyo objetivo es orientar los aspectos técnicos, pedagógicos, logísticos y comunitarios para la ejecución del Programa. La capacitación será presencial de tres días debido a la dimensión de la temática y metodología. Esta capacitación tendrá 32 horas pedagógicas y se contratará a un consultor especializado en el tema o de alguna institución técnica y/o académica especializada con capacidad de acreditación.

La temática a desarrollar será la siguiente:

- *Planificación y liderazgo en el Sector Comunitario: Elaboración de documentos para la comunicación y herramientas para la gestión.*
- *Gestión organizacional institucional: Estructura organizacional, Funciones y Responsabilidades.*
- *Institucionalización de los MCC: Formalización, aspectos tributarios, contables y financieros.*
- *Mobilización de Recursos Técnicos y Financieros.*

SUB ACTIVIDAD 7.1.04

Programa de Fortalecimiento de Capacidades para la Incidencia y Vigilancia Social.

Se elaboró la Propuesta de TDR para la contratación de una entidad formadora responsable del diseño y ejecución para Programa de Fortalecimiento de Capacidades para la Incidencia y Vigilancia Social. Para la realización de la presente consultoría, el/la consultor/a diseñará y establecerá la dinámica de su intervención socializando el proceso con los responsables del equipo técnico del consorcio de los SR Costa y Selva, RP y MCC.

El consultor será un profesional especializado o institución técnica y/o académica especializada con capacidad de acreditación, con experiencia profesional no menor de 5 años, experiencia no menor de 5 años en el diseño y ejecución de Programa de Fortalecimiento de Capacidades para la Incidencia y vigilancia social de organizaciones sociales de base comunitaria.

SUB ACTIVIDAD 7.1.05

Asistencia Técnica para la Sostenibilidad de los MCC

Se solicitaron cotizaciones de consultores/as que han tenido trabajo previo con OBC LGBTI y/o en temas de sostenibilidad organizacional. Se consiguieron propuestas preliminares sobre la

base de un esquema alcanzado por el RP en el que se precisaban los productos básicos a considerar. En base a estas cotizaciones se hizo una estimación del presupuesto de este insumo, que se incorporó según acuerdo de la última visita del Fondo Mundial a Perú (mayo 2017).

Actividad 7.2: Fomento de la Responsabilidad Social

Sub Actividad 7.2.01: Diálogos Regionales y Diálogo Nacional de las poblaciones clave y PVV.

Sub Actividad 7.2.02: Diálogos Regionales Multisectoriales y Diálogo Nacional Multisectorial.

Sub Actividad 7.2.03: Acciones de sensibilización y difusión pública de los fines, acuerdos y compromisos alcanzados en los Diálogos.

Sub Actividad 7.2.04 Diseño, Implementación y Financiamiento de los MCC de Poblaciones Clave y PVV a Nivel Regional.

CÓDIGO	SUB ACTIVIDAD	META PROGRAMÁTICA				META PRESUPUESTAL		
		Total 2017	PROG S1	EJE S1	%	PROG S1	EJE S1	%
7.2.01	Diálogos Regionales y Diálogo Nacional de las poblaciones clave y PVV.	8	8	0	0%	21,872	0	0%
7.2.02	Diálogos Regionales Multisectoriales y Diálogo Nacional Multisectorial.	8	8	0	0%	20,511	0	0%
7.2.03	Acciones de sensibilización y difusión pública de fines, acuerdos y compromisos alcanzados en los Diálogos.	8	8	0	0%	39,426	0	0%
7.2.04	Diseño, Implementación y Financiamiento de los MCC de Poblaciones Clave y PVV a Nivel Regional.	8	8	0	0%	41,142	0	0%

SUB ACTIVIDAD 7.2.01
Diálogos Regionales y Diálogo Nacional de las Poblaciones Clave y PVV.

SUB ACTIVIDAD 7.2.02
Diálogos Regionales Multisectoriales y Diálogo Nacional Multisectorial (PC, PVV y actores estratégicos).

La mejora de la capacidad comunitaria mediante diálogos es una metodología comprobada que permite estimular la capacidad de las comunidades a la hora de identificar sus preocupaciones, evaluar soluciones y planificar cursos de acción en torno al VIH/ Sida. Las actividades que se ejecutarán en los diálogos regionales plantean las siguientes estrategias:

- Formalización de los espacios de articulación comunitaria de las OBC y liderazgos de las poblaciones clave y PVV en las zonas de intervención (MCC).
- Se consideran dos niveles de intervención: Comunitario y Multisectorial, para generar acuerdos por el fortalecimiento de la participación que realizan frente al VIH.

- Desarrollo de acciones de incidencia y vigilancia, generación de sinergias locales, regionales y a nivel nacional para ampliar la respuesta al VIH y contribuir con la meta 90-90-90 y la situación del ejercicio de los DDHH de estas poblaciones.

En la programación se ha previsto que estos diálogos tengan 6 horas de duración, desarrollando actividades que permitan la identificación de necesidades y generen consensos, propuestas y estrategias de acción con el propósito de contribuir a alcanzar la meta 90 90 90, a través de la mejorar de la cobertura y calidad del continuum de atención para población clave y PVV.

La selección de los participantes representantes de las poblaciones clave y PVV, se realizará teniendo en cuenta el perfil del participante considerado en los diálogos regionales comunitarios y para los actores y decidores locales se sugiere el siguiente perfil:

- Perteneciente a sectores que vienen realizando intervenciones regionales relacionados con el VIH.
- Que desempeñe cargo a nivel de toma de decisiones.
- Conocimiento y/o experiencia de trabajo con la DPCVIH.
- Actitud articuladora y dialogante hacia las poblaciones LGTBI y/o PVV.

SUB ACTIVIDAD 7.2.03

Acciones de sensibilización y difusión pública de los fines, acuerdos y compromisos alcanzados en los Diálogos

Actividad programada para el año 3.

SUB ACTIVIDAD 7.2.04

Diseño, Implementación y Financiamiento de los MCC de Poblaciones Clave y PVV a Nivel Regional

Desde el RP se promovió una revisión y adecuación de los TDR originalmente aprobados por CONAMUSA en 2016. Esto se hizo debido a los cambios en la subvención, a los cambios en el contexto y en aras de mejorar/precisar el documento antes de lanzar la convocatoria formalmente. El proceso se llevó a cabo con la participación de los SR, CONAMUSA y algunos/as activistas PVV y de poblaciones clave.

En el mes febrero, se realizó una revisión y actualización de la propuesta de los TDR que se habían elaborado, considerado la definición de los roles y funciones asignados de acuerdo a la propuesta de la reformulación del 7 de diciembre. Para el mes de marzo, el SR Costa y el RP han realizado un trabajo conjunto para la revisión y actualización de los TDR para la convocatoria de OBC para la conformación de los MCC y la contratación del personal que estaría integrando el equipo que tendría a su cargo la organización, administración, gestión y fortalecimiento de estos espacios.

En esta revisión y actualización se ha tenido en cuenta la situación actual de las organizaciones de PVV y poblaciones LGTB y se ha elaborado unos TDR que responden a las condiciones actuales de las OBC, procurando que exista oportunidad de participación de un mayor número de organizaciones en este proceso de selección.

Luego de la aprobación por parte de la CONAMUSA de los TDR para la convocatoria de personal

y MCC se desarrollaron reuniones de Socialización e Información y Asesoría de los TDR del proceso de selección de los MCC en las regiones del ámbito de intervención.

En coordinación con el RP Pathfinder, SR y CONAMUSA se planificaron el desarrollo de reuniones dirigidas a las OBC con la finalidad de presentarles los TDR para socializar el documento e informar de los detalles y requisitos para el mencionado concurso.

El SR Selva sostuvo reuniones con las OBC, cuyo propósito fue explicar la lógica del Programa, definir colectivamente condiciones básicas para la articulación y la conformación de los MCC. Se identificaron necesidades de capacitación de estas organizaciones y se revisó colectivamente la necesidad de incidir en cada región por una mejor respuesta estatal al VIH, donde las mismas poblaciones vulnerables deben jugar un papel protagónico.

El SR Costa realizó visitas a las OBC con la finalidad de recopilar información sobre la situación actual de las OBC, e identificar los vacíos respecto a las exigencias contempladas en los TDR para la conformación de los MCC, así como identificar de manera conjunta los intereses de la población LGTBI que ameriten ser contempladas en los planes de incidencia política. Como producto de estas visitas, se cuenta con diagnóstico de la situación actual de las OBC y un listado de necesidades prioritarias para la incidencia en cada Región.

Reuniones Informativas y Asesoría a las OBC:

Estas reuniones, programadas en el mes de junio, tuvieron como objetivos presentar los TDR del proceso de selección de los MCC en las regiones del ámbito de intervención del Programa, socializar el documento e informar los detalles y requisitos para la mencionada convocatoria.

Desarrollo de la actividad:

La reunión tuvo la siguiente estructura:

- Definición de MCC.
- Objetivos.
- Conformación de los consorcios.
- Proceso de selección: Conformación del Comité evaluador, criterios de selección para el alojador, la organización acompañantes y equipo de gestión, Forma de calificación, Perfiles y Funciones, condiciones de trabajo y montos asignados para los salarios.
- Situaciones que pueden originar que la convocatoria se declare desierta.

REGION	ORGANIZACIONES COORDINADORAS	FECHA DE REUNIONES
CALLAO	COREMUSA CALLAO	Fecha: Lunes 12 de junio Reunión Informativa - LGTBI
		Fecha: Viernes 30 de junio Reunión de Asesoría I
	AAS	Fecha: Miércoles, 14 de Junio Reunión Informativa MCC
	GAM Emmanuel	Fecha: Martes 20 de junio. Reunión de Asesoría I
LIMA	Red Peruana TLGB Lima Ciudad	Fecha: jueves 22 de junio. Reunión Informativa Lima Norte II
		Fecha: Lunes 26 de junio. Reunión Informativa. LGTBI

	Lima Sur	Fecha : Martes 13 de junio Reunión Informativa
		Fecha : Viernes 23 de junio Reunión Asesoría I
	OBC Lima Este	Fecha: viernes 16 de junio. Reunión Informativa. Lima Este
LA LIBERTAD	COREMUSA LA LIBERTAD	Fecha : Jueves 22 de junio Reunión Informativa de OBC Gay, MT y PVV
		Fecha : Viernes 23 de junio Reunión Asesoría I
PIURA	PIURA	Fecha : Viernes 23 de junio Reunión Informativa de OBC Gay, MT y PVV
		Fecha : Sábado 24 de junio Reunión Asesoría I
ICA	COREMUSA ICA	Fecha : Lunes 26 de junio Reunión Informativa
		Fecha : Martes 27 de junio Reunión Asesoría I

3. LOGROS DEL MÓDULO 7:

- ✓ Se desarrollaron más de 20 reuniones con las OBC en las cuales se desarrollaron las siguientes actividades: presentación de la subvención y la lógica de los MCC, motivación a participar del proceso de selección, revisión de los TDR y asesoría para la elaboración de la documentación.

4. DIFICULTADES ENCONTRADAS:

- ✓ Demora en la aprobación de los TDR del proceso de selección de los MCC de parte de la CONAMUSA.

1. EJECUTOR:

Sub Receptor Costa CEPESJU.

2. ESTADO DEL DESEMPEÑO PROGRAMÁTICO Y EJECUCIÓN FINANCIERA:

Las actividades ejecutadas en el Semestre 1 del Año 1 fueron las siguientes:

ACTIVIDAD 8.1: Políticas, Planificación, Coordinación y Gestión

Sub Actividad 8.1.01: Reuniones de Coordinación y Planificación de MINSA con Establecimientos Públicos y Privados que ofrecen Servicios de Tratamiento a PVV.

Sub Actividad 8.1.02: Asistencia Técnica de la ESNITSS a las Regiones con Comité de Expertos y Operadores de servicios de salud públicos y privados.

Sub Actividad 8.1.03: Capacitación en cada una de las Regiones a intervenir para Operadores de Salud Públicos y Privados, incluyendo los Comunitarios para la Implementación del Sistema y Conocimiento de las Adecuaciones de la NT.

CÓDIGO	SUB ACTIVIDAD	META PROGRAMÁTICA				META PRESUPUESTAL		
		Total 2017	PROG S1	EJE S1	%	PROG S1	EJE S1	%
8.1.01	Reuniones de coordinación y planificación de MINSA con establecimientos públicos y privados que ofrecen servicios de tratamiento a PVV.	1	1	1	100%	2,017	232	12%
8.1.02	Asistencia técnica de la DPCVIH a las regiones con comité de expertos y operadores de servicios de salud públicos y privados.	3	1	0	0%	3,106	0	0%
8.1.03	Capacitación para operadores de salud públicos y privados, incluyendo los comunitarios para la implementación del sistema y conocimiento de las adecuaciones de la NT.	Programada para el segundo semestre 2017.						

SUB ACTIVIDAD 8.1.01

Reuniones MINSA con Establecimientos Públicos y Privados que ofrecen Servicios de Tratamiento a PVV

Se realizaron coordinaciones con la DPCVIH, SR Selva y ESR VIH de las DIRESA Ica, Ucayali, San Martín, Loreto, Ucayali y La Libertad con el objetivo de favorecer la Gestión de Programas para

el Fortalecimiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia para la Atención Integral. Para ello se llevaron a cabo reuniones de Coordinación y Planificación del MINSA con establecimientos públicos y privados que ofrecen servicios de tratamiento a PVV.

La agenda sugerida por la DPCVIH estuvo relacionada al tema de tamizajes y casos reactivos, la cual está a cargo de cada dirección regional.

En el primer trimestre del año se realizaron reuniones con la DPCVIH para la presentación de las propuestas de los Planes de Trabajo referida a la capacitación de operadores públicos y privados incluyendo comunitarios para la implementación del sistema de referencia y adecuaciones de la norma técnica y la Asistencia Técnica con Comité de Expertos y Operadores Públicos Privados.

Fecha	DIRESA	Responsable	Situación
Martes 20 junio	San Martín	Lic. Ludith Rengifo	Reprogramado
Miércoles 21 junio	Callao	Dr. Jorge Alcántara	Reprogramado
Jueves 22 junio	Ucayali	Lic. Karem Comeca	Reprogramado
Martes 27 junio	Ica	Lic. Julissa Vásquez	Ejecutado
Viernes 21 junio	Loreto	Lic. Lita Carrillo Jara	Programado

Solo se realizó la reunión de Ica, el resto de reuniones fueron reprogramados para julio. Los problemas climatológicos en las regiones de Piura, La Libertad y Lima, en el mes de marzo, retrasaron las acciones relacionadas al módulo 8.

La selección y convocatoria de los operadores públicos, privados, incluyendo los comunitarios a capacitar estará a cargo tanto de la ESR VIH como del SR Costa y Selva. El soporte logístico para la ejecución de las reuniones de coordinación y planificación estará a cargo del SR Costa.

SITUACIÓN EN LA REGIÓN ICA:

En la Región Ica se realizan pruebas rápidas de 3ra y 4ta generación y Elisa con una respuesta a las 24 a 72 horas. Frente al resultado, el paciente reactivo para VIH es remitido inmediatamente, con consejería post test y soporte emocional que lo brinda un Promotor Par.

Los participantes señalan conocer el sistema de referencia, a excepción de los participantes de clínicas privadas. Reconocen que los medicamentos actúan inhibiendo la replicación viral y como consecuencia aumentan las defensas del paciente que recibe tratamiento. Sin embargo, hay escasez de Duovir (Zidovudina/Lamivudina).

Las barreras principales para el acceso al TARGA son:

- ✓ Dificultad en la referencia y seguimiento (Vinculación).
- ✓ Falta de comunicación entre el personal de salud para el seguimiento.
- ✓ Escasos recursos económicos y acceso al SIS.

SUB ACTIVIDAD 8.1.02

Asistencia Técnica ESNITSS a Regiones con Comité de Expertos y Operadores de Servicios de Salud

Se elaboró la propuesta de plan de trabajo para la Asistencia Técnica a través del Comité de Expertos de Adultos y Niños. El objetivo es dar asistencia técnica a través de reuniones del Comité de Expertos de Adultos y Niños a los operadores de salud públicos y privados, incluyendo

los comunitarios (Acreditados para TARGA) que ofrecen servicios de tratamiento a PVV en las regiones de Lima, Callao, Ica, Piura, La Libertad, San Martín, Ucayali y Loreto a fin de mejorar la atención integral del PVV en los establecimientos de salud para disminuir morbilidad y la mortalidad de esta población y darle una mejor calidad de vida.

La asistencia técnica se realizará en base a la agenda de trabajo aprobada por el RP y el MINSA que incluye como mínimo: el suministro de medicamentos y los esquemas de tratamiento. Para la ejecución de las reuniones en las ciudades de Lima, Callao, Ica, Trujillo, Piura, San Martín, Ucayali e Ica. Se contará con facilitadores del Comité de Expertos de Adultos y Niños quienes realizarán las 8 reuniones previstas.

Cada grupo de consultores-Comité de Expertos elaborará un plan de trabajo describiendo brevemente la metodología técnica a emplearse para usar el diagnóstico de los problemas en relación a los temas propuestos, la estrategia para la solución a los problemas y los cronogramas de trabajo.

SUB ACTIVIDAD 8.1.03

Capacitación en Regiones para Operadores de Salud Públicos y Privados, incluyendo los Comunitarios

Se formuló la propuesta de Plan de Capacitación para la Implementación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia y Conocimiento de las adecuaciones de la NT. El objetivo es capacitar en Lima, Callao, Ica, Piura, La Libertad, San Martín, Ucayali y Loreto a los operadores de salud públicos y privados, incluyendo los comunitarios que ofrecen servicios de tratamiento a PVV en el sistema de referencia y conocimiento a la adecuación a la NT a fin de asegurar la continuidad de la atención de las PVV en los servicios de salud a través de un sistema de Referencia y Contrarreferencia efectivo y eficiente, según niveles de complejidad y contribuya a mejorar el estado de salud de los usuarios, utilizando para ello, su máxima capacidad de respuesta que garantice un proceso de Atención Integral a las PVV.

La capacitación se desarrollará en la modalidad presencial y se aplicará la metodología activa – participativa; en el cual se genera un espacio de trabajo dinámico permitiendo al participante ser agente activo en la construcción y reconstrucción de conocimientos, siendo el interés del participante y su relación con lo cotidiano la base de este proceso de aprendizaje, preparándolo para afrontar diferentes circunstancias que se le presenten en su entorno.

La capacitación presencial, se realizará en base al Guía de Capacitación para el Sistema de Referencia y Contra referencia, documento aprobado por el RP y el MINSA. Para la ejecución de los talleres se contará con facilitadores de la DPCVIH quienes realizarán las 8 capacitaciones previstas en las ciudades de intervención del SR Costa y Selva.

1. GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL PROGRAMA:

La ejecución de la gestión y administración del RP durante este periodo ha sido la siguiente:

Actividad 8.2.01: Recursos Humanos.

Actividad 8.2.02: Asistencia Técnica.

Actividad 8.2.03: Infraestructura y otros Equipos.

Actividad 8.2.04: Planificación y Administración.

Actividad 8.2.05: Monitoreo y Evaluación.

Actividad 8.2.06: Capacitación.

CÓ- DIGO	INSUMO	META PROGRAMÁTICA				META PRESUPUESTAL		
		Total 2017	PROG S1	EJE S1	%	PROG S1	EJE S1	%
8.2.01	Recursos Humanos	11	11	10	91%	133,078	112,951	85%
8.2.02	Asistencia Técnica	6	6	6	100%	30,274	22,606	75%
8.2.03	Infraestructura	6	6	6	100%	10,762	9,814	91%
8.2.04	Planificación y Administración	6	6	6	100%	28,164	26,676	95%
8.2.05	Monitoreo y Evaluación	42	42	32	76%	30,086	12,731	42%
8.2.06	Capacitación	1	1	1	100%	26,798	10,118	37%

SUB ACTIVIDAD 8.2.01 Recursos Humanos.

La plaza Asistente de Monitoreo que quedó vacante en el 2016 fue cubierta desde enero y cedida a la DPCVIH para el fortalecimiento del área de M&E, según recomendación del FM y acuerdo de CONAMUSA. Quedó, sin embargo, vacante la plaza de Especialista de M&E.

SUB ACTIVIDAD 8.2.02 Asistencia Técnica.

Se incluyen dos tipos de asistencia técnica: a) implementación del SIME y b) asesoría legal para la elaboración de bases administrativas, TDR y contratos.

SUB ACTIVIDAD 8.2.03 Infraestructura.

Incluye la herramienta virtual SIME y equipamiento de oficina.

SUB ACTIVIDAD 8.2.04
Planificación y Administración.

Se incluye gastos generales de oficina.

SUB ACTIVIDAD 8.2.05
Monitoreo y Evaluación.

Se ha realizado actividades de M&E en la zona selva rural (Condorcanqui y Datem del Marañón). Se ha ejecutado casi al 100% las actividades de M&E en Lima y Callao que implicó diversas reuniones con MINSA, DPCVIH, EESS, otros sectores del Estado, organizaciones comunitarias, entre otros. Las actividades de M&E en regiones fueron realizadas durante las reuniones de presentación de la subvención y reuniones con organizaciones comunitarias.

SUB ACTIVIDAD 8.2.06
Capacitación.

Con presupuesto de la sub actividad capacitación se realizó, en el mes de junio, la Reunión técnica de trabajo con la DPCVIH y Coordinadoras de la ESR de VIH.

TALLER DE VALIDACIÓN CON COORDINADORES REGIONALES

PROPÓSITO DEL TALLER

Consensuar las estrategias y procedimientos para la implementación efectiva de las actividades contenidas en la subvención, específicamente de los módulos 1, 5 y 7.

METODOLOGÍA

Presentación de las actividades y líneas estratégicas más importantes en las zonas urbanas de intervención y discusión sobre su implementación.

PARTICIPANTES:

- Equipo técnico de la Dirección de Prevención y Control de ITS/VIH/Hepatitis - MINSA.
- Coordinadores/as regionales del área de Prevención y Control de ITS/VIH/Hepatitis.
- Equipo técnico de Pathfinder International como receptor principal.
- Equipo técnico de CEPESJU y CEDISA como sub receptores.

ACTIVIDADES MÁS IMPORTANTES EN LOS ÁMBITOS URBANOS:

Se consideraron las siguientes actividades:

MÓDULO		ACTIVIDADES
1	Intervenciones en poblaciones HSH y MT de zonas urbanas	<ul style="list-style-type: none"> • Conformación de Brigadas Móviles Urbanas (BMU), constituidas por profesionales de salud y educadores de pares. • Reclutamiento de profesionales de la salud para ser capacitados, así como educadores de pares (HSH y MT). • Paquete de atención que incluye consejería, tamizaje para el VIH y otras ITS, entrega de preservativos y lubricantes.

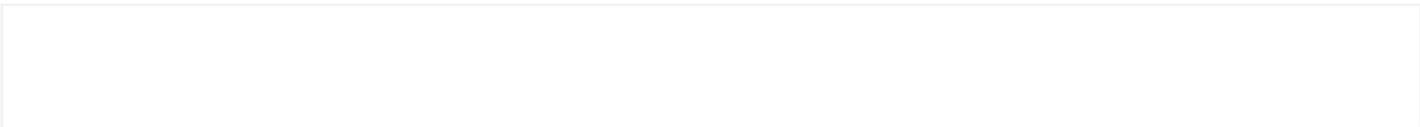
3	Seguimiento y Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio para el mapeo programático (PLACE) y tamaño poblacional en HSH y MT de zonas urbanas. • Estudios sobre el continuum de la atención en establecimientos dispensadores de TARGA. • Estudios de vigilancia epidemiológica del VIH en poblaciones étnicas de las provincias del Condorcanqui y Datem del Marañón.
4	Fortalecimiento de los servicios de la salud (Prestación de servicios)	<ul style="list-style-type: none"> • Programa continuo de las capacidades a través de una plataforma virtual basada en las experiencias del sistema TELESALUD y que comprenden metodologías de telecapacitación. • Asesoría técnica para la elaboración de “Planes de mejora en los establecimientos de salud” que brindan atención a poblaciones más vulnerables y/o afectadas. • Capacitación de equipos multidisciplinarios en nuevos EESS como parte de la descentralización del TARGA. • Formación de equipos regionales y locales sobre enfoque de género, diversidad sexual e interculturalidad y mejora de procedimientos para la evaluación y supervisión tendientes a fortalecer las capacidades de los niveles operativos (equipos de supervisión capacitante). • Capacitación dirigida a equipos regionales en relación al mejor manejo del PpR (se incluye un video tutorial).
5	Tratamiento, atención y apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación de EP PVV destinados a la vinculación y retención. • Descentralización de la capacidad laboratorial en los servicios de salud (incluye el traslado y puesto en destino) de 28 equipos de carga viral del VIH y 14 espectrofotómetros, especialmente en centros de atención de poblaciones clave.
7	Fortalecimiento del sistema comunitario	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de 16 MCC conformados por dos o más organizaciones de base comunitaria que representen dos o más de las siguientes poblaciones: HSH, MT y PVV. • Estos MCC desarrollarán actividades incidencia política y vigilancia ciudadana sobre los procesos sanitarios relacionados a su bienestar, como también brindarán, a través de un educador de enlace, consejería y tamizaje con pruebas rápidas.

LUGAR Y FECHA:

Lima, 27 y 28 de junio de 2017.

ACTA DE ACUERDOS:

Al final del taller se firmó un Acta de Acuerdos.



PUDR: