

República del Perú
Ministerio de Salud
Universidad Nacional Mayor de San Marcos

**El Proyecto de Fortalecimiento
de la Atención de la Salud Integral
para la Población Afectada por la Violencia y
Violación de los Derechos Humanos
en la República del Perú**

Informe Final

Marzo de 2008

Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)

System Science Consultants Inc. (SSC)

HM
JR
08-007

Resumen Ejecutivo

Antecedentes

Durante el período de 1980-2000, la República del Perú experimentó un conflicto entre el Gobierno y varios grupos terroristas. Muchas comunidades rurales, principalmente en regiones montañosas pobladas por sectores empobrecidos de la sociedad fueron asoladas por ese malestar. Como resultado, ciudadanos particulares y sus familias expuestas a ésta violencia sufren una carga dual de pobreza y de la necesidad de dirigir su post-trauma como requisitos para una asistencia médica mental y física.



© MINSA

Debido a esa situación, el Gobierno peruano estableció la Comisión de la Verdad y la Reconciliación (CVR) en el 2001 para elaborar un informe que dé cuenta del proceso de violencia vivido por la población durante el conflicto armado interno. El mismo que demostró que un gran número de mujeres y niños fueron afectados por la violencia; y que en muchos casos este trauma era severo.

Dentro de este contexto, el Gobierno del Perú ha solicitado al Gobierno del Japón la implementación de un proyecto que tenga por objetivo, la creación de un entorno en el que la población afectada por la violencia pueda tener acceso a los servicios de salud de mejor calidad, y recuperar la salud física, mental y social articulando esfuerzos académicos y de los profesionales de salud.

En respuesta a esta solicitud, la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) llevó a cabo la Evaluación Preliminar y conjuntamente se firmó un Acta de Discusiones entre la cooperación japonesa y el gobierno peruano el 31 de enero de 2005 para ejecutar el "Proyecto de Fortalecimiento de la atención integral de salud a víctimas de violencia y violación de derechos humanos", bajo el siguiente marco lógico.

Marco Lógico del Proyecto

Objetivo General

Las condiciones de salud de la población en las áreas piloto afectadas por la violencia son mejoradas integralmente.

Propósito del Proyecto

La población afectada por la violencia en las áreas piloto ha empezado a usar la Atención Integral de la Salud.

Resultados Esperados del Proyecto

Resultado 1: Un programa permanente del sistema de capacitación para proporcionar atención integral de la salud a las personas afectadas por la violencia se ha desarrollado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM).

Resultado 2: La capacidad del personal de salud, tanto en el nivel primario como secundario, para proporcionar atención

integral de salud a las personas afectadas por la violencia, se ha mejorado.

Resultado 3: En los distritos focalizados, la capacidad del personal de salud, tanto en el nivel primario como secundario, respecto de la salud materna infantil, se ha mejorado.

Resultado 4: Se han promovido las actividades para la atención de la salud en la comunidad, con la participación de Organizaciones Basadas en la Comunidad y Organizaciones No-Gubernamental (ONGs), para beneficiar a las personas afectadas por la violencia.

Figura: Marco Lógico del Proyecto



En cada resultado se han realizado un conjunto de actividades para que las personas afectadas por violencia puedan recibir atención integral de salud. Algunas de estas actividades son:

Resultado 1: desde la UNMSM se realizó la revisión del sílabo de las escuelas de la Facultad de Medicina e incorporaron los temas de atención integral de salud y violencia en aquellas asignaturas que así lo permitían. De tal manera que en el mediano y largo plazo se espera que los egresados de dichas escuelas incorporen estos contenidos en la atención de sus pacientes.

Resultado 2: con la intervención de la UNMSM el proyecto realizó la capacitación para profesionales de salud de las zonas focalizadas a través del Curso Diplomatura

Resultado 3: el INMP incorporó en el programa de capacitación para el personal materno infantil el tema de atención integral a víctimas de violencia.

Resultado 4: se realizaron actividades de sensibilización a nivel comunitario con promotoras de salud y ONGs vinculadas con el tema. Logrando fortalecer las redes comunitarias para la atención y derivación oportuna de víctimas de violencia, con la participación de instituciones locales como Comisarias, Centros de Emergencia Mujer, defensorías y poder judicial.

Estructura Ejecutiva

El proyecto organizó dos instancias de coordinación:

- El Comité de Coordinación Conjunto (CCC) con instituciones peruanas y japonesas para la discusión, decisión y coordinación del proyecto. En los tres años de ejecución se han realizado 11 reuniones. En este tiempo el CCC aprobó los planes anuales, así como las acciones de monitoreo, la evaluación integral de los resultados, resolvió y orientó las discusiones para la mejor conducción del proyecto.

- El Comité Técnico fue la instancia de preparación del CCC, e igualmente se ejecutaron 11 reuniones.

Entre CT y el CCC, el proyecto implementó reuniones con los Coordinadores Locales de las zonas focalizadas para conocer y organizar los avances del proyecto, información que fue presentada en cada CCC.

Las instituciones miembros del CCC fueron:

[Contraparte Peruana]

- Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM)
- Ministerio de Salud (MINSA)
- Instituto Nacional de Materno Infantil (INMP)
- Hospital Hermilio Valdizan
- Instituto Nacional de Salud Mental
- Dirección de Salud de 5 regiones (DISA/DIRESA)

[Cooperantes / Asistencia Técnica]

- Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)
- System Science Consultants Inc. (SSC)
- Harvard Program in Refugee Trauma (HPRT) - *Observador*

Periodo del Proyecto

De Marzo 2005 a Marzo 2008 (3 años)

Zona de Intervención

El proyecto seleccionó 5 regiones nombradas por la Comisión de la Verdad y la Reconciliación como zonas afectadas por la violencia. Al interior de cada una las 5 zonas se focalizó una microrred para el desarrollo de las actividades.



DISA Lima Este:	Microrred Huaycan
DISA Ayacucho:	Microrred Belén
DISA Cusco:	Microrred Techo Obrero
DISA Junín:	Microrred San Martín de Pangoa
DISA Huancavelica:	Microrred Ascención

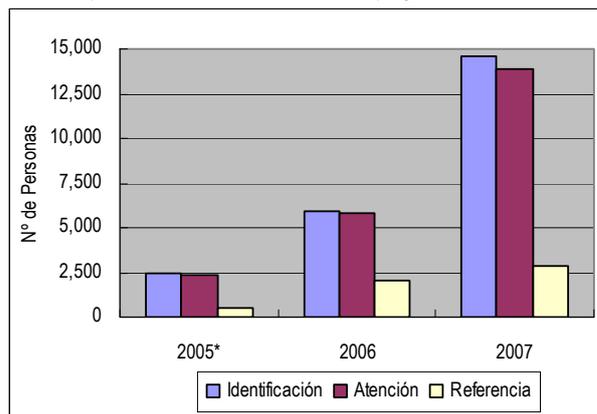
Además, de estas 5 regiones en el resultado 3 e trabajó con las zonas de Cajamarca, Ancash, Loreto y Huanuco.

Avance de Meta del Proyecto

Los indicadores utilizados por el proyecto para el Monitoreo y Evaluación, permitieron medir el avance en la atención integral de salud a víctimas de violencia. El indicador fue el Número de Víctimas de Violencia Identificado, Atendido y Referido por los Promotores de Salud, Establecimientos de Salud y Otras organizaciones/instituciones comunitarias.

El cuadro adjunto muestra que cuantitativamente la identificación, atención y referencia de casos de violencia subió en cada año del proyecto. Lo cual demuestra que por un lado el sistema de registro de la información está funcionando y que efectivamente se está atendiendo a las víctimas de violencia.

Figura: Numero de identificación, atención y referencia de personas afectadas por violencia en cinco zonas del proyecto



* de agosto a diciembre de 2005

En este sentido, la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) en su Informe Final de Evaluación integral de resultados, recogió las siguientes expresiones por usuarios de los servicios y actores claves:

Percepción de los cambios en la atención por el usuario
 “Entre los usuarios entrevistados la mayoría de ellos había recibido una consejería. La mayoría de veces orientado a tomar conciencia de su derecho a no ser violentada, y de las consecuencias negativas de uso de la violencia. Algunos refieren haber tenido una consulta y otros dicen haber recibido charlas o terapias”.

Junín-Actores claves y Directivos de Organizaciones “los técnicos no podían, no sabían qué hacer con un paciente de problema de salud mental; ahora saben cómo transferirlo como derivarlo, el promotor de salud no existía, ahora existen promotores y con responsabilidad en su trabajo de poder entre el comité de salud del área donde viven de su propia comunidad a pedir un trabajo en combinación con el sector salud para la referencia en forma oportuna de los pacientes

dentro del área violencia social o salud mental”

Capacitación de Capacitadores

Capacitación de tipo cascada fue una estrategia implementada a lo largo del proyecto.

Primero a través de la Capacitación a Capacitadores, el proyecto facilitó la capacitación de 50 profesionales pertenecientes a la UNMSM, MINSA, hospitales de salud mental, INMP, quienes recibieron capacitación del Harvard Program in Refugee Trauma (HPRT) en la ciudad de Boston, EEUU. Estos 50 profesionales fueron las personas claves para implementar la capacitación tipo cascada en las 5 zonas focalizadas del proyecto a través de las actividades de cuatro resultados.

En un segundo momento los profesionales (médicos, enfermeras, obstetras, psicólogos, trabajadores sociales) realizaron las réplicas a sus equipos locales, extendiendo así los conocimientos y las competencias adquiridas en este proceso de capacitación.

Resultado 1: Educación Universitaria

A partir de estudio línea de base realizado en las escuelas de la Facultad de Medicina se demostró que de 174 cursos 82 de ellos deberían incluir la atención integral de la salud relacionada con la violencia.

Para diciembre de 2007, la revisión de los sílabos ha sido completada en 51 de las 82 asignaturas, que constituyen el 62%. Cabe señalar que dicha revisión depende de la colaboración de los otros actores vinculados de la UNMSM.

En el siguiente cuadro podemos observar el avance en número y porcentaje de los cursos que lograron incluir los temas de violencia.

Figura: Incorporación de Temas de Atención Integral y de Violencia en las Escuelas en Facultad Medicina de UNMSM

Escuelas	Asignaturas	2005	2006	2007
MEDICINA HUMANA	20	9 (45%)	13 (65%)	15 (75%)
OBSTETRICIA	20	9 (45%)	10 (50%)	16 (80%)
ENFERMERÍA	12	5 (42%)	6 (50%)	8 (67%)
TECNOLOGÍA MÉDICA	19	6 (32%)	6 (32%)	8 (42%)
NUTRICIÓN	11	1 (9%)	2 (18%)	4 (36%)
TOTAL	82	30 (37%)	37 (45%)	51 (62%)

Resultado 2: Capacitación a Personales de Salud sobre Violencia

En Junio 2006, se crea un curso de Diplomatura denominada “Atención Integral de la Salud a Víctimas de Violencia”, para capacitar a los profesionales de salud en las 5 zonas focalizadas por el Proyecto. La currícula, materiales de enseñanza y métodos de este curso fueron desarrollados por el grupo de 50 capacitadores. Ellos han formado varios equipos de trabajo de acuerdo a su conocimiento y experiencia en determinado tema y han elaborado 6 manuales y una guía del participante. El curso se desarrolla bajo el sistema modular con fases presenciales (dictado de clases en las zonas

focalizadas) no presenciales (a través de lecturas, trabajo en grupos) promoviendo el auto aprendizaje. La Diplomatura tiene grado de colegiatura y una duración de 8 meses. El Curso de Diplomatura fue aprobado oficialmente en la UNMSM en febrero de 2007.

Figura: Contenidos de Seis Módulos del Curso Diplomatura

Nº	MÓDULO
I	CALIDAD HUMANA Y ÉTICA EN LA ATENCIÓN DE SALUD A PERSONAS AFECTADAS POR LA VIOLENCIA
II	PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CULTURA DE PAZ
III	ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD AL NIÑO Y AL ADOLESCENTE AFECTADOS POR LA VIOLENCIA
IV	ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A LA MUJER AFECTADA POR LA VIOLENCIA
V	ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD AL ADULTO Y ADULTO MAYOR AFECTADOS POR LA VIOLENCIA
VI	GESTION DEL CUIDADO

Los avances más significativos del Resultado 2 se pueden observar en:

- Ochenta (80) profesionales por cada zona focalizada tuvieron este Curso y un total de 400 serán capacitados al término del presente proyecto.
- La capacidad del personal de salud profesional que brinda atención integral de salud a las víctimas de la violencia, ha mejorado.
- Estos profesionales de salud vienen aplicando los conocimientos y destrezas adquiridas en el curso, en su trabajo cotidiano.



©UNMSM

Muchos participantes del Curso del Diplomado comentaron que el contenido de este curso, particularmente el basado en derechos humanos, ha sido muy didáctico y los ha inspirado a que tomen acción inmediata. El Curso ha tenido un gran impacto en el reforzamiento de la atención integral de salud en cada zona piloto. Ha sido también una oportunidad de aprendizaje para los propios docentes quienes: han disfrutado las discusiones y han compartido la información con los proveedores de salud, así como con las organizaciones de cada zona.

Resultado 3: Integración de Salud Materno Infantil y Violencia

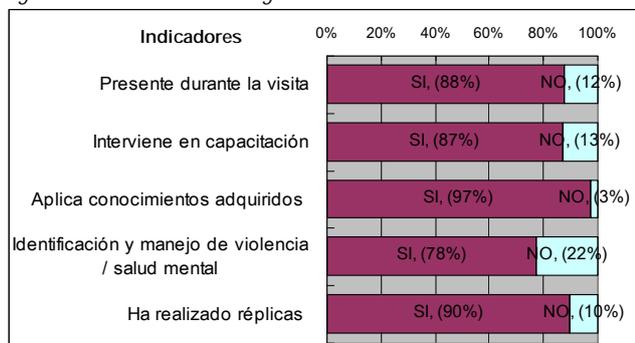
Desde que el componente la salud madre niño fue incorporado en el presente proyecto, el equipo de capacitadores del INMP desarrolló material de enseñanza en el campo de la “Atención Integral de Salud a Víctimas de Violencia en el área Madre-Niño y lo incluyeron como tema en la capacitación de pasantía para los profesionales de 9 regiones.

Seis curso de capacitación con 4 semanas de duración se han impartido con un total de asistencia de 147 participantes profesionales en el área materno infantil.

La visita de seguimiento realizada por el INMP en

noviembre del 2007 pudo identificar cuánto del contenido de la capacitación es adoptado por los participantes del curso en su trabajo diario, por medio de la observación directa y el uso de una escala de evaluación. Puede decirse que la capacidad del personal de atención de la salud, como médicos y enfermeras, ha mejorado considerablemente.

Figura: Resultado de visita seguimiento



Adicionalmente se han creado los Centros de Desarrollo de Competencia (CDC) como centros de capacitación en las regiones focalizadas por el proyecto. Más que 4,500 personas de salud recibieron capacitaciones de replica por pasantías del curso INMP.

Resultado 4: Promoción de Salud Comunitaria

Dado que la capacidad de los proveedores de salud en sus centros de trabajo ha sido mejoradas, también la red local de trabajo con las organizaciones locales y otras instituciones públicas y privadas ha progresando. Los recursos locales en la red de trabajo incluyen a los promotores de salud, organizaciones de adolescentes, clubes de madres, comedores populares, ONG locales, iglesia, escuelas, policía local, departamento de justicia, institutos de mujeres y a la municipalidad. El sistema para que estas instituciones puedan colaborar en las actividades promocionales y de provisión de servicios esta organizada. La Mesa de Lucha contra de la Violencia fue creado en todas las ciudades.

Figura: Organizaciones miembros de La Mesa de Lucha contra de la Violencia



Las actividades para el Primer año fueron:

- 1) Mapeo de los Recursos Sociales
- 2) Talleres de Sensibilización para los promotores de Salud, trabajadores de las ONG, y

3) Ferias de Salud para los residentes locales. A Marzo del 2006, 147 promotores de salud, 16 trabajadores de ONG y 24 organizaciones locales tomaron parte en los talleres de sensibilización.

Fotos: Feria de Salud y Bienestar en Huaycan



© SSC

En el Segundo año, el taller de sensibilización fue proporcionado a los promotores de salud y también al personal no profesional de los establecimientos de salud de las zonas focalizadas. El énfasis para este Segundo taller fue basado en las "habilidades en la comunicación" que fue propuesto por el Equipo de Expertos de JICA. Muchos de los promotores de salud fueron motivados a través de los talleres y ellos están ahora conscientes de la salud mental, algo que no les era familiar antes

En el tercer año, se realizaron cursos de capacitación para técnicos de salud en las cinco zonas piloto. Fue desarrollado el material didáctico "Guía para la Atención Integral de Salud a las víctimas de violencia, para Técnicos de Salud". Los técnicos de salud que participaron en la capacitación mejoraron sus conocimientos y habilidades en la atención materna infantil así como en la atención de las víctimas de violencia. Ellos igualmente comenzaron a tratar a los pacientes y a los pobladores con una actitud diferente, por ejemplo, indagando acerca de la violencia cuando era necesario.

Lecciones Aprendidas

A lo largo de estos tres años son muchos las lecciones que hemos compartido las instituciones con los ejecutores directos de los ámbitos focalizados, aquí las más significativas:

- El marco conceptual de violencia al inicio del proyecto fue el de violencia política. Sin embargo, las secuelas de la violencia política como el maltrato infantil, violencia intrafamiliar, abuso sexual y los problemas de salud mental que hasta ahora afronta la población afectada por violencia, hizo variar este concepto inicial para empezar hablar y trabajar sobre todos los tipos de violencia.
- La estructura organizativa del proyecto como el comité de coordinación conjunta y el comité técnico hicieron que las decisiones y la participación de las instituciones peruanas sea democrática al cual se sumó el aporte de la cooperación.
- El descentralizar el Curso Diplomatura a las zonas focalizadas facilitó la participación de los profesionales y acercó a los docentes a la dinámica de las organizaciones comunitarias y las instituciones locales que también trabajan el tema de violencia. Fortaleciendo así la red institucional y comunitaria.
- La participación de las instituciones locales como la Defensoría, los Centros de Emergencia Mujer, La Comisaría, y las instituciones locales del poder judicial amplió la cobertura de atención a víctimas de violencia e hizo más efectivo el sistema de referencia y contra-referencia.

- La estrategia de capacitación en cascada promovida por el proyecto llegó hasta los niveles de técnicos y promotores de salud. Así lo demuestran las réplicas realizadas por los profesionales capacitados en las pasantías del INMP. Por otro lado esta experiencia de capacitación está siendo extendida a otras regiones no focalizadas como es el caso de la Región Ica, últimamente devastada por el terremoto del 15 de agosto.
- El proceso de seguimiento implementado por el INMP, para supervisar en campo a cada uno de los capacitados fue difícil pero permitió: sensibilizar a las autoridades locales de las DISA y DIRESAs, revisar in situ el avance de los planes elaborados durante la capacitación y lo más importante los profesionales visitados se sintieron emocionalmente fortalecidos.
- Los materiales elaborados para los técnicos de salud basados en la utilización de palabras sencillas, indicándole paso a paso el proceso de atención a víctimas con exposición de casos, ayudó a los técnicos de salud a comprender mejor lo valioso y necesario de su trabajo.
- La capacitación en comunicación y escucha atenta realizada para técnicos de salud fue muy positiva, dado que en el nivel primario es fundamental conocer y aplicar este tipo de técnicas para facilitar el acercamiento y la atención, y sobre todo porque el técnico de salud es la primera persona que recibe a los pacientes en un establecimiento de salud.
- En relación al monitoreo y evaluación fue difícil la cuantificación de las víctimas de violencia por lo delicado del

tema, por ello el proyecto utilizó la definición de la OMS, los formatos del HIS-MINSA, en el caso de Cusco también se introdujo el concepto de violencia por abandono para caso de niños sin vacunación. En este caso los indicadores numéricos fueron complementados con indicadores cualitativos.

Recomendaciones

- La inclusión de las actividades de atención a personas afectadas por violencia en los Planes de Desarrollo Regional es una acción prioritaria para el sostenimiento de lo avanzado y pasa por una abogacía permanente del tema con los decisores de política nacional, regional y local.
- Asegurar el presupuesto para los medicamentos y las acciones previstas en los planes locales a través de las acciones coordinadas con el programa JUNTOS, Plan Integral de Reparaciones y el SIS.
- Es previsible que al terminar el proyecto aún se requiera de las acciones de seguimientos, para lo cual el apoyo de los especialistas de los hospitales y la universidad sería un valioso apoyo para el sostenimiento de lo avanzado.
- Ampliar la capacitación es importante pero no es suficiente para garantizar la réplica y aplicación de los conocimientos. Es más adecuado institucionalizar proceso de capacitación que cuenten con el respaldo administrativo, técnico y presupuestal.

Mapa del Área del Proyecto



Fotos de Actividades del Proyecto



Discusión en Comité Técnico del Proyecto



Miembros participantes en la capacitación de capacitadores del Programa de Harvard para Refugiados por Trauma



Dr. Garmendia (UNMSM) y Dr. Mollica (HPRT)



Reunión semanal de docentes del curso diplomatura



Discusión grupal en el curso diplomatura



Curso diplomatura en Huaycan



Representación de la violencia familiar por alumnos de la diplomatura en Ayacucho



Gracias a maestros de curso diplomatura



Capacitación en Salud Materno Perinatal por INMP



Firma del acta de compromisos por parte de las autoridades regionales de Junín



Promotores de salud hacen sociodrama de intervención a víctimas de violencia



Promotores de Salud en Huaycan concluyen su capacitación para la atención a víctimas de violencia



Feria de Salud y Bienestar en Huaycan



Promotora de salud capacitada jugando a la ruleta de "No a la violencia"



Ganador de concurso de dibujo con tema de cultura de paz en feria de bienestar y salud Huaycan



El payaso enseña a los niños qué hacer cuando sufren violencia

Indicadores Principales del Proyecto

Información General de 5 microrredes focalizados			
- Población total de área piloto (2005)			239,707
- Población de niños menor de 5 años (2005)			27,150
- Población de niños menor de 20 años (2005)			96,269
- Población de mujeres en edad fértil (15-49 años: 2005)			51,310
- Núm. de personas de víctima de violencia política (año 1980 - 2000: estudio de línea de base)			approx. 25,000 – 30,000 personas

Indicadores del objetivo del proyecto: N° de víctima de violencia...	Agosto de 2005 a dic. de 2005	Enero de 2006 a dic. de 2006	Enero de 2007 A dic. de 2007
IDENTIFICADAS TOTAL	2,404	5,881	14,546
- identificadas por los promotores de salud	319	185	253
- identificada por personales de salud	2,013	3,378	10,497
- identificadas por ONGs, organización de base, autoridades/instituciones locales	72	2,318	3,796
ATENDIDAS TOTAL	2,310	5,783	13,832
- atendidas por los promotores de salud	311	137	196
- atendidas por personales de salud	1,935	3,340	9,935
- atendidas por ONGs, organización de base, autoridades/instituciones locales	64	2,306	3,701
REFERIDAS TOTAL	486	2,048	2,815
- referidas a instituciones relacionados por los promotores de salud	298	25	149
- referidas a otros institutos relacionados por personales de salud	163	352	1,192
- referidas a otras instituciones por ONGs, organización de base, autoridades/instituciones locales	25	1,671	1,474

Indicadores de Resultado 1	2005	2006	2007
- Núm. de docentes de UNMSM capacitados en HPRT (Incl. personales trabajan ambos MINSa y UNMSM) (Ene/Feb 2006)	19 (23)	-	-
- Núm. de asignaturas que incluyen / que requieren incluir el tema de la atención de salud integral, de entre las curriculares de las cinco escuelas de Facultad de Medicina, UNMSM.	30 / 82 (37%)	37 / 82 (45%)	51 / 82 (62%)

Indicadores de Resultado 2	Abril de 2005 a Marzo 2006	Abril de 2006 a Febrero 2007	Abril de 2007 A mar. de 2008
- Núm. del personal de UNMSM y del Ministerio de Salud capacitado en HPRT	50	-	-
- N° de participantes del curso diplomatura	-	192	392

Indicadores de Resultado 3	Abril 2005 a M arzo 2006	Abril de 2006 a Febrero 2007	Abril de 2007 A dec. de 2007
- Núm. del personal cumplido del curso dentro de personal asistido a la capacitación de salud materno-infantil por INMP	46/46 (100%)	71/71 (100%)	146/146(100%)
- Aplicación técnica de los conocimientos adquiridos en los locales de trabajo (mas que 80% de los aprendidos)	59%	66%	82%
- Núm. de participantes en la capacitación de réplica	224	2,404	4,591

Indicadores de Resultado 4	Abril 2005 a Marzo 2006	Abril 2006 a Febrero 2007	Abril de 2007 A dec. de 2007
- Núm. de DISAs que implementaron talleres de sensibilización/Núm. de DISAs que participan en el Proyecto	5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)
- Núm. de promotores de salud capacitados	147	214	192
- Num. de Técnicos de Salud (non profesionales)	-	97	143
- Núm. de DISAs que implementaron actividades comunitaria	5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)

* No incluye el dato del Cusco.

(Fuente: Informe por UNMSM, MINSa, DIRESA)

Contenido

Resumen Ejecutivo	i
Mapa del Área del Proyecto.....	vi
Fotos de Actividades del Proyecto.....	vii
Indicadores Principales del Proyecto	ix
Contenido.....	x
Lista de Tablas	xi
Lista de Figura	xii
Abreviaturas.....	xiii
Introducción	1
1. Lineamientos del Proyecto	2
1.1. Objetivos y Resultados del Proyecto.....	2
1.2. Estructura Ejecutiva del Proyecto	2
1.3. Definición de la Violencia y Condición de la Salud Mental en Perú	3
1.4. Áreas del Proyecto	6
1.5. Población Meta.....	7
1.6. Cronograma del Proyecto.....	8
2. Avance de Actividades Relacionadas con Todos los Resultados del Proyecto.....	9
2.1. Reuniones de CCC y CT	9
2.2. Reunión para Informar y Discutir sobre el Informe de Inicio	10
2.3. Ejecución del Estudio de Línea de Base	11
2.4. Revisión de Marco Lógico (PDM).....	11
2.5. Contratación del Servicio de HPRT	12
2.6. Capacitación de los Capacitadores por HPRT.....	14
2.7. 1er Seminario Nacional del Proyecto.....	18
2.8. Evaluación del Proyecto por la organización peruana.....	19
2.9. Evaluación Final del Proyecto.....	20
2.10. Seminario Internacional del Proyecto.....	20
2.11. Actividades de Relación Pública	22
3. Avance de Actividades Relacionado con el Resultado 1 del Proyecto	24
3.1. Revisión del Currículo, Silabo y Guías para Profesores de la Facultad de Medicina, UNMSM	24
3.2. Aprobación del Plan Curricular de la Diplomatura.....	24
4. Avance de Actividades Relacionados con Resultado 2 del Proyecto	25
4.1. 2do año del Proyecto	25
4.2. 3r año del Proyecto.....	28
4.3. Taller de Compartir Experiencia en 5 Microredes Focalizados	31
4.4. Publicación del Boletín del Curso Diplomatura.....	31
5. Actividades Relacionados con Resultado 3 del Proyecto.....	32
5.1. 1er Año del Proyecto	32
5.2. 2do año del proyecto	36
5.3. 3er año del proyecto	39
5.4. Información Pasantes del Curso INMP	42
6. Avance de Actividades Relacionados con Resultado 4 del Proyecto	44

6.1.	Mapeo de Recursos Sociales de Comunidades en las Zonas Piloto	44
6.2.	Desarrollo de un Plan Anual para Actividades Participativas de Salud Comunitaria	45
6.3.	Taller de Sensibilización Comunitaria	46
6.4.	Resultado de Talleres con No Profesionales en 5 Regiones.....	54
6.5.	Actividad de salud comunitaria.....	58
6.6.	Monitoreo y Evaluación de la Actividad Comunitaria.....	66

[Apéndices]

1. Sistema de Operación del Proyecto
2. Organigrama del Equipo de Expertos JICA
3. Listado de Contraparte
4. Marco Lógico del Proyecto
5. Actas de las Reuniones del Comité Coordinador Conjunto (CCC)
6. Informe de Evaluación Conjunta
7. Informe de la Evaluación por la UPCH

Lista de Tablas

Tabla 1	Áreas del Proyecto (Resultado 1 al 4).....	6
Tabla 2	Población beneficiaria del Proyecto.....	7
Tabla 3	Fecha de Reuniones del Comité de Coordinación Conjunta.....	9
Tabla 4	Fecha de Reuniones del Comité Técnico	9
Tabla 5	Participantes del programa de capacitación de HPRT según instituciones	15
Tabla 6	Participantes en el programa de capacitación de HPRT según organizaciones y especialidades	15
Tabla 7	Currículo de la Capacitación de Capacitadores por HPRT	17
Tabla 8	Lineamiento de estudio de evaluación por UPCH	19
Tabla 9	lineamiento del seminario internacional	20
Tabla 10	Avances de la Modificación del Currículo para la Capacitación de los Docentes y de Pre-grado de la Facultad de Medicina de UNMSM (2005-2007)	24
Tabla 11	Cronograma del I Curso Diplomatura (2nd Año: junio de 2006 a marzo de 2007)	26
Tabla 12	Información sobre participantes de Diplomatura (Sexo y Profesión: 2nd Año)	26
Tabla 13	Seguimiento a Profesionales Nacionales Capacitados por HPRT.....	27
Tabla 14	Seguimiento a Profesionales Regionales Capacitados por HPRT.....	27
Tabla 15	Criterio de Selección Participantes del Curso Diplomatura (3er. Año del Proyecto) Decisión del 8vo. CCC.	29
Tabla 16	Cronograma del II Curso Diplomatura (3er Año: agosto 2007 a marzo de 2008)	30
Tabla 17	Información sobre participantes de Diplomatura (Institución y Sexo: 3r Año)	31
Tabla 18	Información sobre participantes de Diplomatura (Profesión: 3r Año).....	31
Tabla 19	Comparación de currículos de capacitación en salud materno-infantil IV y VI cursos	34
Tabla 20	Tabla comparativa de los resultados del monitoreo realizado en 9 regiones (Septiembre y octubre de 2005)	36
Tabla 21	Currículo de Capacitación en Salud Materno-Infantil VI curso.....	37
Tabla 22	Currículos de Capacitación en Salud Materno-Infantil VII Curso.....	38
Tabla 23	Resultado del Seguimiento de Capacitación Materno-Infantil en septiembre y octubre de 2006	39
Tabla 24	Currículos de Capacitación en Salud Materno-Infantil VIII Curso.....	40
Tabla 25	Logros, Dificultades y Recomendaciones del VIII Curso en el INMP	40
Tabla 26	Resultado del último Seguimiento de Capacitación Materno-Infantil en Noviembre de 2007.	41
Tabla 27	Información Pasantes del Curso INMP (Región).....	42
Tabla 28	Información Pasantes del Curso INMP (Cargo).....	42
Tabla 29	Información Pasantes del Curso INMP (Profesión).....	43

Tabla 30 Información Pasantes del Curso INMP (Sexo)	43
Tabla 31 Informe de Pre y Pos Test del IV a IX Cursos en el INMP	43
Tabla 32 Resultado de los Talleres de Sensibilización en 5 Regiones (Año 2005).....	47
Tabla 33 Resultado de los Talleres de Sensibilización en 5 Regiones (Año 2006).....	50
Tabla 34 Resultado de los Talleres de Sensibilización en 5 Regiones (Año 2007).....	52
Tabla 35 Resultado de Capacitación con No Profesionales en 5 Regiones (Año 2007).....	55
Tabla 36 Resultado de Actividades de Salud Comunitaria (Año 2006).....	61
Tabla 37 Resultado de Actividades de Salud Comunitaria (Año 2007).....	62
Tabla 38 Número de Víctimas de Violencia Identificado, Atendido y Referidos por los Promotores de Salud, Establecimientos de Salud, Organizaciones Comunitarias de Control de Violencia (agosto – diciembre 2005)	66
Tabla 39 Número de Víctimas de Violencia Identificado, Atendido y Referidos por los Promotores de Salud, Establecimientos de Salud, Organizaciones Comunitarias de Control de Violencia (enero – diciembre 2006)	68
Tabla 40 Número de Víctimas de Violencia Identificado, Atendido y Referidos por los Promotores de Salud, Establecimientos de Salud, Organizaciones Comunitarias de Control de Violencia (enero – diciembre 2007)	69
Tabla 41 Número de Víctimas de Violencia Identificado, Atendido y Referidos por los Promotores de Salud, Establecimientos de Salud, Organizaciones Comunitarias de Control de Violencia 2005-2007).....	70

Lista de Figuras

Figura 1 Plan Operativo del Proyecto.....	8
Figura 2 Resultado del último Seguimiento de Capacitación Materno-Infantil en Noviembre de 2007 .	42
Figura 3 Número de Víctimas de Violencia Identificado, Atendido y Referidos por los Promotores de Salud, Establecimientos de Salud, Organizaciones Comunitarias de Control de Violencia 2005-2007).....	70

Abreviaturas

A/D	Acta de Discusiones
CCC	Comité Coordinador Conjunto
CDC	Centro de Desarrollo de Competencia
CT	Comité Técnico
CVR	Comisión de la Verdad y la Reconciliación
DISA / DIRESA	Dirección de Salud / Dirección Regional de Salud
HPRT	Programa de Trauma de Refugiados de la Universidad de Harvard (<i>Harvard Program in Refugee Trauma</i>)
IDERH	Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos
IEMP / INMP	Instituto Especializado Materno Perinatal / Instituto Nacional Materno Perinatal
JICA	Agencia de Cooperación Internacional del Japón
MINSA	Ministerio de Salud
OBC (CBO)	organización en base comunitaria (<i>community-based organization</i>)
ONG	Organización No-Gubernamental
PDM	Marco Lógico del Proyecto (<i>Project Design Matrix</i>)
PTSD	trastorno por estrés postraumático (<i>Post Traumatic Stress Disorder</i>)
UE	Unión Europea
UNMSM	Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Introducción

Durante el período de 1980-2000, la República del Perú experimentó un conflicto entre el Gobierno y varios grupos terroristas. Muchas comunidades rurales, principalmente en regiones montañosas pobladas por sectores empobrecidos de la sociedad fueron asoladas por ese malestar. Como resultado, ciudadanos particulares y sus familias expuestas a ésta violencia sufren una carga dual de pobreza y de la necesidad de dirigir su post-trauma como requisitos para una asistencia médica mental y física.

Debido a esa situación, el Gobierno peruano estableció la Comisión de la Verdad y la Reconciliación (CVR) en el 2001 para desarrollar una estrategia para enfrentarse a los efectos de las actividades terroristas anteriormente mencionadas. La CVR posteriormente llevó a cabo un estudio para aclarar el alcance del trauma en la población. El estudio demostró un gran número de mujeres y niños entre los afectados por la violencia; además, en muchos casos este trauma era severo.

Dentro de este contexto, el Gobierno del Perú ha solicitado al Gobierno del Japón la implementación de un proyecto que tenga por objetivo, la creación de un entorno en el que la población afectada por la violencia pueda tener acceso a los servicios de salud de mejor calidad, y recuperar la salud física, mental y social articulando esfuerzos académicos y de los profesionales de salud.

En respuesta a esta solicitud, la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) llevó a cabo en varias etapas un Informe de Evaluación Preliminar y conjuntamente se firmó un Acta de Discusiones (A/D) entre la Cooperación japonesa y el gobierno peruano el 31 de enero de 2005.

De conformidad con el A/D, JICA envió el equipo de expertos de JICA (Equipo de proyecto de la cooperación técnica) con el fin de apoyar la Implementación del Proyecto en Marzo de 2005. Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), Ministerio de Salud (MINSA) y sus organizaciones relacionadas, Oficina de JICA y el equipo de expertos JICA organizaron el Comité Coordinador Conjunto (CCC) para la coordinación e implementación del Proyecto. (En el Apéndice 1 se encuentra una figura de sistema de operación del proyecto, y en el Apéndice 2 se ubica organigrama del equipo de experto JICA). Después de iniciado el Proyecto, el CCC fue convocado en 11 oportunidades. El presente informe da cuenta de los logros del Proyecto en 3 años (desde marzo de 2005 a marzo de 2008), fue elaborado con por el equipo de expertos de JICA en colaboración con la contraparte peruana (el listado de los contrapartes se encuentra en el Apéndice 3).

1. Lineamientos del Proyecto

1.1. Objetivos y Resultados del Proyecto

(1) Objetivo General

Las condiciones de salud de la población en las áreas piloto afectadas por la violencia son mejoradas integralmente.

(2) Propósito del Proyecto

La población afectada por la violencia en las áreas piloto ha empezado a usar la Atención Integral de la Salud.

(3) Resultados Esperados del Proyecto

Resultado 1: Un programa permanente del sistema de capacitación para proporcionar atención integral de la salud a las personas afectadas por la violencia se ha desarrollado en la UNMSM.

Resultado 2: La capacidad del personal de salud, tanto en el nivel primario como secundario, para proporcionar atención integral de salud a las personas afectadas por la violencia, se ha mejorado.

Resultado 3: En los distritos focalizados, la capacidad del personal de salud, tanto en el nivel primario como secundario, respecto de la salud materna infantil, se ha mejorado.

Resultado 4: Se han promovido las actividades para la atención de la salud en la comunidad, con la participación de Organizaciones Basadas en la Comunidad (OBCs) y Organizaciones No-Gubernamental (ONGs), para beneficiar a las personas afectadas por la violencia.

1.2. Estructura Ejecutiva del Proyecto

(1) El Comité Coordinador Conjunto (CCC)

1) Funciones

- Formular el Plan de Trabajo Anual del Proyecto, de acuerdo al Plan de Operaciones formulado.
- Revisar el progreso general del Proyecto, así como los logros del Plan de Operaciones formulado.
- Revisar e intercambiar puntos de vista sobre asuntos de importancia, surgidos de, o en conexión con el Proyecto.
- Discutir cualquier asunto considerado necesario para el Proyecto.

2) Miembros

Lado Peruano: MINSA, UNMSM, otras agencias relacionadas.

Lado Japonés: Equipo de expertos de la JICA, Oficina de JICA del Perú, Embajada del Japón (observador)

Funcionarios:

- Presidente: Director de Proyecto
- Vice-presidente: Jefe Consejero del Equipo de Expertos Japoneses (Jefe Consejero del Proyecto)
- Secretario: Coordinadores del Proyecto

3) Las reuniones del comité deberán llevarse a cabo al menos una vez al año.

(2) Comité Técnico (CT)

1) Funciones

- Redactar reglamentos internos para el grupo (criterios de costos de viaje, etc.).
- Preparar plan de actividad.

- Supervisar las actividades del Equipo en las Zonas Piloto.
 - Realizar revisión de línea de fondo.
 - Poner en práctica los materiales del curso desarrollados con respecto a los resultados del proyecto 2.
 - Preparar materiales educativos relevantes a los resultados del proyecto 4.
 - Preparar boletín de noticias
 - Seleccionar a candidatos para curso de capacitación en EE UU.
 - Establecer un consenso para el monitoreo de los resultados de proyecto 2, 3 y 4.
 - Supervisar la implementación de actividades relevantes a los resultados del proyecto 2, 3 y 4.
 - Evaluar resultados del proyecto 2, 3 y 4.
 - Preparar informes.
- 2) Composición de los Miembros
MINSa, UNMSM, Noguchi Instituto, H. Valdizán Hospital, IEMP y Equipo de Experto de JICA, (también de DISA cuando sea necesario)
- 3) Las reuniones de grupo deben llevarse a cabo al menos una vez por mes. Donde sea necesario, la DISA también debe ser invitada.

(3) Grupo de Trabajo Regional (en 5 regiones)

La DISA de los cinco sitios pilotos del Proyecto, establecerá los Grupos de Trabajo Regionales bajo la supervisión de TC. Los Grupos de Trabajo Regionales consisten en representantes de DISA y organizaciones locales existentes tal como el Consejo Regional de la Salud, y trabajarán como una organización coordinadora para ejecutar las actividades para el Resultado 4 del Proyecto eficientemente y efectivamente con participación de personas en las comunidades.

1.3. Definición de la Violencia y Condición de la Salud Mental en Perú

La política del gobierno peruano con respecto a los objetivos y planificación del Ministerio de Salud (MINSa) dentro del sector de asistencia médica, basado en estrategias formuladas por Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR) para aliviar el trauma durante la época de violencia política tal como declara la “Estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de la paz” y el “Plan Integral de Reparaciones de Salud de Comisión de la Verdad y Reconciliación”. Este proyecto jugará un papel importante en el cumplimiento de dicha política.

La tercera reunión del Comité Coordinador Conjunto (CCC) celebrado en 26 de agosto de 2005 confirmó que el CCC aclarará la definición de la violencia como se indica en líneas abajo:

Definición y clasificación de la violencia que este Proyecto enfoca serán establecidas utilizando las leyes peruanas sobre la violencia y la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Lo que se indica a continuación es la definición y descripción de la violencia propuesta por el MINSa / el Hospital Hermilio Valdizán en el Plan Operativo para el Taller en Huaycan.

La violencia configura un conjunto de problemas psicosociales de gran magnitud. Una nueva ola de violencia, tortura y uso de técnicas represivas ha asolado el mundo en las dos últimas décadas. Sus causas son diversas y complejas, sin embargo, cabe subrayar, que en función del enfoque bio-psico-social que se presenta, queda claro que la violencia es expresión dramática del conjunto de condiciones de vida inhumanas de las que a diario somos testigos (políticas, económicas, familiares, del tipo de vínculo humano).

En los Lineamientos para la Acción en Salud Mental (MINSa, PERU, 2004) se menciona que: “la violencia es causada por un sentimiento interior de vergüenza, humillación, un sentimiento de inferioridad con relación a alguien que se considera superior (...) la violencia es compleja, está multideterminada y se expresa en una variedad de conductas: el homicidio, el suicidio, el terrorismo, el secuestro, la pena de muerte, etc. Las causas son múltiples (...) pero podemos dividir las en tres: las

biológicas, las psicológicas y las socioeconómicas, pero el peso mayor está en el factor psicológico y en el socioeconómico.

Hemos ordenado los problemas de violencia en cuatro grupos, considerando la información disponible y sabiendo que estas no son excluyentes y se pueden entrecruzar entre sí:

- Violencia Familiar (maltrato infantil en el hogar; violencia contra la mujer; violencia contra los/as ancianos/as).
- Violencia Sexual (incluye incesto).
- Violencia Política.
- Violencia Social (i.e. delito, discriminación).

(1) Violencia Familiar

1) Maltrato Infantil

De acuerdo al estudio de Anicama (1999) uno de cada tres limeños maltrata psicológicamente a sus hijos (36,2%) y dos de cada cuatro o cinco lo hace físicamente (43,2%). En el estudio de Ponce (1995) resalta que poco más de la mitad de los hijos son maltratados físicamente (52,3%), de los cuales un 20,4% son golpeados con objetos flagelantes.

2) Violencia contra la Mujer

La Encuesta de Salud (ENDES) 2000 aclaró que 41% de mujeres en el Perú había sido empujada, golpeada o agredida físicamente. ENDES 2004 identificó que 35% de las mujeres todavía estaba en la misma condición. Según Anicama, con relación al maltrato psicológico se han identificado situaciones de control como “la ignora o es indiferente”, situaciones desobligantes como: “le grita cuando le habla” y amenazas como: “me tienes cansado, me voy de la casa”. También, en el Estudio del Congreso de la República, el 82,2% de encuestadas afirma conocer a una mujer que en el último año ha sido maltratada. Generalmente, es la violencia física la que impulsa a iniciar la denuncia, a pesar que 2/3 de encuestadas refieren que la violencia psicológica es la que más afecta a las mujeres.

(2) Violencia Sexual

1) Violencia Sexual

Según la información del Instituto de Medicina Legal (2001), de todos los casos de delito contra la libertad sexual, 73% son mujeres (de todas las edades) y, el 94% de hombres abusados son menores de 17 años. Los grupos más vulnerables a la violencia sexual son la infancia y la adolescencia. Según el estudio en estudiantes en escuelas secundarias en Lima en 1997, 9% de hombres y 22% de mujeres tenían su primera relación sexual como resultado de una violación.

2) Incesto

Contrariamente a lo que se presume, gran parte de los casos de violencia sexual son perpetrados por familiares muy cercanos, especialmente padre, hermano, tío, padrastro... así, el incesto es un tipo de violencia sexual altamente frecuente que requiere de políticas preventivas y de atención particular.

(3) Violencia Política

Según fuentes consultadas, en más de una década de violencia se han producido alrededor de 25 967 muertos, 435 000 personas desplazadas de las cuales aproximadamente 68,000 han retornado a sus zonas de origen, 6,000 desplazados y 9,000 requisitorizados y detenidos, muchos de ellos detenidos/as injustamente.

CVR en su informe final, estima que entre 1980 y el 2000, la cifra probable de muertes es de 69 280 personas; que la mayoría de las víctimas eran pobres y/o excluidas entre las que se encontraban los campesinos; el 75% de las víctimas tenían como lengua materna el quechua. Esta población ha sido afectada económica, social y emocionalmente; lo más evidente es el miedo y desconfianza creados por la conducta abusiva y criminal de los actores del conflicto, además de reacciones de estrés grave y trastornos de adaptación con manifestaciones psicósomáticas de tipo depresivo/digestivo o de estrés postraumático.

(4) Violencia Social

Según datos del Ministerio Público (2001), dos de cada cinco muertes violentas en el área

urbana son producto de accidentes de tránsito (42,44%) y del total de éstas, el 15% son homicidios. Entre otros actos violentos tenemos, robos contra la persona 15,2%; intento de robo (10,5%). Entre los actos de violencia contra la vivienda destaca el robo con 16,3% y de vehículos, con un 29,6%.

Otro de los problemas sociales vigentes con claros componentes de salud mental que provocan múltiples acciones violentas son las “barras bravas” y “pandillas juveniles”. La Dirección de Participación Ciudadana de la Policía Nacional del Perú (febrero 2000) ha detectado 400 pandillas entre Lima y Callao, constituidas aproximadamente por 12 950 personas entre adolescentes y adultos (Anales de Salud Mental 2000, IESMHDHN).

La paz y la seguridad día a día se ven más perturbadas a causa de hechos de violencia perpetrados entre los mismos miembros de la familia o en la comunidad. En todos estos hechos las principales víctimas resultan ser las mujeres, niños y niñas. La violencia ya no puede concebirse más como un hecho aislado sino como un problema de Salud Pública dadas las dimensiones y daños ocasionados a la sociedad.

1.4. Áreas del Proyecto

Se manejará el proyecto con base en Lima poniéndose en práctica la eficiencia y eficacia del Proyecto, las zonas piloto están seleccionadas en la tabla siguiente. En el proceso de selección de las zonas piloto se ha tomado en consideración los resultados obtenidos de los estudios realizados por CVR sobre las víctimas de la violencia y las zonas de apoyo de MINSA, así como la equidad entre varios grupos culturales (Quechua/Ashaninka) y sus condiciones geográficas (la zona montañosa rural/el suburbio de Lima).

La 2da reunión de CCC en el 6 de mayo de 2005 aprobó las áreas del Proyecto (microred) como sigue:

DISA Lima Este: Microred Huaycan (Red Vitarte – La Molina)
 DISA Ayacucho: Microred Belén (Red Huamanga)
 DISA Cusco: Microred Techo Obrero (Red Canas-Canchis-Espinar incluido Sicuani)
 DISA Junín: Microred San Martín de Pangó (Red Satipo)
 DISA Huancavelica: Microred Ascención (Red Huancavelica)

Tabla 1 Áreas del Proyecto (Resultado 1 al 4)

Departamento	Áreas donde el estudio de CVR revela como área de violencia afectada	Zonas Piloto: Objetivos bajo los resultados del proyecto 1, 2, 4			Curso de capacitación para la salud materno-infantil (áreas para resultado del proyecto 3)	
		Área de actividades para el Equipo de Cooperación Técnica del proyecto	Área de actividades para Consultores Locales	Lugar de capacitación	Departamentos para capacitación	Lugar de capacitación
Lima ciudad	CVR base de operaciones	Base del proyecto de operaciones	Base del proyecto de operaciones	●	Base del proyecto de operaciones	●
Lima Este	●	●Microred Huaycan	x	●	●	x
Cusco	●	●Microred Techo Obrero	x	●	●	x
Huancavelica	●	x	●Microred Ascención	●	●	x
Ayacucho	●	x	●Microred Belén	●	●	x
Junín	●	x	●Microred San Martín de Pangó	●	●	x
Loreto	x	x	x	x	●	x
Cajamarca	x	x	x	x	●	x
Huanuco	●	x	x	x	●	x
Ancash	x	x	x	x	●	x
Apurímac	●	x	x	x	x	x
San Martín	●	x	x	x	x	x
Pasco	●	x	x	x	x	x
Ucayali	●	x	x	x	x	x

Nota: ●= "sujeto a"; x = "no sujeto a"

1.5. Población Meta

En la siguiente tabla se resumen la población beneficiaria de las áreas objeto del Proyecto, así como los principales indicadores de salud y el número de víctimas de violencia (estimados según los datos recopilados hasta febrero de 2006).

Tabla 2 Población beneficiaria del Proyecto

DISA/DIRESA	Total de 5 DISAs	Lima Este	Cusco	Huanca velica	Ayacucho	Junín
Áreas piloto		Huancan	Techo Obrero	Ascención	Belén	San Martín de Pangoa
Población						
Población	239.707	105.306 ¹	38.556 ⁴	28.867 ⁵	35.967 ^{6*}	31.011 ⁸
Población menor de 5 años	27.150	8.262 ¹	4.641 ⁴	3.945 ⁵	3.917 ^{6*}	6.385 ⁸
Población menor de 20 años	96.269	35.303 ¹	17.352 ⁴	9.980 ⁵	16.762 ^{6*}	16.872 ⁸
Población femenina en edad fértil (entre 15 y 49 años)	51.310	18.865 ¹	8.875 ⁴	6.421 ⁵	9.265 ^{6*}	7.884 ⁸
Indicadores salud materno-infantil						
Mortalidad materna (número de muertes)	-	0,2 ¹	38 ⁴	(905) ⁵	(3) ⁷	(5) ⁹
Mortalidad infantil (número de muertes)	-	0 ¹	23 ⁴	N/A ⁵	(3) ⁷	(1) ¹⁰⁺
Mortalidad infantil menores de 5 años de edad (número de muertes)	-	0 ¹	6,6 ⁴	N/A ⁵	(0) ⁷	(4) ¹⁰⁺
Víctimas de la violencia						
Víctimas de violencia familiar	1.811	1.060 ²	431 ⁴	128 ⁵	60 ⁷	132 ¹¹
Víctimas de violencia sexual	62	38 ²	4 ⁴	N/A	10 ⁷	10 ¹¹
Víctimas de violencia social	22	0 ²	0 ⁴	N/A	0 ⁷	22 ¹¹
Víctimas de violencia política [2005]	76	-	2 ⁴	-	52 ⁷	22 ¹¹
Número de Hogares víctimas de la violencia política [1980-2000] (estudio de línea de base)	965	108 ³	86 ³	130 ³	641 ³	-
Numero de Víctimas de violencia política [1980-2000] (Estudio de línea de base: estimaciones)	20.000	-	-	-	-	20.000 ³

(Salvo cuando se especifique de otra manera, los datos corresponden al año 2005. *:2006 +:2004)

(Fuentes)

1. Huaycan Microred. (2005)
2. Huaycan Microred, Hospital Hermilio Valdizan. (2005)
3. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (2005). Estudio de Línea de Base.
4. Dirección Estadística e Informática DIRESA Cusco e INEI. (2005)
5. ASIS 2005 Microred Ascención. (2005)
6. Censo Local. (2006)
7. Oficina de Estadística DIRESA Ayacucho. (2006). HIS.
8. Estadística e informática OGEI-MINSA. (2005)
9. Epidemiología DIRESA Junín. (2005)
10. Estadística Hospital San Martín de Pangoa. (2004)
11. Estrategia sanitaria de salud mental DIRESA Junín. (2005)

2. Avance de Actividades Relacionadas con Todos los Resultados del Proyecto

2.1. Reuniones de CCC y CT

De acuerdo a la Estructura Ejecutiva del Proyecto (1.2) se han realizado reuniones de Comité Técnico y del Comité de Coordinación Conjunta. Durante del proyecto se ejecutaron 11 reuniones técnicas y 11 de coordinación conjunta. Las fechas de cada una se indican a continuación. Acta de discusión del CCC se ubican APPENDICE 5 de este informe.

Tabla 3 Fecha de Reuniones del Comité de Coordinación Conjunta

Reuniones	Fecha	Lugar	Nº Participantes
1ro CCC	05/04/2005	MINSA	23
2do CCC	06/05/2005	MINSA	18
3ro CCC	26/08/2005	MINSA	16
4to CCC	06/02/2006	MINSA	22
5to CCC	01/06/2006	MINSA	23
6to CCC	29/08/2006	MINSA	20
7mo CCC	04/12/2006	MINSA	22
8vo CCC	04/02/2007	MINSA	28
9no CCC	04/05/2007	MINSA	20
10mo CCC	19/10/2007	Lima	35
11avo CCC	1/2/2008	MINSA	30

(Fuente: Actas de discusión de CCC)

Tabla 4 Fecha de Reuniones del Comité Técnico

Reuniones	Fecha	Lugar	Nº Participantes
1ro CT (1)	08/04/2005	MINSA	16
1ro CT (2)	11/04/2005	Hotel Las Américas	21
2do CT	03/05/2005	MINSA	10
3ro CT	18/08/2005	MINSA	22
4to CT	02/02/2006	MINSA	14
5to CT	29/05/2006	MINSA	17
6to CT	28/08/2006	MINSA	12
7mo CT	29/11/2006	MINSA	9
8vo CT	02/02/2007	MINSA	22
9no CT (1)	27/04/2007	MINSA	9
9no CT (2)	09/05/2007	MINSA	11
10mo CT	09/08/2007	JICA	8
11vo CT	24/01/2008	MINSA	12

(Fuente: Actas de discusión de CT)

2.2. Reunión para Informar y Discutir sobre el Informe de Inicio

La primera reunión de Comité Coordinador Conjunto (CCC) en el 6 de abril de 2005 discutió y aprobó el borrador del informe de inicio. Puntos principales de dicha discusión fueron:

- 1) Una actividad muy importante es relacionar el componente materno perinatal al componente de salud mental. Otro aspecto es identificar los criterios de selección de los candidatos que se entrenarán en el programa de Harvard en trauma del refugiado (HPRT).
- 2) El Ministerio de Salud (MINSA) ha estado llevando a cabo un modelo de Atención Integral de Salud dirigido a la población afectada por violencia y se encuentra en proceso de adaptarlo a la realidad peruana. El modelo incorporará los resultados del proyecto a través de participación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el HPRT, el IESM Honorio Delgado Hideyo Noguchi, Hospital Hermilio Valdizan e Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP), involucrando los servicios de salud, las organizaciones sociales de la comunidad y las víctimas de la violencia.
- 3) La UNMSM enfatizó que el enfoque del Proyecto sólo debe estar en la violencia política. La UNMSM será el responsable del entrenamiento en el nivel académico; el entrenamiento del personal de salud del primer nivel y segundo nivel de atención y la prestación de servicios de salud son responsabilidades del MINSA.
- 4) El IEMP mencionó que la violencia es muy prevalente en el país, pero los trabajadores de salud no tienen las habilidades necesarias para detectar, identificar y tratar a las víctimas de la violencia incluyendo la violencia familiar. En algunos casos, se afectaron psicológicamente trabajadores de salud mientras asistían a las víctimas de la violencia. Cuando la prioridad es mantener la salud de las víctimas de la violencia, el candidato del entrenamiento debe seleccionarse dentro del personal de salud que trabaja actualmente en los servicios de salud.
- 5) Los representantes de las Direcciones Regionales de Salud (DISA) señalaron que fuera de la facultad los estudiantes de universidades locales necesitan ser entrenados en el Proyecto, porque muchos de los trabajadores de salud que trabajan en las regiones son graduados de universidades locales. Algunos de ellos también tienen estudios realizados de línea de base relacionados a la violencia.
- 6) El equipo técnico de JICA aconseja que el proyecto necesita focalizar no sólo en la violencia política sino en otras formas de violencia como la violencia familiar, violencia sexual y delincuencia en los lugares del proyecto por las siguientes razones:
 - a. La violencia política presenta efectos de largo plazo como son los diferentes tipos de secuelas como la violencia familiar, adicciones alcohol y drogas, suicidio y desempleo.
 - b. Muchas víctimas de violencia política no se declaran víctimas de violencia política y por consiguiente es difícil identificarlas teniendo un pequeño significado clínico singularizar las víctimas de la violencia política de las víctimas de otro tipo de violencia.
 - c. Como MINSA propuso también, porque el largo tiempo que ha transcurrido desde que la violencia política ocurrió en el país, los entrenamientos para estudiantes de la salud que apuntan a producir los beneficios a largo plazo en la salud mental y en el tratamiento del trauma deben tener un enfoque más amplio y deben ser capaces de abordar otras formas de violencia, como violencia familiar, violencia sexual, delincuencia, abuso de alcohol y drogas, y suicidios que muchos estudios demuestran una alta proporción en el país.
 - d. Los síntomas y psicopatología de la violencia política tiene mucho en común con otros tipos de violencia. Por consiguiente, aunque el proyecto extienda su enfoque a la violencia en general, no sólo limitándose a la violencia política, el enfoque no diferirá demasiado. El HPRT tiene bastante flexibilidad para incluir otros tipos de violencia en su programa de entrenamiento.
 - e. Integrar el cuidado de la salud materno perinatal con el proyecto es crítico para romper la transmisión intergeneracional de la violencia.
 - f. Ampliando la visión de la violencia haremos al proyecto más relevante en concordancia con las políticas nacionales de salud mental.

2.3. Ejecución del Estudio de Línea de Base

El Programa Permanente de Capacitación para la Atención Integral de las Víctimas de la Violencia (PPCAIVV) de la Facultad de Medicina de la UNMSM ha efectuado Estudios de Línea de Base (ldb) el mismo que incluye:

- a) Estudio sobre currícula y silabus en las cinco escuelas profesionales de la Facultad de Medicina y
- b) El levantamiento de Línea Base en las cinco microrredes focalizadas del Proyecto, para:
 - Identificar y ubicar a las víctimas.
 - Evaluar su actual condición de salud, estableciendo el perfil clínico del impacto sufrido en virtud de las experiencias traumáticas sufridas,
 - Conocer sus actuales necesidades de atención integral de salud,
 - Apreciar el estado actual del Sistema de Atención Primaria de Salud que debiera atenderlas.
 - Identificar las necesidades de capacitación de los profesionales de la salud para dar atención integral a las víctimas,
 - Evaluar las necesidades de orden logístico para llevar a cabo todas estas actividades.

Esta información, básica para desarrollar el proyecto “Fortalecimiento de la Atención Integral de Salud para la Población Afectada por la Violencia y Violación de Derechos Humanos en la República del Perú”, será utilizada para elaborar el programa de capacitación de los profesionales de salud que otorgarán atención integral apropiada a las necesidades de cada población afectada..

La 3ra Reunión del JCC en 26 de agosto de 2005 recibió el Reporte de Línea de Bases y aprobó su contenido.

2.4. Revisión de Marco Lógico (PDM)

2.4.1. 1ra revisión

En enero de 2006, el equipo de expertos de JICA propuso al CCC/CT modificar la Marco Lógico del Proyecto (PDM, por sus siglas en inglés) del presente Proyecto por las siguientes razones.

- (1) Por la modificación del alcance de la violencia cubierto por el presente Proyecto (se incluyó la violencia contra las mujeres y niños, y la violencia sexual);
- (2) por la necesidad de determinar detalladamente los indicadores del Proyecto, así como los medios de verificación (fuentes de información); y,
- (3) por la necesidad de reorganizar la celda correspondiente a las “Actividades del Proyecto” con base en el plan de acción adoptado por el CCC, después de iniciado el Proyecto.

2.4.2. 2da revisión

En el 9no CCC, de mayo del 2007 uno de los puntos de agenda fue la revisión del PDM por las instituciones y regiones. Después de una discusión sobre diferentes aspectos se acuerda adoptar las siguientes modificaciones:

- El Resultado 1 considera a 19 docentes de la UNMSM capacitados en Harvard, este dato que no refleja a los profesionales capacitados del MINSA y Regiones.

Por lo que se decide elaborar un sub. indicador para resaltar el número de profesionales capacitados del MINSA y Regiones.

- En el Resultado 2 establece la capacitación de profesionales y no profesionales a cargo de la UNMSM.

Esto se modifica y solo queda la capacitación de profesionales por la naturaleza de la Diplomatura y el

pre requisito de ser profesional que no lo alcanza el equipo de no profesionales.

Se acuerda que este grupo sea atendido por el Resultado 4 y reciba una capacitación formal para lo cual las regiones elaboran el material necesario.

- En el Resultado 4, se incluye a no profesionales, promotores de salud e instituciones locales.

- En el Objetivo del Proyecto, se indica “X personas” El mismo que cambia a “Las personas identificadas.....” por lo que no se cuenta con información cuantitativa confiable antes del proyecto.

2.5. Contratación del Servicio de HPRT

2.5.1. 1er año del proyecto

Con el fin de implementar el presente Proyecto, se suscribió el contrato de servicios con HPRT, como organismo asesor técnico, el 1º de septiembre de 2005. Los resultados del servicio de HPRT bajo convenio son los que se describen a continuación.

(1) Revisión de los planes de operación anual de las cinco DISAs (Resultado 4) y asesoría técnica

A continuación se presenta el contenido del informe intermedio entregado por HPRT al mes de diciembre de 2005, después de revisar los planes de operación anual de las cinco regiones.

- 1) UNMSM y el MINSA han diseñado el modelo de capacitación sin una previa consulta con HPRT. En su informe de avance 1, Tabla 5, se establece “incluir en la capacitación de los personales de salud a todas las áreas objeto del Proyecto”, pero sin llegar a esclarecer su metodología. Estos procedimientos encubren problemas sumamente delicados y complejos. El estudio de línea de base también señala que este aspecto constituye un serio obstáculo.
- 2) HPRT recomienda desde el inicio que UNMSM debe ser el centro de excelencia en lo concerniente a la capacitación de los personales de salud en las cinco regiones. Sin embargo, la Tabla 5 mencionada, no explicita dónde se ubicaría la Sede (si va a ser Lima o en cada región) ni quién financiará el proyecto. HPRT plantea que los profesionales de salud de las regionales focalizadas necesitan recibir seguimiento y apoyo continuo, pero tampoco se ha definido claramente quien va a otorgar estas facilidades.
- 3) De acuerdo con las experiencias de EE.UU. y el HPRT en otros países en vías de desarrollo, los funcionarios del MINSA y los tomadores de decisión política suelen ser reemplazados frecuentemente, lo que hace que sea difícil que estos se hagan responsables de dar seguimiento o financiar las actividades del presente Proyecto a largo plazo. Es necesario esclarecer de qué forma podría atender esta situación, desde el punto de vista del MINSA.
- 4) De acuerdo a la opinión del representante de la UNMSM y el MINSA, es necesario esclarecer qué mecanismos se utilizarán para reforzar la capacidad clínica, académica y científica y cómo se replicarán sus efectos en el ámbito local,
- 5) El Plan de Operativo Anual no precisa el aspecto de evaluación.
- 6) El MINSA, en el Apéndice 5-2 “DISA–Cusco Plan de Operación Anual Regional de Salud” del Informe de Avance 1 había planteado crear el sistema de registro de las víctimas de la violencia. Sin embargo, HPRT manifiesta que es necesario considerar que: primero cualquier sistema de registro esconde múltiples problemas de carácter ético y clínico, segundo las víctimas de violencia no suelen acudir con facilidad a registrarse, probablemente porque se sienten nuevamente agraviadas, en consecuencia pocas son las personas que acuden a registrarse.

(2) Apoyo a la elaboración del cuestionario específico a víctimas de violencia del Perú

Se presenta un ejemplar del cuestionario dirigido a víctimas de violencia (evaluación rápida de la depresión y PTSD) diseñado por HPRT. La configuración básica del cuestionario es la siguiente:

[Evaluación rápida de la depresión y el trastorno por estrés postraumático (Versión Perú)]

Lista de chequeo del Síntoma de Hopkins 25 (HSCL-25)

Parte 1: Síntoma de ansiedad

Parte 2: Síntoma de depresión

Cuestionario de Trauma de Harvard (HTQ)

Parte 1: Eventos de trauma

Parte 2: Descripción personal

Parte 3: Lesiones en la cabeza

Parte 4: Síntomas de trauma

Parte 5: Experiencias de tortura

(3) Apoyo a la elaboración de materiales didácticos para Pre-grado de UNMSM, y a la elaboración del programa y materiales didácticos de capacitación al personal de salud

Como parte del apoyo al desarrollo de los materiales didácticos, HPRT elaboró las herramientas para el personal de salud a ser utilizados en la Facultad de Medicina de UNMSM (Resultado 1) y en la capacitación del personal de salud del primer y segundo nivel (Resultado 2). En la capacitación de capacitadores que se menciona más abajo también se impartió la metodología de uso de estas herramientas.

(4) Capacitación de Capacitadores por HPRT a profesional de salud de UNMSM y MINSA

Vea 2.6 Capacitación de los Capacitadores por HPRT por su detalle.

2.5.2. 2^{do} año del Proyecto

Un Acuerdo de Contrato se ha suscrito entre System Science Consultants Inc. y HPRT (Programa de Harvard para Refugiados - Trauma), y está siendo efectivo desde el 1ro. de Julio, 2006.

Para brindar asistencia a los Resultados 1 y las actividades del Resultado 2 (Curso de Diplomatura), HPRT está de acuerdo en realizar viajes al Perú hasta en 3 oportunidades, por un total de 60 días laborables en las Fechas y para los objetivos siguientes:

1) Noviembre 3 al 12, 2006

- Discusión sobre el contenido de los Módulos del Curso de Diplomatura tomando en consideración los comentarios realizados por los expertos de JICA e indicados en el presente reporte.
- Visita a las zonas piloto del Proyecto.

2) Diciembre 2 al 9, 2006

- Participación en el Seminario Nacional del Proyecto y sus reuniones preparatorias.
- Visita a las zonas piloto del Proyecto.
- Participación en la reunión de las 5 regiones
- Discusión sobre el contenido de los módulos del curso de Diplomatura
- Aconsejar sobre los cambios curriculares de la Facultad de Medicina, UNMSM

3) Semana de Febrero 5, 2007

- Participación en la reunión final FY 2 JCC (8th)
- Planeamiento del FY 3 programación de actividades del proyecto

Adicionalmente, un Video de Entrenamiento a los Entrenadores fue exclusivamente proporcionado por el grupo HPRT. Esto podía utilizarse como material de entrenamiento suplementario para el Resultado 2 del Curso de Diplomatura.

Asimismo, el Curso de Diplomatura consta de 6 Módulos. Los Módulos del 1 al 3 están para la revisión del grupo HPRT. HPRT cumplió estas tareas y logros estuvieron cumplidos en su informe anual.

2.5.3. 3er año del proyecto

En el 3er año del Proyecto el contrato sostenido con HPRT fue para recibir asistencia técnica en los siguientes aspectos:

- Apoyo para la capacitación al personal de salud (revisión de materiales de la Diplomatura, Elaboración del libro de casos, revisión de contenidos y materiales para no profesionales)
- Análisis de actividades realizadas por las 5 regiones indicando actividades principales y diferentes que cada una realiza.
- Participar en las reuniones del CCC como observador
- Participar en el Taller con 5 Regiones como observador
- Participar en la última reunión anual del CCC
- Participar en el Seminario Internacional

Para realizar estas actividades el equipo de HPRT visitó el Perú 3 veces en este año, en Setiembre, Octubre y Enero/Febrero del 2008.

2.6. Capacitación de los Capacitadores por HPRT

Se realizó la capacitación de capacitadores en enero y febrero de 2006 en HPRT dirigida a cincuenta peruanos que desempeñarían el papel de líderes en los organismos seleccionados para el logro de los cuatro resultados del presente Proyecto. La capacitación tiene por objetivo reforzar la atención integral de salud a la población afectada por la violencia y por la violación de los derechos humanos.

(1) Objetivos

La capacitación dirigida a los personales de salud del Perú tiene dos objetivos que son los siguientes.

- Proporcionar entrenamiento en técnicas clínicas avanzadas a los personales de salud que brindarán el servicio de salud mental a la población afectada por el conflicto político; y
- Brindar el apoyo a los personales de salud para que sean capaces de desarrollar los recursos organizativos, etc. necesario para el desempeño de su oficio.

(2) Selección de los participantes al programa de capacitación de HPRT

1) Criterios de selección por CCC

A continuación se presentan los criterios de selección de los participantes a la capacitación, adoptados por el CCC en su segunda sesión celebrada en mayo de 2005.

- Profesionales en salud (médicos, enfermeros, obstetrices, psicólogos clínicos, etc.) con un determinado nivel de conocimientos en la salud mental. No necesariamente tienen que ser personal permanente de la universidad, ni tampoco ser especialistas en la salud mental;
- tener un dominio de inglés de nivel medio;
- tener fuerte motivación humana en la promoción de la salud mental;
- ser capaces de replicar los conocimientos y habilidades adquiridas después de su retorno al país;
- y,
- tener buenas condiciones físicas.

2) Cuotas de participantes según instituciones definidas por CCC

De la misma manera, en la 2ª reunión de CCC, se determinaron las cuotas de participantes a la capacitación según las instituciones y organismos, de la siguiente manera.

Tabla 5 Participantes del programa de capacitación de HPRT según instituciones

Organizaciones	Número de participantes
UNMSM	19
MINSA	4
5 DISAs	10 (2 personas x 5 regiones)
Institutos especializados de salud mental	13 (5 Noguchi, 5 Valdizán, 3 Larco Herrera)
Instituto Especializado Materno Perinatal Maternidad (IEMP)	4
TOTAL	50

(Fuente: Listado del Participantes de la capacitación de capacitadores por HPRT)

3) Cuotas de participantes según especialidades

En la siguiente Tabla se presenta el desglose de los participantes a la capacitación seleccionados según organizaciones y especialidades.

Tabla 6 Participantes en el programa de capacitación de HPRT según organizaciones y especialidades

Organizaciones	Psiquiatra	Médicos de otras especialidades	Psicólogos clínicos	Enfermeros y obstetrices	Total
UNMSM	4	10	1	4	19
MINSA	1	3	0	1	5
5 DISAs	1	6	1	1	9
Institutos especializados de salud mental	8	0	1	4	13
Instituto Especializado Materno Perinatal Maternidad (IEMP)	0	2	0	2	4
Total	14	21	3	12	50

(Fuente: Listado del Participantes de la capacitación de capacitadores por HPRT)

4) Descripción de los resultados de selección

a) Sobre las especialidades

Se puede afirmar que todos los participantes satisfacen los criterios de selección adoptados por CCC, antes mencionados. Es decir, todos son profesionales en salud (médicos, enfermeros, obstetrices, psicólogos clínicos, etc.) con un determinado nivel de conocimientos en la salud mental; no necesariamente han sido personal permanente de la universidad, ni tampoco son especialistas en la salud mental

b) Sobre el dominio de inglés de los participantes

No ha sido necesario que los participantes satisfagan el criterio sobre el dominio de inglés, puesto que se decidió contratar los intérpretes simultáneos de inglés – castellano para los cursos y discusiones programadas en la capacitación. La contratación de los intérpretes simultáneos y la traducción de todos los materiales didácticos al castellano se debió porque se consideró el nivel de dominio de inglés de los peruanos en general y porque los participantes provenían de la zona rural del país.

c) Sobre su intervención al Proyecto después de la capacitación (consideración en la selección de recursos humanos)

➤ MINSA

Para la selección de los participantes, se dio prioridad al personal de contraparte que participa desde el inicio del presente Proyecto, así como al personal del MINSA a cargo de la salud materno-infantil. Se les permitió a DIRESAs y DISAs seleccionar libremente los participantes, con la única excepción de que no se permitió que fuera elegido el propio director, por juicio del MINSA central. Esto es para seleccionar los recursos humanos que estén al frente y que puedan invertir suficiente tiempo en las actividades post-entrenamiento, y para tener menos influencia política asociada con las elecciones presidenciales.

➤UNMSM

Los participantes fueron seleccionados con prioridad en los miembros del equipo de programa permanente de capacitación para la atención integral de las víctimas de violencia de la Facultad de Medicina. Este equipo está promoviendo, actualmente, la reprogramación del currículo de la Facultad, para el logro del Resultado 1 del presente Proyecto.

➤Institutos especializados en salud mental (Hospital Valdizán, Instituto Noguchi, Hospital Larco Herrera)

Los participantes fueron seleccionados de entre los miembros de los equipos itinerantes que realizan visitas a la zona rural para la atención de salud mental en el marco del programa de MINSA/UE. Si bien es cierto que el Hospital Larco Herrera no forma parte del presente Proyecto (no es organismo miembro de CCC/CT), se decidió invitar a participar en esta capacitación, a juicio del MINSA, por ser un hospital psiquiátrico del sector de salud con mayor número de camas en Lima, además de tener antecedentes en las actividades itinerantes.

➤IEMP(INMP)

Los participantes fueron seleccionados con prioridad en el personal fuertemente vinculado en la capacitación en salud materna infantil que forma parte del presente Proyecto desde este año.

(3) Período de capacitación

Los 50 participantes fueron divididos en dos grupos, con 25 participantes cada uno. Las fechas de la capacitación fueron las siguientes.

Sesión 1: Del 22 de enero al 1 de febrero de 2006 (Cursos teóricos: del 23 al 30 de enero)

Sesión 2: Del 19 al 28 de febrero de 2006 (Cursos teóricos: del 20 al 27 de febrero)

La Sesión 1 estaba orientada al grupo conformado principalmente por los médicos, mientras que la Sesión 2 al grupo de otros personales de salud.

(4) Contenido de la capacitación (currículo y docentes) y el avance

A continuación se presenta el currículo y los docentes de la capacitación.

Tabla 7 Currículo de la Capacitación de Capacitadores por HPRT

Días	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto
I sesión	Ene/23	Ene/24	Ene/25	Ene/26
II sesión	Feb/20	Feb/21	Feb/22	Feb/23
7:30 – 8:30	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno
8:30 – 9:00	Confirmación del programa	Repaso	Repaso	Repaso
9:00 – 10:30	Prueba de entrada	Curso 2: Herramientas de Trabajo (Richard Mollica)	Curso 4: Depresión y ansiedad (Mauricio Fava)	Curso 6: Salud del sueño (Ulman [enero] Karen Carlson [febrero])
10:30 – 11:00	Receso	Receso	Receso	Receso
11:00 – 12:30	Módulo 1: Introducción (Richard Mollica)	Módulo 3: Cuestionario para la detección de víctimas de violencia (James Lavelle)	Módulo 5: PTSD (Dr. Mark Pollack)	Módulo 7: Drogas y alcoholismo (Michael Bierer [enero], Ron White [febrero])
12:30 – 2:00	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo
2:00 – 3:30	Panel de discusión modelo de la capacitación de los docentes	Discusión en grupo 2 (Análisis de caso I)	Discusión en grupo 3 (Análisis de caso II)	Discusión en grupo 4 (Análisis de caso III)
3:30 - 4:00	Receso	Receso	Receso	Receso
4:00 – 5:30	Discusión en grupo 1 (modelo de la capacitación de los docentes)	Discusión en grupo 2 (Análisis de caso I)	Discusión en grupo 3 (Análisis de caso II)	Discusión en grupo 4 (Análisis de caso III)
5:30	Receso/cena	Receso/cena	Receso/cena	Receso/cena

Días	Quinto	Sexto	Séptimo	Octavo
Días	Ene/27	Ene/28	Ene/29	Ene/30
I sesión	Feb/24	Feb/25	Feb/26	Feb/27
7:30 – 8:30	Desayuno	Desayuno	Libre	Desayuno
8:30 – 9:00	Repaso	Repaso	Libre	Repaso
9:00 – 10:30	Módulo 8: Uso de drogas psicotrópicas (David Henderson)	Módulo 12: Modelo de capacitación de capacitadores (Richard Mollica)	Libre	Módulo 15: Evaluación del Proyecto (Paul Bolton)
10:30–11:00	Receso	Receso	Libre	Receso
11:00–12:30	Módulo 9: Uso de drogas psicotrópicas (David Henderson)	Módulo 13: Modelo de capacitación de capacitadores	Libre	Módulo 16: Violencia familiar (Bonnie Zimmer)
12:30 – 2:00	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo
2:00 – 3:30	Módulo 10: Cuidado primario de salud mental (Greg Fricchione)	Libre	Módulo 14: diagnóstico antropológico cultural y la violencia (Yasushi Kikuchi)	Módulo 17: Violencia sexual y la salud de la mujer (Susan Bennett)
3:30 4:00	Receso	Libre	Receso	Receso
4:00 – 5:30	Módulo 11: Cuidado primario de salud mental (Greg Fricchione)	Libre	Discusión en grupo 5 (Recapitulación del modelo de capacitación de capacitadores)	Módulo 18: Depresión posparto (Judy Bass)
5:30	Receso/cena	Libre	Receso/cena	6-7: Prueba de evaluación final 8:00: Clausura

- La capacitación constó básicamente de 18 cursos teóricos y cinco discusiones en grupo.
- Los temas tratados fueron: (1) Descripción general del Manual de Instrucciones para la atención a las víctimas de violencia desarrollado por HPRT (herramientas de trabajo), detección de las víctimas y cuestionarios; y (2) descripción específica de la depresión, PTSD, uso de drogas psicotrópicas, violencia familiar, violencia sexual, y atención a las víctimas con enfoque antropológico cultural. La

descripción general ha sido dictada principalmente por los docentes permanentes del grupo de HPRT (Dres. Mollica y Lavelle) y la descripción específica por los catedráticos y profesores invitados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard, especialistas del Hospital General de Massachusetts (uno de los hospitales de la Universidad de Harvard), etc.

- Las discusiones en grupo fueron desarrolladas dividiendo los participantes peruanos y los miembros de HPRT en dos grupos. Los temas tratados fueron: (1) modelo de formación de docentes (modelo de capacitación tipo cascada); y (2) estudio de casos de las víctimas de violencia.
- Los participantes dieron pruebas de evaluación antes y después de la capacitación (“autoevaluación de los participantes” y “análisis de casos”) con el fin de evaluar la capacidad objetiva y subjetiva de los participantes. Todos han completado la capacitación.
- El programa de capacitación ha sido integral que incluía la teoría general de los trastornos mentales asociados con la violencia, así como el enfoque antropológico cultural. Sin embargo, en cuanto al uso de las drogas, pese a que este curso se caracterizaba por su contenido altamente especializado para los psiquiatras, se tocó muy poco sobre la semiología (procedimientos para interpretar los síntomas mentales) necesaria para ofrecer el servicio de salud mental en el primer nivel por los personales de salud no especializados en la salud mental. Sobre este aspecto, se considera necesario ir modificando el contenido en la futura capacitación que se imparta en el Perú.

(5) Opiniones de los participantes peruanos sobre la capacitación en general

Los participantes peruanos han expresado unánimemente su alto grado de satisfacción por la capacitación recibida. A continuación se presentan algunas de las opiniones expresadas por los participantes de la capacitación HPRT (primer grupo en enero 2006) en la cuarta reunión del Comité Técnico celebrada el 2 de febrero de 2006.

- Ha sido positivo asistir a los cursos de alto nivel y escuchar a los investigadores y clínicos de primera línea en la atención de las víctimas de violencia, incluyendo a los oficiales de HPRT y profesores de la Universidad de Harvard.
- Ha sido una experiencia muy útil al profundizar en las discusiones entre los participantes de diferentes instituciones y organismos durante los cursos, trabajo en grupo y recesos, sobre las actividades del Proyecto que podrían desarrollarse hacia el futuro, retomando la predisposición de aunar los esfuerzos para el éxito del Proyecto.
- Se espera que HPRT continúe brindando capacitación en los temas que no han sido tocados en esta oportunidad y supervisando cuando se inicie el proceso de capacitación de recursos humanos en el Perú.
- Ha sido carismática la presencia del Dr. Mollica, organizador del HPRT, por su pasión puesta en la atención a las víctimas de violencia.

2.7. 1er Seminario Nacional del Proyecto

Del 5 al 6 de diciembre del presente año se realizó el I Seminario Nacional de “Atención integral de salud a víctimas de la violencia” en el marco del Proyecto. En dicho evento participaron docentes de la UNMSM, INMP, representantes de las regiones, invitados de Harvard, representante de JICA-Japón, y JICA-Perú, haciendo un total de 91 asistentes.

(1) Objetivos

Socializar la intervención realizada por las regiones para mejorar la atención integral de salud a víctimas de la violencia y discutir propuestas para el sostenimiento del proyecto en los ámbitos focalizados con apoyo de las instituciones ejecutoras.

(2) Metodología

La metodología desarrollada fue:

Mañana del Primer Día: Mesa Redonda de Presentación de Resultados con la participación del INMP; UNMSM, Región Ayacucho y el comentario del Dr. Richard Mollica.

Tarde del Primer Día: Taller de Involucrados con participación de las regiones e instituciones ejecutoras a las que se integraron los invitados internacionales. En los talleres los principales temas de discusión fueron: Atención Integral en salud a población afectada por violencia y sostenibilidad del Proyecto.

Mañana del Segundo Día: Mesa Redonda de Regiones, con la presentación de propuestas por cada uno de los temas discutidos el día anterior. Mesa redonda de Instituciones (INMP, UNMSM, MINSA, HPRT) quienes también presentan sus propuestas y conclusiones entorno a la sostenibilidad del proyecto.

Tarde del Segundo Día: Exposición de los invitados de Harvard, con el tema de Autocuidado.

Complementariamente al Seminario Nacional, se realizó una Exposición Fotográfica con los trabajos realizados por las Regiones Focalizadas y las Instituciones ejecutoras y la Muestra Fotográfica de “Yuyanapaq” (Para Recordar) del Museo de la Memoria formado a partir del trabajo de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación. También el primer día en la tarde se realizó una muestra teatral a cargo del Grupo de Teatro Yuyaskani y una actividad de integración con la presentación de danzas típicas al concluir el evento.

Los resultados del seminario están resumido en el Resumen Ejecutivo de informe de intermedio y su Anexo 5 “Informe del I Seminario Nacional”.

2.8. Evaluación del Proyecto por la organización peruana

De acuerdo con el contrato suscrito con la Universidad Peruana Cayetano Heredia, el Informe Preliminar de la Evaluación fue presentado el 14 de setiembre al Comité Técnico del Proyecto. En el siguiente cuadro presentamos un resumen de los principales aspectos de la evaluación. Informe completo se ubica en Apéndice 7 del este informe.

Tabla 8 Lineamiento de estudio de evaluación por UPCH

Organización ejecutora	Universidad Peruana Cayetano Heredia
Periodo de estudio	Del 01/06/2007 al 30/10/2007
Sitio de estudio	5 Microredes del Proyecto: Ascensión, Techo Obrero, San Martín de Pangoa, Huaycan y Belén.
Aspectos principales de evaluación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención ofrecida a víctimas de violencia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acciones realizadas post capacitación ▪ Cambios incorporados en la atención 2. Utilización de sistema de referencia y contrarreferencia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manejo de instrumentos ▪ Funcionamiento del sistema ▪ Participación en el sistema 3. Cambio de actitudes para la atención a víctimas de violencia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nivel de autoconfianza ▪ Reconocimiento de dificultades personales ▪ Reconocimiento de dificultades institucionales 4. Percepción del usuario –víctima de violencia sobre la atención recibida <ul style="list-style-type: none"> ▪ Necesidades sentidas de atención ▪ Expectativas de atención en los diferentes ámbitos de intervención ▪ Percepción de satisfacción 5. Escenario local del proyecto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Políticas locales para atención a víctimas de violencia ▪ Presupuesto asignado para atender a víctimas de violencia.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilidad de suministros (medicamentos, personal, equipamiento)
Metodología	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grupos focales con Profesionales, No Profesionales, Promotores y Proveedores de ONGs en cada una de las 5 áreas de intervención. 2. Cuestionario sobre desempeño y actitudes aplicado previamente a los participantes de los grupos focales. 3. Entrevistas a Usuarios- Víctimas de violencia. <p>Entrevistas a Informantes claves. Para complementar la comprensión de la lógica y en entorno de la implementación del proyecto.</p>

(Fuente: Universidad Peruana Cayetano Heredia (2007), “informe de inicio”)

2.9. Evaluación Final del Proyecto

La evaluación Final del proyecto se llevó a cabo en el mes de octubre de 2008 por la misión del JICA y por el CCC (evaluación conjunta). Los resultados de la evaluación fueron discutida por la 10ma reunión del CCC. Informe completo de la evaluación final se ubica en la Apéndice 6 de este informe.

2.10. Seminario Internacional del Proyecto

En esta oportunidad participarán 16 países de la región entre los que se encuentran: Argentina, Honduras, Bolivia, México, Brasil, Nicaragua, Colombia, Panamá, Costa Rica, Paraguay, Chile, Uruguay, Ecuador, Venezuela, El Salvador, Guatemala.

El equipo de JICA-SSC elaboró los criterios de selección de los representantes de cada país para que JICA-Perú gestione las invitaciones. Con el presente informe se adjunta la propuesta y la Ficha de registro de los Participantes.

Tabla 9 lineamiento del seminario internacional

Objetivo	<p>General Socializar con los países de la región los resultados obtenidos, lecciones aprendidas y perspectivas de la atención integral de salud a víctimas de violencia a partir de la experiencia peruana.</p> <p>Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Presentar el proyecto y la evaluación integral de resultados realizada en los ámbitos priorizados. (2) Discutir sobre las metodologías de capacitación a profesionales y estrategias de intervención comunitaria para no profesionales en la atención integral de salud a víctimas de violencia. (3) Recibir aportes de los países visitantes considerando los resultados de la experiencia peruana en la atención integral de víctimas de violencia. (4) Elaborar consensos básicos para la atención integral de víctimas de violencia a partir de la experiencia peruana.
Fecha	4 y 5 de Febrero
Lugar	Lima-Perú
Participantes	<p>Nacionales: MINSA: 27 docentes de HHV, HVLH, INSMNoguchi capacitados por HPRT, 5 Coordinadores Regionales del Proyecto 24 Responsables de Salud Mental. UNMSM: 19 docentes capacitados por HPRT INMP: 4 docentes capacitados por HPRT</p> <p>Internacionales: (dos representantes por país) 32 invitados de los países de Argentina, Honduras, Bolivia, México, Brasil, Nicaragua, Colombia,</p>

	<p>Panamá, Costa Rica, Paraguay, Chile, Uruguay, Ecuador, Venezuela, El Salvador, Guatemala. Agencias de Cooperación: JICA-Perú, USAID Instituciones Nacionales: APCI Embajada: Japón</p>
Programa	<p>Lunes 4 de Febrero 2008</p> <p>8:00-8:30 Recepción de participantes 8:30 -8:40 Palabras de Bienvenida (JICA Perú) 8:40-9:00 Palabras (Rector de la UNMSM) 9:00-9:15 Inauguración del Seminario Internacional (Ministro de Salud) 9:15-10:00 Exposición "Presentación del Proyecto" 10:00-10:15 Refrigerio 10:15-10:45 Exposición "Avance y Retos de la Salud Mental en el Perú" 10:45-11:15 Exposición "Violencia en el Perú y Latinoamérica" 11:15-11:45 Exposición sobre Actividades desarrolladas en el Proyecto por el Programa de Refugiados por Trauma, Universidad de Harvard 11:45-12:15 Presentación de los Resultados de la Evaluación Integral del Proyecto 12:15-12:30 Metodología de Presentación de Resultados 12:30-14:00 Almuerzo 14.00-17:00 Presentación de Resultados del Proyecto Grupo 1: <u>Resultado 4.</u>(Coordinadores Locales del Proyecto) Grupo 2: <u>Resultado 1y 2.</u> (UNMSM) <u>Resultado 3 (INMP)</u> 17:00-19:00 Exposición de Experiencia Internacional sobre Violencia</p> <p>Martes 5 de Febrero 2008</p> <p>8:00-11:00 Presentación de Resultados del Proyecto (continuación) Grupo 1 : <u>Resultado 1y 2.</u> (UNMSM) <u>Resultado 3 (INMP)</u> Grupo 2 : <u>Resultado 4.</u>(Coordinadores Locales del Proyecto) 11:00-12:30 Elaboración de Consensos sobre la atención integral de salud a víctimas de violencia y Recomendaciones. 12:30-14:00 Almuerzo 14:00-16:00 Mesa Redonda: Consenso sobre la atención integral de salud a víctimas de violencia y Recomendaciones. Moderadora: Dr. Luís Miguel León Director Ejecutivo de Atención Integral MINSA 16:00-16.15 Refrigerio 16:15-17:00 Clausura del Seminario (Viceministro de Salud)</p>

Al final del seminario, elaboraron el consenso para la atención integral a víctimas de violencia.

<p>I SEMINARIO INTERNACIONAL DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA 4 Y 5 DE FEBRERO DE 2008 LIMA, PERU</p> <p>CONSENSO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tener en cuenta en el marco conceptual de violencia no solo la violencia política, sino incluir otros tipos de violencia (genero, sexual, maltrato infantil) - Trabajar los temas de violencia con los diferentes actores impulsando el trabajo en red con las instituciones y la comunidad. - Un modelo de atención de salud integral implica la realización de actividades de autocuidado como una forma de prevenir el desgaste de los cuidadores "Cuidar al cuidador es vital cuando se atiende a
--

en reparación post violencia”

- El seguimiento y monitoreo son fundamentales en los procesos de formación de los profesionales de salud. Debe permanecer el vínculo con las instituciones formadoras después de la capacitación
- Se debe asegurar la sostenibilidad de los programas de salud mental generando responsabilidad en el nivel de los gobiernos locales, regionales y nacionales.
- Es de vital importancia incluir en la formación de los profesionales de salud y otras profesiones los temas de prevención y atención de violencia en los cursos del pre y post grado de las universidades. Para lo que se recomienda que la Asamblea Nacional de Rectores se comprometa a realizar la reforma curricular correspondiente que incluya temas de violencia
- Generar y fortalecer vínculos de comunicación a nivel regional, nacional e internacional a través de una red virtual (exalumnos de HPRT, docentes de la diplomatura y ex alumnos diplomados) para compartir las experiencias en la implementación de las intervenciones de campo y la formación continua de recursos humanos

Recomendaciones

- Generación de normas legales a fin de que se considere presupuestos permanentes para la atención y prevención de violencia (personal, medicamentos, logística) en las localidades
- Asegurar la sostenibilidad asegurando el presupuesto para el monitoreo y seguimiento del proyecto profundizándolo en las cinco regiones.
- Los materiales que se elaboren sobre el tema de violencia deben ser sensibles culturalmente.
- Extender la inclusión en la currícula académica de la formación de los profesionales de universidades regionales con participación de docentes locales.
- Construir modelos de intervención en violencia respetando lo cultural
- Crear un comité coordinadores nacionales, regionales y locales que involucre a todas las instituciones que trabajan el tema de violencia.
- Se recomienda la difusión e implementación del Plan nacional de Salud Mental a través de planes regionales y locales.
- Se recomienda la ejecución de talleres de involucrados a nivel multisectorial para integrar las acciones de los diferentes actores
- Que las futuras acciones a implementar tengan sustento en la investigación científica que valide su ejecución.
- Tomar en consideración experiencias exitosas de otros programas y proyectos (Caso AIEPI) que facilite la institucionalización del Proyecto de Atención Integral a Víctimas de Violencia
- Dar viabilidad a los dispositivos legales y normas administrativas existentes del MINSA que proponen la implementación de los comités consultivos integrados por: población afectada, organismos de cooperación, universidades y ONGs,

2.11. Actividades de Relación Pública

El presente Proyecto ha sido promocionado y divulgado a través de diferentes medios de comunicación, de la siguiente manera.

- (1) 19 de agosto de 2005
Entrevistas de la emisora de radio local y del periódico comunitario en el taller de sensibilización organizado en la microrred de Huancan
- (2) 31 de enero de 2006
Publicación de un artículo sobre la capacitación de HPRT en la página electrónica de “El Comercio” (periódico de mayor circulación en el Perú)
- (3) 20 de enero de 2006
Publicación de un artículo sobre la capacitación de HPRT en la “Prensa Nikkei (diario común) (con fotografía del taller en Huancan)
- (4) 20 de enero de 2006
Publicación de un artículo sobre la capacitación de HPRT en “Perú Shimpó” (diario común) (con fotografía del taller en Huancan)
- (5) 16 de febrero de 2006
Solicitud de entrevista personal a los participantes a la capacitación HPRT por el diario “El

Comercio”. Respondieron el Dr. Campos del Hospital Valdizán y el Mg. Tobe del Equipo de expertos de JICA.

- (6) 16 de febrero de 2006
Presentación en vivo de los dos doctores mencionados en un programa de radio en la ciudad de Lima.
- (7) 20 a 22 de noviembre
La Morikawa y el Sr. Tobe del equipo de JICA presentaron el presente Proyecto en la VIII Conferencia de Asia Pacífico sobre Medicina en Desastre, el título de la presentación fue “Cuidado de Salud Mental y cuidado psicológico a largo plazo para víctimas de violencia”.
- (8) diciembre de 2006
El Dr. Garmendia de la UNMSM presentó la Revista Diagnóstico donde presentó el tema “Propedéutica y Patología General de la Violencia” basada en la experiencia del proyecto.
- (9) Mayo 2007
El Dr. Garmendia de la UNMSM fue invitado del Programa de Televisión (Canal 6) “Fulanos y Menganos” donde explicó los avances del Proyecto.

Además de estas publicaciones, varias presentaciones y publicaciones han hecho especialmente por los docentes de UNMSM. También MINSA hizo publicaciones sobre avances del proyecto en su página del Web.

3. Avance de Actividades Relacionado con el Resultado 1 del Proyecto

3.1. Revisión del Currículo, Silabo y Guías para Profesores de la Facultad de Medicina, UNMSM

En la Facultad de Medicina, se ha efectuado el diagnóstico de las asignaturas de las cinco escuelas que deberían tener contenidos sobre el tema de violencia; para la incorporar los tópicos de Derechos Humanos y Atención Integral en todos los cursos del pre- y post-grado. Se ha elaborado el cronograma de actividades para ejecutar talleres con 9 de los 12 departamentos académicos de la Facultad de Medicina, UNMSM; construcción de instrumentos para efectuar los talleres con los departamentos académicos, construcción de la metodología y programa de talleres presenciales.

La información adjunta indica el avance alcanzado en la modificación del silabus hasta diciembre 2007.

Tabla 10 Avances de la Modificación del Currículo para la Capacitación de los Docentes y de Pre-grado de la Facultad de Medicina de UNMSM (2005-2007)

Escuelas/Año	Asignaturas	2005		2006		2007	
MEDICINA HUMANA	20	9	(45%)	13	(65%)	15	(75%)
OBSTETRICIA	20	9	(45%)	10	(50%)	16	(80%)
ENFERMERÍA	12	5	(42%)	6	(50%)	8	(67%)
TECNOLOGÍA MÉDICA	19	6	(32%)	6	(32%)	8	(42%)
NUTRICIÓN	11	1	(9%)	2	(18%)	4	(36%)
TOTAL	82	30	(37%)	37	(45%)	51	(62%)

(Fuente: UNMSM)

3.2. Aprobación del Plan Curricular de la Diplomatura

El 9 de febrero del 2007 el Rector de la UNMSM ratifica la creación de la Diplomatura de Atención Integral de Salud a Víctimas de la Violencia, de la Unidad de Post Grado de la Facultad de Medicina, así como su Plan Curricular y el número de vacantes.

4. Avance de Actividades Relacionados con Resultado 2 del Proyecto

4.1. 2do año del Proyecto

4.1.1. Desarrollo del Programa y Materiales para la Capacitación del Personal de Salud

(1) Criterio de Selección de Participantes para la Diplomatura

En el 5to CT en 29 de mayo de 2006, MINSA ha propuesto los siguientes criterios de selección para los capacitados y en el 5to CCC estuvieron de acuerdo:

- Profesionales de salud trabajando en las 5 regiones
- 40 profesionales de cada zona
- personal permanente preferentemente (no personal contratado)
- aquellos que se comprometan en terminar el curso de diplomado y que continúe trabajando en las áreas priorizadas (zonas piloto del proyecto)
- aquellos que tengan acceso al uso de Internet, tengan una dirección de correo electrónico

(2) Módulos y Cronograma de la Diplomatura

En el 5to CT, El Dr. Garmendia presentó un plan con un programa de capacitación, éste consiste de 6 módulos que requerirán de 36 créditos en total para el curso de diplomado “Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia”.

Módulo 1: Calidad humana y ética en la atención de salud a personas afectadas por la violencia

Módulo 2: Promoción de la salud y cultura de paz

Módulo 3: Atención integral de salud al niño y al adolescente afectado por la violencia

Módulo 4: Atención integral de salud a la mujer afectada por la violencia

Módulo 5: Atención integral de salud al adulto y adulto mayor afectado por la violencia

Módulo 6: Gestión del cuidado

A la fecha del 7mo. CCC en diciembre de 2006, se ha concluido la elaboración de los seis Módulos de la Diplomatura de Atención Integral de Salud Víctimas de la Violencia.

(3) Equipo de Docentes del Curso Diplomatura

De los cincuenta participantes en la Capacitación HPRT, cuarenta pertenecen al área de Lima (diez son de las cinco Disas) y han formado seis grupos de acuerdo a sus especialidades. Cada grupo será asignado para la preparación e implementación de un módulo.

4.1.2. Implementación de Capacitación de Personal Profesional de Salud en 5 Regiones

(1) Cronograma

A continuación se indica el Cronograma del curso diplomatura en el Segundo año del proyecto.

Tabla 11 Cronograma del I Curso Diplomatura (2nd Año: junio de 2006 a marzo de 2007)

DISA (Microred)	Fase	MODULO I		MODULO II		MODULO III	
		Inicio	Término	Inicio	Término	Inicio	Término
LIMA ESTE	No Presencial	26/06/2006	14/07/2006	22/07/2006	18/08/2006	26/08/2006	24/09/2006
(Huaycan)	Presencial	17/07/2006	21/07/2006	21/08/2006	25/08/2006	25/09/2006	30/09/2006
HUANCAVELICA	No Presencial	03/07/2006	30/07/2006	04/08/2006	01/09/2006	07/09/2006	08/10/2006
(Ascencion)	Presencial	31/07/2006	02/08/2006	04/09/2006	06/09/2006	09/10/2006	11/10/2006
CUSCO	No Presencial	10/07/2006	09/08/2006	14/08/2006	13/09/2006	17/09/2006	22/11/2006
(Techo Obrero)	Presencial	10/08/2006	12/08/2006	14/09/2006	16/09/2006	24/11/2006	26/11/2006
AYACUCHO	No Presencial	17/07/2006	11/08/2006	17/08/2006	17/09/2006	21/09/2006	20/10/2006
(Belén)	Presencial	14/08/2006	16/08/2006	18/09/2006	20/09/2006	23/10/2006	25/10/2006
JUNIN	No Presencial	24/07/2006	30/08/2006	04/09/2006	30/09/2006	05/10/2006	28/11/2006
(San Martín de Pangoa)	Presencial	31/08/2006	02/09/2006	02/10/2006	04/10/2006	29/11/2006	01/12/2006

DISA (Microred)	Fase	MODULO IV		MODULO V		MODULOVI	
		Inicio	Término	Inicio	Término	Inicio	Término
LIMA ESTE	No Presencial	01/10/2006	12/11/2006	18/11/2006	07/01/2007	13/01/2007	04/02/2007
(Huaycan)	Presencial	13/11/2006	17/11/2006	08/01/2007	12/01/2007	05/02/2007	09/02/2007
HUANCAVELICA	No Presencial	12/10/2006	26/11/2006	30/11/2006	22/01/2007	26/01/2007	13/02/2007
(Ascencion)	Presencial	27/11/2006	29/11/2006	23/01/2007	25/01/2007	14/02/2007	16/02/2007
CUSCO	No Presencial	27/11/2006	06/12/2006	10/12/2006	29/01/2007	02/02/2007	21/02/2007
(Techo Obrero)	Presencial	07/12/2006	09/12/2006	31/01/2007	01/02/2007	22/02/2007	24/02/2007
AYACUCHO	No Presencial	26/10/2006	19/11/2006	23/11/2006	02/02/2007	08/02/2007	23/02/2007
(Belén)	Presencial	20/11/2006	22/11/2006	05/02/2006	07/02/2007	26/02/2007	28/02/2007
JUNIN	No Presencial	02/12/2006	13/12/2006	16/12/2006	21/02/2007	25/02/2007	04/03/2007
(San Martín de Pangoa)	Presencial	14/12/2006	15/12/2006	22/02/2007	24/02/2007	05/03/2007	07/03/2007

(Fuente: Cronograma de viajes)

(2) Información sobre participantes de Diplomatura en Regiones

El presente cuadro contiene información sobre los participantes a la diplomatura en regiones: micro red de procedencia, sexo y profesión.

Tabla 12 Información sobre participantes de Diplomatura (Sexo y Profesión: 2nd Año)

REGION	Total	Microred Focalizada		Sexo		Profesión							
		Dentro	Fuera	M	F	Médicos	Obstetra	Enfermeras	Obstetrices	Psicólogos	Trabajador Social	Biólogo	Odontólogo
Ayacucho	40	32	8	5	35	7	0	14	11	1	4	2	1
Cusco *	40	33	5	2	36	4	0	18	12	3	0	0	1
Huancavelica	40	10	30	18	22	12	3	14	4	3	0	0	4
Huaycan	40	32	8	11	29	13	0	13	9	1	1	0	3
Junin	32	7	25	13	19	8	1	10	2	8	2	0	1
Total	192	114	76	49	141	44	4	69	38	16	7	2	10

(Fuente: Regiones -Listado de Participantes)

(3) Información sobre egresados de HPRT

En el mes de febrero del 2007 el proyecto realizó el seguimiento de los profesionales egresados del HPRT, para lo cual se tomaron en cuenta 4 indicadores: participación en la elaboración de los módulos de la diplomatura, viaje a regiones para el dictado del curso, participación en las reuniones de coordinación semanal en la unidad de post grado de la UNMSM, no participación por cambio de cargo.

Como resultado del seguimiento se obtuvo que: el grupo de docentes integrado por UNMSM,

MINSA, INMP, INSMHDHNoguchi, Hospital Hermilio Valdizán y Hospital Víctor Larco Herrera de un total de 41 asistentes al curso del HPRT:

- 35 personas (85%) participaron en la elaboración de los módulos,
- 37 viajaron a regiones (90%),
- 37 participaron en las reuniones semanales (90%) y
- 2 personas de MINSA no participaron por cambio de cargo.

Tabla 13 Seguimiento a Profesionales Nacionales Capacitados por HPRT

Organización	Participante Total	Elaboración de Módulos		Viaje a regiones		Participación en reuniones semanales		No participa por cambio de cargo	
UNMSM	19	18	95%	18	95%	18	95%	0	0%
MINSA	5	3	60%	3	60%	3	60%	2	40%
H. Valdizán Hospital	5	3	60%	4	80%	5	100%	0	0%
IEMP	4	4	100%	4	100%	4	100%	0	0%
INSM-Noguchi	5	4	80%	5	100%	4	80%	0	0%
Larco Herrera Hospital	3	3	100%	3	100%	3	100%	0	0%
Total	41	35	85%	37	90%	37	90%	2	5%

(Fuente: Seguimiento a egresados de HPRT – Feb. 2007)

De igual manera, se realizó el seguimiento a las regiones, para lo cual se formularon cuatro indicadores: coordinación de la diplomatura a nivel local, coordinación de las actividades comunitarias, atención directa de casos y no participación por cambio de cargo.

De las 9 personas de regiones que participaron en el curso de HPRT:

- 5 personas (56%) coordinaron la ejecución del curso diplomatura en sus regiones,
- 5 personas (56%) realizaron la coordinación de las actividades comunitarias,
- 5 personas (56%) atendieron directamente casos de violencia.
- 3 personas (33%) no participaron en ninguna actividad del proyecto por cambio de cargo.

Tabla 14 Seguimiento a Profesionales Regionales Capacitados por HPRT

REGION	Participante Total	Coordinación local de la Diplomatura		Coordinación de las Actividades Comunitarias		Atención directa a casos de violencia		No participa por cambio de cargo	
Huancavelica	2	1	50%	1	50%	1	50%	1	50%
Ayacucho	2	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%
Cuzco	1	1	100%	1	100%	1	100%	0	0%
Junín	2	1	50%	1	50%	2	100%	0	0%
Lima Este	2	2	100%	2	100%	1	50%	0	0%
Total	9	5	56%	5	56%	5	56%	3	33%

(Fuente: Seguimiento a egresados de HPRT- Feb.2007)

4.1.3. Monitoreo y Evaluación del Curso Diplomatura

En esta oportunidad la UNMSM ha previsto la evaluación por módulo con pruebas de entrada y salida para todos los módulos, de manera particular el Módulos I cuenta con una Ficha de Evaluación del Paciente Estandarizado la misma que se aplica después del visionado de un video de atención al paciente víctima de violencia. Asimismo, cada módulo cuenta con tareas y trabajos cuya calificación también forma parte de la evaluación de los participantes a la Diplomatura. Finalmente, la asistencia y permanencia de los participantes durante la fase presencial forman parte de la evaluación integral del participante.

Sobre la evaluación del Curso Diplomatura, se estableció:

- (1) Evaluación de los estudiantes por docentes
 - Prueba de evaluación del Paciente Estandarizado al inicio de la Diplomatura y después del visionado del video.
 - Trabajos indicados al final de cada módulo para ser resueltos en grupo o de manera individual.
 - Nivel de asistencia.
 - Examen al final de la Diplomatura, utilizando la prueba de inicio.
- (2) Evaluación del desarrollo del módulo por los participantes
 - Al final de cada módulo los docentes entregaron un cuestionario para ser llenado por los participantes para calificar /evaluar el desarrollo del módulo.

En Setiembre del 2007 los docentes se encuentran en el proceso de calificación de los profesionales de salud que participaron en el I Curso Diplomatura

En relación al seguimiento de los ex-diplomados, los participantes presentarán un caso el mismo que:

- Será presentado a la UNMSM
- El equipo de HPRT, JICA-SSC y docentes ofrecen sus opiniones y análisis.
- Se devuelve la información a los ex-diplomados.
- Con el apoyo de JICA-SSC se realiza la publicación de los casos y su análisis.

4.2. 3r año del Proyecto

4.2.1. Desarrollo del Programa y Materiales para la Capacitación del Personal de Salud

En el 8vo. CCC se definieron los criterios para la selección del personal Profesional que participará en el II Curso Diplomatura, acordando implementar en ésta oportunidad criterios básicos, complementarios y procedimientos para la selección. El resumen de la discusión está señalado en el Resumen Ejecutivo del presente informe.

Tabla 15 Criterio de Selección Participantes del Curso Diplomatura (3er. Año del Proyecto) Decisión del 8vo. CCC.

<p>[Criterio Básico]</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Ser profesional de salud en ejercicio en las <i>microredes focalizadas</i>➤ Ser personal permanente preferentemente➤ Estar trabajando actualmente en el primer y segundo nivel de atención➤ Declarar compromiso personal para trabajar con personas afectadas por la violencia➤ Tener acceso a Internet➤ Compromiso a no realizar una capacitación paralela <p>[Criterio Complementario]</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Poder incorporar a profesionales de otras microredes / redes afectadas por la violencia, colindante a la zona focalizada.➤ Poder incorporar a los docentes de las universidades regionales, facultades de medicina, psicología, enfermería, obstetricia y trabajo social, previo compromiso para asesorar a los diplomados.➤ Poder incorporar profesionales de salud trabajando en otras instituciones locales que atienden caso de violencia: ej. Hospital local de EsSalud, Vicaria, Centro Emergencia Mujer (CEM), Policía, Instituto Nacional de Bienestar Familiar (INABIF), SANIDAD, Municipalidad. <p>Como procedimientos para la selección de participantes a la diplomatura, las instituciones y regiones asistentes sugieren que:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Informar a los candidatos o profesionales seleccionados sobre las características de la capacitación➤ Los profesionales deben postular a la diplomatura y no solo ser designados.➤ Pasar una entrevista personal y la revisión de su curriculum vitae.➤ La DISA-DIRESA debe emitir una resolución o documento que formalice asegurar permiso
--

(1) Manuales de Módulos del Curso Diplomatura

Concluida la elaboración de los módulos en noviembre del 2006, el equipo de expertos de JICA-SSC y el grupo de HPRT revisaron los módulos y elaboraron el respectivo informe. El informe del JICA-SSC se puede ubicar en el anexo 4 del presente informe.

El 8 de febrero los resultados de la revisión de los manuales realiza por ambos equipos fue socializado con el Dr. Garmendia, quien en fecha posterior socializó con los docentes.

El grupo de docentes a su vez revisará y mejorará los módulos considerando las observaciones del equipo de JICA-SSC.

4.2.2. Implementación de Capacitación de Personal Profesional de Salud en 5 Regiones

El 6 de Agosto del 2007 el Comité Técnico del Proyecto realizó una reunión extraordinaria donde se trataron los siguientes puntos de agenda:

o Implementación del Curso Diplomatura

El Dr. Fausto Garmendia, informó al Comité que en reunión anterior sostenida entre el Decano la Facultad de Medicina Dr. Emilio Blanco, Dr. Pedro Mendoza y Sr. Fernando Gabriel Charatona Asesor Financiera de la UNMSM, concluyeron en que es factible que la universidad valore su aporte como contrapartida que incluye los derechos de matrícula y certificación a los participantes de la Diplomatura de acuerdo con el Convenio suscrito por el Rector de la UNMSM al inicio del Proyecto.

En este sentido, el Dr. Garmendia ha iniciado el trámite administrativo interno para formalizar la Diplomatura. Asimismo, solicitará autorización para iniciar el II Curso Diplomatura para el período agosto2007-marzo2008.

- Certificación de los diplomados del 2006

Al respecto el Dr. Garmendia informó que con anterioridad se ha enviado al Rector la nómina de los capacitados, para que emita una Resolución Rectoral de entrega de certificados. Indicó que solo se entregarán certificados a los alumnos que hayan alcanzado nota aprobatoria. Actualmente, el Dr. Garmendia hace la consolidación de las notas obtenidas por cada participante en cada módulo.

(1) Cronograma

A continuación se presenta el Cronograma del II Curso Diplomatura para el período agosto2007/marzo2008.

Tabla 16 Cronograma del II Curso Diplomatura (3er Año: agosto2007 a marzo de 2008)

DISA (Microred)	Fase	MODULO I		MODULO II		MODULO III	
		Inicio	Término	Inicio	Término	Inicio	Término
LIMA ESTE (Huaycan)	No Presencial	06/08/2007	26/08/2007	30/08/2007	18/09/2007	22/09/2007	16/10/2007
	Presencial	27/08/2007	29/08/2007	19/09/2007	21/09/2007	17/10/2007	19/10/2007
AYACUCHO (Belén)	No Presencial	06/08/2007	26/08/2007	30/08/2007	18/09/2007	22/09/2007	16/10/2007
	Presencial	27/08/2007	29/08/2007	19/09/2007	21/09/2007	17/10/2007	19/10/2007
CUSCO (Techo Obrero)	No Presencial			08/09/2007	26/09/2007	30/09/2007	24/10/2007
	Presencial	05/09/2007	07/09/2007	27/09/2007	29/09/2007	25/10/2007	27/09/2007
JUNIN (San Martín de Pangoa)	No Presencial			16/09/2007	03/10/2007	07/10/2007	07/11/2007
	Presencial	13/09/2007	15/09/2007	04/10/2007	06/10/2007	08/11/2007	10/11/2007
HUANCAVELICA (Ascencion)	No Presencial			22/09/2007	10/10/2007	14/10/2007	22/11/2007
	Presencial	19/09/2007	21/09/2007	11/10/2007	13/10/2007	23/11/2007	25/11/2007

DISA (Microred)	Fase	MODULO IV		MODULO V		MODULO VI	
		Inicio	Término	Inicio	Término	Inicio	Término
LIMA ESTE (Huaycan)	No Presencial	20/10/2007	20/11/2007	24/11/2007	18/12/2007	22/12/2007	23/01/2008
	Presencial	21/11/2007	23/11/2007	19/12/2007	21/12/2007	24/01/2008	26/01/2008
AYACUCHO (Belén)	No Presencial	20/10/2007	20/11/2007	24/11/2007	18/12/2007	22/12/2007	23/01/2008
	Presencial	21/11/2007	23/11/2007	19/12/2007	21/12/2007	24/01/2008	26/01/2008
CUSCO (Techo Obrero)	No Presencial	28/10/2007	28/11/2007	1/12/2007	16/12/2007	20/01/2008	13/02/2008
	Presencial	29/11/2007	31/11/2007	17/01/2008	19/01/2008	14/02/2008	16/02/2008
JUNIN (San Martín de Pangoa)	No Presencial	11/11/2007	05/12/2007	9/12/2007	25/01/2008	27/01/2008	20/02/2008
	Presencial	06/12/2007	08/12/2007	24/01/2008	26/01/2008	21/02/2008	23/02/2008
HUANCAVELICA (Ascencion)	No Presencial	26/11/2007	08/01/2008	12/01/2008	05/02/2008	09/02/2008	03/03/2008
	Presencial	09/01/2008	11/01/2008	06/02/2008	08/02/2008	04/03/2008	06/03/2008

(Fuente: Cronograma de viajes de la UNMSM)

(2) Información sobre participantes de Diplomatura en Regiones

El presente cuadro contiene información sobre los participantes al II Curso Diplomatura por regiones de acuerdo a: lugar de procedencia, institución, sexo y profesión.

Tabla 17 Información sobre participantes de Diplomatura (Institución y Sexo: 3r Año)

REGION	Total	Microred Focalizada		Institución				Sexo	
		Dentro	Fuera	Hospital	Diresa	Universidad	Otras*	M	F
Ayacucho	40	8	10	11	0	4	7	30	10
Cusco	36	7	15	5	0	2	7	24	12
Huancavelica	40	2	31	2	1	4	0	23	17
Huaycan	40	-	-	-	-	-	-	-	-
Junín	44	5	34	3	2	0	0	29	15
Total	200	-	-	-	-	-	-	-	-

* Policía Nacional, EsSalud, Centro de Emergencia Mujer , Mesa de Lucha contra la Violencia

(Fuente: Regiones -Listado de Participantes)

Tabla 18 Información sobre participantes de Diplomatura (Profesión: 3r Año)

REGION	Profesión														
	Méd	Obs	Enfer	Obstet	Psic	Trabr Soc	Bio	Odon	Comun	Socio	Tec Méd	Nutric	Prof	Abog	Pol
Ayacucho	4	0	15	8	3	7	1	0	2	0	0	0	0	0	0
Cusco	7	0	9	12	1	2	0	0	1	0	0	1	1	1	1
Huancavelica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Huaycan	2	0	9	2	5	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0
Junín	9	1	20	4	7	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0

(Fuente: Regiones -Listado de Participantes)

4.3. Taller de Compartir Experiencia en 5 Microredes Focalizados

Desde el primer año del Proyecto la reunión preparatoria del CCC se realizó con las regiones. En el 7mo CCC la reunión preparatoria con las regiones fue denominada Taller de Compartir Experiencia, el resultado de dicha discusión se incluye en el Acta de discusión del CCC.

4.4. Publicación del Boletín del Curso Diplomatura

Un boletín será publicado, en español e inglés como parte de las actividades de relaciones públicas, y será distribuido a nivel de las instituciones participantes así como a los donantes. Este primer periódico del Proyecto dará una breve descripción del mismo así como los logros principales y objetivo del Resultado 2 referido a la capacitación del Curso de Diplomatura.

Después de seis meses de la primera publicación el Proyecto elaboró el segundo artículo dado cuenta de los avances de la Diplomatura y la ejecución del Seminario Nacional.

5. Actividades Relacionados con Resultado 3 del Proyecto

5.1. 1er Año del Proyecto

5.1.1. Desarrollar el Programa, Materiales y el Mecanismo de Monitoreo y Evaluación para la Capacitación de la Salud Materno-infantil

(1) Módulos en la Capacitación en IEMP

La 2da reunión de CT en el 3 de mayo de 2005 decidió incluir el siguiente lineamiento en el 4to curso de capacitación en IEMP. El equipo de expertos JICA-SSC asistió técnicamente el desarrollo de materiales para el curso, según el siguiente lineamiento:

Violencia, Derechos Humanos, Inter-culturalidad, igualdad de géneros, salud comunal y Metodología de Enseñanza. Adicionalmente se impartirá el conocimiento y técnicas de salud materno-infantil que han sido impartidas desde el último curso.

(2) Perfil del Pasante

Para el primer grupo (4to curso), los participantes serán seleccionados entre los profesionales de salud de las áreas de capacitación y salud materno infantil de las DIRESAs y DISA para que puedan entrenar a trabajadores de nivel primario en Puestos de Salud y Centros de Salud a través de réplicas.

Para el segundo grupo, los participantes serán seleccionados entre los profesionales de salud que trabajan en Instituciones de nivel secundario como Hospitales y Centros de Salud.

La 3ra reunión de CCC estuvo de acuerdo sobre componentes de la capacitación en IEMP como a continuación se detalla:

(3) Visitas de Seguimiento

IEMP y MINSA harán un seguimiento de visita por cada centro en Septiembre para monitorear, supervisar y evaluar la capacitación en réplica de cada región

(4) El Centro de Capacitación Regional y la Visita de Seguimiento y Evaluación

Cada DISA es responsable de desarrollar el Centro de Capacitación Regional bajo la política de descentralización, a través del apoyo de los donadores externos (por ejemplo USAID, GTZ, ONGs) e incluso de este Proyecto. El progreso del desarrollo del centro de entrenamiento se supervisará y se evaluará a través de la visita de seguimiento y monitoreo/evaluación.

5.1.2. Resultado de la Capacitación: 4to Curso

IEMP informó al 3r CT el resultado del 4to curso de capacitación y el plan para los cursos subsiguientes así como para el monitoreo y evaluación tal como se indica en líneas abajo:

IEMP condujo el 4to curso de entrenamiento (1er curso del año) relacionado con “el desarrollo madre/niño y adolescente” en el mes de Junio-Julio 2005. Todos los 27 participantes de las 10 diferentes DISAs completaron exitosamente el curriculum de dicho curso de entrenamiento. Debido a que éste curso ha sido conducido como parte del Resultado 3 del Proyecto, el currículo del mismo fue modificado para que se incluya el tema de la Violencia contra la Mujer y Niños, equidad de género, métodos educacionales, y salud comunitaria así como la salud materna perinatal.

Este curso ha sido programado para que se entrene a líderes regionales para el desarrollo de un Centro Regional de Capacitación, de esta manera cada DISA podrá contar con recursos humanos

capacitados en sus propia región. Para en 4to Curso cada DISA seleccionó a profesionales administrativos de los diferentes hospitales regionales. Cabe señalar que, sólo un tercio de los seleccionados como entrenadores estuvo dentro del criterio requerido, el resto fueron profesionales de la salud de la parte administrativa de hospitales locales, o centros de salud. Como resultado, el 4to curso no pudo entrenar a suficiente número de personal para que trabajen como Líderes Regionales como era el objetivo inicial.

A partir del 6to curso en adelante (en 2006-2008) el IEMP entrenará a profesionales de la salud no-administrativos para que trabajen con líderes regionales para el desarrollo de los centros regionales de salud. La currícula del entrenamiento será revisada para que se incluyan más componentes en la salud mental de mujeres y niños incluyendo aprendizaje del entrenamiento HPRT.

El 3r CCC decidió la manera de selección de candidatos al 5to curso como siguiente:

El 5to Curso de Capacitación se realizó desde mediados de Noviembre hasta Diciembre del 2005. El curso tuvo a los líderes regionales para desarrollar el Centro de Capacitación Regional como sucedió con el 4to curso. Tomando en cuenta las lecciones aprendidas del curso anterior, los candidatos para el 5to entrenamiento fueron identificados directamente por IEMP y MINSA durante la visita de seguimiento.

5.1.3. Resultado de la Capacitación: 5to. Curso

La Quinta Capacitación en Salud materna infantil del IEMP fue convocada del 21 de noviembre al 17 de diciembre de 2005, a la que participó un total de 22 personas de nueve DISAs. (En un principio, se había previsto la participación de 23 personas, pero el participante de Ayacucho tuvo que cancelar inmediatamente antes del inicio del programa.)

Esta sesión, al igual que la 4to Curso, tuvo el objetivo de capacitar a los líderes administrativos para implementar el programa de capacitación en salud materna infantil en su respectivo Centro de Desarrollo de Competencia (CDC). Por lo tanto, los participantes fueron reforzados en su capacidad de administrar el programa de capacitación, pero se considera necesario que cada DISA tome la iniciativa al momento de impartir los cursos en la práctica.

En la siguiente Tabla se resumen los principales aspectos del currículo del 5to Curso de capacitación, haciendo una comparación con el curso anterior (4to curso).

Tabla 19 Comparación de currículos de capacitación en salud materno-infantil IV y VI cursos

No.	Módulos	Descripción	Tiempo (horas, %)			
			5to Curso		4to Curso	
1	Violencia política y familiar, y derechos humanos	Metodología de servicio y consultas de salud materno-infantil con prioridad a los derechos humanos, derechos de reproducción, derechos del paciente, y en el control de violencia	35	19 %	14	9 %
2	Promoción de salud	Técnicas y metodología de promoción de salud, prevención de enfermedades; desarrollo de actividades locales; y métodos de capacitación en materia de la salud materno-infantil	16	9 %	6	4 %
3	Técnicas didácticas	Técnicas didácticas y de enseñanza para los docentes en cada DISA (a nivel de redes y microredes)	40	22 %	40	25 %
4	Planificación de capacitación	Planificación del programa de capacitación en cada DISA (a nivel de redes y microredes)	19	10 %	16	10 %
5	Gestión de capacitación	Métodos de identificación de necesidades de capacitación, planificación de capacitación, monitoreo y control de capacitación en cada DISA (a nivel de redes y microredes)	24	13 %		
6	Salud materno-infantil (taller)	Actualización de las principales técnicas y conocimientos en materia de la salud materno-infantil	15	8 %	24	15 %
7	Salud materno-infantil (prácticas técnicas)	Prácticas y visitas de estudio relacionadas con las técnicas de salud materno-infantil	25	14 %	50	31 %
8	Monitoreo y evaluación	Monitoreo y evaluación de la capacitación (V Capacitación IEMP)	10	5 %	10	6 %
	Total		184	100 %	160	100 %

Nota) EL tiempo de capacitación no incluyen las horas de estudio en la noche.

(Fuente: Planes de capacitación IEMP sesiones IV y V)

(1) Diferencia con la sesión anterior

- Se incrementaron las horas destinadas a los módulos que tratan el tema de la violencia y de los derechos humanos (4to Curso: 14 horas (9 %), 5to Curso: 35 horas (19%))
- Se incrementaron las horas destinadas al tema de la salud comunitaria (promoción de salud) (4to Curso: 6 horas (4%), 5to Curso: 16 horas (9%)). Sin embargo, la visita a las comunidades que fue incluida inicialmente pero que no se materializó por falta del tiempo en la 4to Curso, no fue incluida desde un principio en esta sesión.
- Las horas destinadas a las técnicas didácticas (método didáctico para los docentes de capacitación) no han variado (40 horas).
- Se incrementaron las horas destinadas al tema de la metodología de implementación y administración de los programas de capacitación rural (4to Curso: 16 horas (10%), 5to Curso: 43 horas (23%)).
- Se redujeron las horas destinadas a la teoría y práctica sobre la salud materno-infantil (4to Curso: 74 horas (46%), 5to Curso: 40 horas (22%)).

(2) Evaluación

Se incrementaron tanto las horas como la distribución porcentual de los cursos sobre el tema de la violencia dentro del programa en general. Estos cursos recogieron una amplia gama de contenido sobre la violencia, no sólo de la violencia política por docentes de UNMSM, sino también sobre los derechos humanos y diferentes tipos de violencia (violencia familiar, violencia contra la mujer, violencia por los adolescentes) dictados por los docentes invitados, así como los métodos de detección y diagnóstico de las víctimas, métodos de entrevistas, etc. De esta manera, la capacitación en salud materna infantil ha sido rediseñada adecuándose mejor al marco conceptual del Proyecto en general.

Al igual que la sesión anterior, esta capacitación tenía por objetivo formar a los líderes en la

implementación de programas de capacitación en las secciones responsables de la capacitación en salud materna infantil de DISAs y hospitales regionales, y formar los recursos humanos capaces de responder a la realidad local a través de los programas de capacitación que sean impartidos a partir de este año 2007. El incremento de las horas destinadas a los módulos sobre la planificación y gestión de los programas de capacitación, concuerda con este objetivo.

En otras palabras, el objetivo del módulo de “la salud materno-infantil en su estricto sentido de la palabra” está en reforzar los conocimientos y habilidades técnicas necesarias para planificar y administrar el programa de capacitación por los participantes, más que en reforzar los conocimientos y el nivel técnico clínico de los propios participantes. Además, dado que esta capacitación estaba enfocada más que nada a entender por la salud materno-infantil en un marco integral que incluye también los temas de la violencia y la salud comunitaria. Por esta razón, se considera que el número y el porcentaje de las horas destinadas al módulo de la “salud materno-infantil en su estricto sentido de la palabra” se redujeron hasta un nivel razonable dentro del programa de capacitación en general.

5.1.4. Implementación del Seguimiento y Evaluación para la Capacitación en Salud Materna infantil: 1er año del Proyecto

En los meses de septiembre y octubre de 2005 se realizó la primera visita de seguimiento y evaluación a los participantes en la capacitación de IEMP (nueve regiones en total). La evaluación se finalizó para todos los participantes, excepto los dos de Huanuco y Ayacucho.

Como resultado, se encontró la necesidad de reforzar los temas de la violencia, respeto a la diversidad cultural, enfoque de género y de los derechos humanos, desde la siguiente capacitación.

Durante la visita realizada, se evaluaron y se seleccionaron los candidatos para participar en la próxima capacitación (5to Curso), de entre los oficiales que actualmente están ocupando cargos estratégicos.

Se realizó una segunda visita en los meses de febrero y marzo de 2006.

En la siguiente Tabla se presenta una comparación de los resultados de monitoreo realizado en 9 regiones.

Tabla 20 Tabla comparativa de los resultados del monitoreo realizado en 9 regiones
(Septiembre y octubre de 2005)

Indicadores	Ayacucho	Huancavelica	Ancash	Cajamarca	Cusco	Iquitos	Junín	Huanuco	Lima Este	Total (DISAs ejecutadas)	
<Aplicación de las técnicas adquiridas en la capacitación>											
1. Preparación del plan de ejecución del centro de capacitación regional	o	o	o	o	o	o	o	o	o	9	100%
2. Entrega de dicho plan a la respectiva DISA	o	o	o	o	o	o	o	o	o	9	100%
3. Aprobación del plan por DISA	x	x	x	x	o	x	x	x	x	1	11%
4. Ejecución del plan (Grado de cumplimiento del trabajo contemplado en el plan)	33%	83%	33%	83%	67%	67%	83%	33%	60%		
5. Ejecución de las actividades de salud regional de dicho plan	x	x	x	o	o	x	x	x	x	2	22%
6. Ejecución de la sensibilización en materia de los derechos de la madre y del niño	x	x	x	o	x	o	x	x	x	2	22%
7. Actividades orientadas al respeto de la diversidad cultural	o	o	x	x	o	x	o	x	x	4	44%
8. Detección de las víctimas de violencia	x	x	x	o	x	o	o	o	x	4	44%
9. Atención a las víctimas de violencia	x	o	x	o	x	o	o	o	x	5	56%
10. Propuesta de capacitación y participación al comité de planificación	o	o	o	o	o	o	x	o	o	8	89%
11. Refuerzo de las habilidades en la salud materno-infantil	o	o	o	o	o	o	o	o	o	9	100%
Ítems ejecutados (excepto "4. ejecución del plan")	5	6	4	8	7	7	6	6	4	5.9	
Grado de cumplimiento (en los 10 ítems, excepto "4. ejecución del plan")	50%	60%	40%	80%	70%	70%	60%	60%	40%	59%	
<Capacitación de réplica ejecutada>											
Ejecución de la capacitación de réplica	o	o	o	o	o	o	o	o	o	9	100%
Sesiones realizadas de la capacitación de réplica (Con la lista de participantes archivada)	1	3			4		1			9	
Núm. de participantes en la capacitación de réplica (Con la lista de participantes archivada)	5	72			108		39			224	

Nota) o: Ejecutado / x: No ejecutado (La evaluación se basó en las entrevistas a los participantes a la capacitación, informes entregados y los resultados del examen técnico [Ítem 11]).

(Fuente: Informe de Visita de Seguimiento y Evaluación de la Primera Capacitación IEMP-2005)

5.2. 2do año del proyecto

5.2.1. Desarrollar el Programa, Materiales y el Mecanismo de Monitoreo y Evaluación para la Capacitación de la Salud Materno-infantil

Este año, el curso de capacitación del INMP estuvo centrado en los profesionales de la salud que están atendiendo pacientes directamente en los establecimientos de salud (*nivel asistencial*) de las zonas del Proyecto. Los participantes pudieron mejorar sus habilidades en el área materna pediátrica incluyendo el cuidado para la víctima de violencia, así mismo pudieron dar soporte al centro de capacitación regional. El 6to curso se realizó el 26 de Junio y el 7mo curso en los meses de noviembre

a diciembre 2006.

El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) desarrolló un borrador modelo en el cuidado de la violencia contra la mujer, el mismo que fue aplicado desde el 6to Curso de Capacitación Materno Perinatal en Junio 2006. Este modelo fue desarrollado en base a la capacitación recibida por el equipo HPRT y que ha sido adaptada al contexto de la sociedad Peruana.

5.2.2. Resultado de la Capacitación: 6to Curso

En junio del 2006 (del 26 al 22 de julio) se desarrolló el 6to. Curso de Capacitación de Salud Materno Perinatal en el que participaron: 5 médicos, 7 enfermeras y 13 obstetricas de las 9 DIREAS. El presente curso, a diferencia de los anteriores, se enfocó al primer y segundo nivel de atención y los pasantes fueron seleccionados de las cinco microrredes focalizadas del proyecto (Huaycan, Techo Obrero, San Martín de Pangoa, Belén y Ascensión) y de otros establecimientos de las DIREAS de Ancash, Cajamarca, Loreto y Huanuco. Cabe señalar que los pasantes del 6to al 9no curso, tiene la tarea de integrar los componentes materno perinatales y de violencia en la atención de pacientes, además de incorporarse como docentes o tutores al Centro de Desarrollo de Competencias, organizado por los pasantes del 4to y 5to curso.

Tabla 21 Currículo de Capacitación en Salud Materno-Infantil VI curso

No.	Módulos	Descripción	Tiempo (horas, %)	
			6to Curso	
1	Plan de Trabajo con Enfoque Estratégico	Metodología para la elaboración de planes de trabajo con el Modelo SICAP a partir del análisis de la problemática de las DISAS e identificación de las necesidades de capacitación.	20	9%
2	Violencia I, II, III	Estado actual de: la violencia basada en género, maltrato infantil y del adolescente y estrategias de atención al paciente violentado; salud mental, diagnóstico y manejo y violencia en la gestante. Diagnóstico de la violencia contra la mujer a nivel local y modelo de atención integral de la mujer con enfoque de salud mental y de violencia.	17	8%
3	Capacitación en Servicio I-V	Desarrollo de destrezas en salud materno perinatal: atención integral en salud durante el embarazo, parto, puerperio, y al recién nacido. Manejo de las complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio y en el recién nacido. Guardias Nocturnas. Estrategias de promoción: lactancia materna y planificación.	179	83%
Total			216	100%

(Fuente: INMP (2006). Informe de la Pasantía del VI Curso Nacional “Protección y Desarrollo de la Mujer, Niño y Adolescente”)

5.2.3. Resultado de la Capacitación: 7mo. Curso

Del 22 de noviembre al 19 de diciembre el INMP realizó el VII Curso de Capacitación 2006 sobre “Protección y desarrollo de la mujer, niño y adolescente” y presentó el informe respectivo (Anexo3)

La tabla adjunta presenta la descripción y porcentaje de tiempo invertido por cada módulo en la Pasantía.

Tabla 22 Currículos de Capacitación en Salud Materno-Infantil VII Curso

No.	Módulos	Descripción	Tiempo (horas, %)	
			7mo Curso	
1	Violencia I, II, III	Estado actual de la violencia y violencia basada en género. Salud mental, estado actual de la salud mental, Diagnóstico y Manejo. Derechos humanos y legislación sanitaria, derechos del paciente. Estado actual de la violencia en la gestante Diagnóstico de la situación de la violencia contra la mujer a nivel local. Modelo "AVISAME Mujer". Modelo de atención integral a la mujer. Maltrato infantil y del adolescente. Estrategias de la atención al paciente violentado.	27	19%
2	La Historia Clínica: instrumento médico legales	SIP 2000. Manejo y registro de la Historia Clínica.	4	3%
3	Planes de Trabajo con Enfoque Estratégico	Planeamiento Estratégico. Organizaciones de servicios. Metodología para la elaborar planes de trabajo. Problemática. Determinación de objetivos. Programación de actividades. Elaboración de EPR y análisis por DISAS. Identificación de necesidades de capacitación: temas y población objetivo. Identificación del campo clínico de las sedes. Presentación del Modelo SICAP y Plan de Trabajo del Modelo SICAP.	18	12%
4	Sistema de Adopciones	Sistema de adopciones peruano.	5	3%
5	Epidemiología	Vigilancia epidemiológica de la salud materna infantil, Bioseguridad.	4	3%
6	Capacitación en Servicios 1 al 13	Desarrollo de destrezas en salud materno perinatal 1al 14 Interculturalidad y Género, Promoción de la salud, Acto Médico, Salud Materno perinatal, Mortalidad materno perinatal, Humanización de la atención de parto, Trabajo de parto: complicaciones. Hemorragias de la primera y segunda mitad del embarazo y su manejo, Hemorragias post parto y su manejo. Recuperación neonatal de hemorragias de la segunda mitad del embarazo. Enfermedad hipertensiva del embarazo, Recuperación neonatal de la EHE. Infecciones Maternas: Rotura Prematura de membranas –Corioamnionitis– ITU, Repercusión Neonatal de las Infecciones Maternas, Shock hemorrágico y Séptico, Reanimación Neonatal, Atención inmediata del RN	70	48%
7	Enseñanza para adultos	Enseñanza para adultos	4	3%
8	Monitoreo de actividades asistenciales	Parto Pre término – Prevención, Repercusión del Parto Pre término	5	3%
9	La Comunicación Positiva y la Escucha Atenta	Comunicación positiva y escucha atenta.	8	6%
Total			145	100%

(Fuente: INMP (2006). Informe de la Pasantía del VII Curso Nacional "Protección y Desarrollo de la Mujer, Niño y Adolescente")

5.2.4. Implementación del Seguimiento y Evaluación para la Capacitación en Salud Materna infantil: 2do Año del Proyecto

Entre los meses de setiembre a octubre (2006) el INMP y MINSa realizaron la supervisión a 71 pasantes de los cursos IV, V y VI.

De los 71 pasantes capacitados se encontraron durante la visita de supervisión a 59 sin embargo, se pudo conseguir información de 67 participantes.

Los indicadores utilizados por el INMP durante la supervisión fueron:

- Intervienen en la capacitación (20%)
- Aplica conocimiento adquirido (30%)

- Identificación y manejo de violencia/salud mental (20%)
- Ha realizado réplica (30%)

Considerando los resultados de la supervisión realizada por el INMP, se puede constatar que 47 personas (66%) cumplen con el indicador de PDM “el 50% de participantes aplican el 80% de lo aprendido”

Tabla 23 Resultado del Seguimiento de Capacitación Materno-Infantil en septiembre y octubre de 2006

	Total Pasantes de IV, V y VI Curso	Presente durante la visita	Interviene en capacitación (20%)	Aplica conocimiento adquirido (30%)	Identificación y manejo de violencia/salud mental (20%)	Ha realizado réplica (30%)	Número de personas en las réplicas	aplican el 80%
Huanuco	7	6	5 71%	5 71%	5 71%	6 86%	154	5 71%
Huancavelica	7	6	6 86%	6 86%	4 57%	5 71%	660	6 86%
Cusco	8	8	8 100%	7 88%	7 88%	7 88%	111	7 88%
Ancash	9	7	9 100%	9 100%	6 67%	9 100%	1,004	9 100%
Junín	9	6	9 100%	9 100%	2 22%	5 56%	-	5 56%
Iquitos	8	7	6 75%	7 88%	1 13%	0 0%	-	0 0%
Lima Este	7	6	6 86%	5 71%	5 71%	5 71%	100	5 71%
Ayacucho	7	7	6 86%	7 100%	7 100%	7 100%	353	7 100%
Cajamarca	9	6	7 78%	8 89%	8 89%	4 44%	22	3 33%
TOTAL	71	59	62 87%	63 89%	45 63%	48 68%	2,404	47 66%

(Fuente : Informe del 1er Seguimiento de Capacitación Materno-Infantil en 2006)

En los meses de enero a marzo del 2007 el INMP y MINSA realizó la visita de supervisión del Segundo año del proyecto, utilizando los indicadores antes descritos para los pasantes del 7mo. Curso y en esta oportunidad también visitaron nuevamente a los pasantes del 4to, 5to y 6to. curso que aún mantienen puntajes por debajo del 100%.

5.3. 3er año del proyecto

5.3.1. Resultado de la Capacitación: 8vo. Curso

El VIII Curso de Capacitación sobre “Protección y desarrollo de la mujer, niño y adolescente” fue realizado por el INMP del 2 al 29 de mayo.

En la tabla adjunta presenta la descripción y porcentaje de tiempo invertido por cada módulo en la Pasantía.

Tabla 24 Currículos de Capacitación en Salud Materno-Infantil VIII Curso

No.	Módulos	Descripción	Tiempo (horas, %)	
			8vto Curso	
1	Violencia I, II y III	Estado actual de la violencia, Violencia basada en género, Salud Menta , Estado Actual de la salud mental, diagnóstico y manejo, derechos humanos y legislación sanitaria, derechos del paciente, estado actual de la violencia en gestante, maltrato infantil y del adolescente.	20	10
2	Historia Clínica	SIP 2000, manejo de registro, historia clínica.	4	2
3	Plan de Trabajo con Enfoque Estratégico	Plan estratégico , organización de servicios , métodos para elaborar planes de trabajo, problemática, predeterminar objetivos, programación de actividades, identificación de necesidades de capacitación, tema y problema objetivo , Presentación de Modelo SICAP	16	8
4	Epidemiología	Vigilancia epidemiológica en salud, materno infantil, bioseguridad.	4	2
5	Género e Interculturalidad	Interculturalidad, género y promoción de la salud.	4	2
6	Capacitación en Servicios	Desarrollo de destrezas en salud materno perinatal, acto médico, salud materna perinatal, mortalidad materna perinatal, trabajo de parto y complicaciones, hemorragias durante el embarazo: manejo, repercusión neonatal, enfermedad hipertensiva del embarazo, infección materna, rotura prematura de membrana, Corioamnionitis – ITU, shock hemorrágico, shock séptico, atención inmediata del recién nacido, reanimación neonatal. Guardia Nocturna de 1 a 14.	120	60
7	Enseñanza de Adultos	Enseñanza de Adultos	16	8
7	Monitoreo	Monitoreo de actividades asistenciales, parto pretermino, prevención y sus repercusiones	8	4
8	Comunicación positiva y Escucha Atenta	Comunicación positiva y Escucha Atenta	8	4
	Total		200	100%

(Fuente: INMP (2007). Informe de la Pasantía del VIII Curso Nacional “Protección y Desarrollo de la Mujer, Niño y Adolescente”)

Al concluir el proceso de capacitación del VIII Curso, el equipo técnico del INMP identificó los siguientes: logros, dificultades, recomendaciones.

Tabla 25 Logros, Dificultades y Recomendaciones del VIII Curso en el INMP

	En relación al trabajo con los participante	En relación al trabajo con los participante
Logros	<ul style="list-style-type: none"> - Los talleres de capacitación han tocado temas básicos de los procesos educativos de salud - Los participantes fueron capaces de alzar nuevos conocimientos con los adquiridos anteriormente - El trabajo basado en la reflexión ha permitido una disposición para el cambio de actitud frente al proceso de enseñanza aprendizaje 	<ul style="list-style-type: none"> - Se alcanzó a desarrollar el 100% de los objetivos planeados - El trabajo interdisciplinario enriqueció el desarrollo de los talleres - La utilización de dinámicas, dramatizaciones y otras estrategias de motivación permitieron captar la atención de los participantes - La presencia del personal de apoyo favoreció el desarrollo de los talleres - Con respecto a los medios audiovisuales, el hospital cuenta con equipo multimedia

Dificultades	<ul style="list-style-type: none"> - El escaso nivel de conocimiento previo con los que llegaron los participantes, no se ajustaba al perfil de entrada, lo cual originó al inicio problemas de actitud con respecto a la capacitación. - Algunos participantes llegaron totalmente desmotivados debido a que consideraban que esta capacitación les había sido prácticamente impuesta. 	
Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo a la evaluación realizada el Curso Taller Formación de Capacitadores: los asistentes consideran que se ha cumplido con los objetivos propuestos, esto se refleja en la calificación obtenida en la salida. Donde un 80% alcanza niveles aprobatorios de aprendizaje con un 12.5 % de la prueba de entrada - El desarrollo de los talleres han sido calificados por los participantes como significativos, por la calidad y cantidad de información recibida, contenidos desarrollados, intercambio de experiencias, interaprendizajes y la adquisición de habilidades y capacidades. - La prueba de salida reflejó el incremento del nivel promedio de aprobados de 12.5% en la prueba de entrada a 72 % de aprobados con la prueba de salida. 	
Recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Que las regiones de salud seleccionen a los participantes considerando el perfil sugerido. - Mayor acceso al sistema de computación. 	

(Fuente: Informe del VIII Curso –Pasantía del 2007)

5.3.2. Resultado de la Capacitación: 9no. Curso

El INMP realizó el 9no curso del 6 de agosto al 31 de agosto de 2007. Al concluir el presente informe el INMP se encuentra realizando la sistematización de los datos registrados durante éste curso. Se utilizó mismo programa de la capacitación que lo del 8vo curso.

5.3.3. Seguimiento de la Capacitación Materno-Infantil

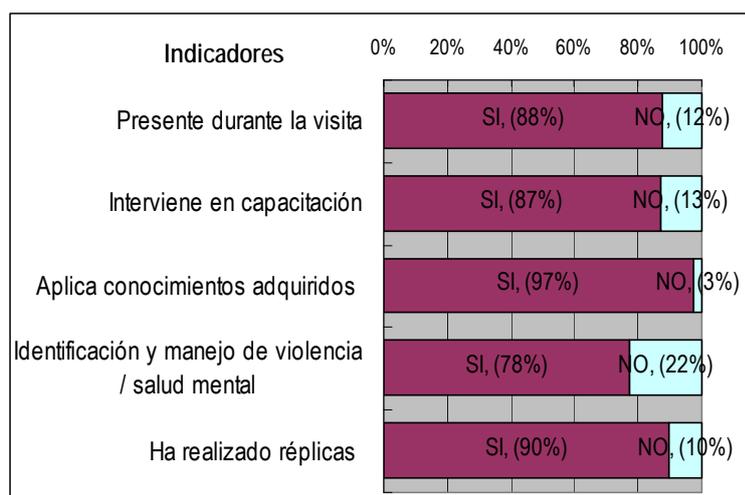
Para el presente año y último del Proyecto el INMP realizó el seguimiento de los pasantes de los cursos IV, V, VI, VII, VIII y IX en octubre a noviembre de 2007. En esta oportunidad los supervisores del INMP pusieron especial énfasis en los capacitados que no han alcanzado el 80% de acuerdo al indicador del Proyecto (50% a logrado el 80%).

En la tabla y el grafico adjuntos presentan resultado del seguimiento, con el indicador de presentación durante de visita, y los 4 indicadores técnicas de “intervención en capacitaciones”, “aplicación de conocimientos adquiridos”, “identificación y manejo de caso de violencia” y “implementación de capacitación de replica a sus colegas”.

Tabla 26 Resultado del último Seguimiento de Capacitación Materno-Infantil en Noviembre de 2007

Indicadores de Evaluación	Si	No	Total
Presente durante la visita	129 (88%)	18 (12%)	147 (100%)
Interviene en capacitación	128 (87%)	19 (13%)	147 (100%)
Aplica conocimientos adquiridos	143 (97%)	4 (3%)	147 (100%)
Identificación y manejo de violencia / salud mental	114 (78%)	33 (22%)	147 (100%)
Ha realizado réplicas	132 (90%)	15 (10%)	147 (100%)

(Fuente: INMP (2007) Informe de Seguimiento)



(Fuente: INMP (2007) Informe de Seguimiento)

Figura 2 Resultado del último Seguimiento de Capacitación Materno-Infantil en Noviembre de 2007

5.4. Información Pasantes del Curso INMP

Los cuadros que a continuación se presentan describen, de manera secuencial del IV al VIII curso, las características principales de los pasantes, como: región de procedencia, cargo, profesión y sexo.

Tabla 27 Información Pasantes del Curso INMP (Región)

Región / Curso	IV	V	VI	VII	VIII	IX	Total
Huanuco	3	3	2	2	2	2	14
Huancavelica	1	2	3	3	3	3	15
Cusco	3	2	3	3	3	4	18
Ancash	3	3	3	3	3	3	18
Junín	3	3	3	3	3	3	18
Loreto	3	2	3	3	3	2	16
Lima Este	2	2	3	3	3	3	16
Ayacucho	3	2	2	3	3	3	16
Cajamarca	3	3	3	2	2	2	15
TOTAL	24	22	25	25	25	25	146

(Fuente: Informe de la Pasantía del IV-IX Curso Nacional "Protección y Desarrollo de la Mujer, Niño y Adolescente")

Tabla 28 Información Pasantes del Curso INMP (Cargo)

Cargo / Curso	IV	V	VI	VII	VIII	IX	Total
Administrativo	9	20	4	0	0	0	33
DIRESA	7	17	0	0	0	0	24
Hospital	2	3	2	0	0	0	7
Centro de salud	0	0	2	0	0	0	2
Asistencial	15	2	21	25	25	25	113
DIRESA	0	1	0	0	0	0	1
Hospital	12	0	12	16	15	16	71
Centro de salud	3	1	9	9	10	9	41
TOTAL	24	22	25	25	25	25	146

(Fuente: Informe de la Pasantía del IV-IX Curso Nacional "Protección y Desarrollo de la Mujer, Niño y Adolescente")

Tabla 29 Información Pasantes del Curso INMP (Profesión)

Profesión / Curso	IV	V	VI	VII	VIII	IX	Total
Médico	4	3	6	5	8	8	34
Enfermera	4	8	7	12	9	10	50
Obstetriz	16	7	12	8	8	7	58
Trabajador Social	0	2	0	0	0	0	2
Otros	0	2	0	0	0	0	2
TOTAL	24	22	25	25	25	25	146

(Fuente: Informe de la Pasantía del IV-IX Curso Nacional “Protección y Desarrollo de la Mujer, Niño y Adolescente)

Tabla 30 Información Pasantes del Curso INMP (Sexo)

Sexo / Curso	IV	V	VI	VII	VIII	IX	Total
Femenino	21	18	20	21	20	17	117
masculino	3	4	5	4	5	8	29
TOTAL	24	22	25	25	25	25	146

(Fuente: Informe de la Pasantía del IV-IX Curso Nacional “Protección y Desarrollo de la Mujer, Niño y Adolescente)

El cuadro adjunto tiene información actualizada sobre el número de asistentes y graduados por Curso así como el Resultados de Pre y Pos Test, incluido el VIII Curso –Pasantías.

Tabla 31 Informe de Pre y Pos Test del IV a IX Cursos en el INMP

Curso	IV	V	VI	VII	VIII	IX
Asistentes	24	22	25	25	25	25
Graduados	24	22	25	25	25	25
Pre test (puntos)	8.5	8.9	7.6	7.5	7.5	7.5
Pos test (puntos)	15.3	14.0	13.9	14.2	14.2	14.2
Diferencia (puntos)	6.8	5.1	6.3	6.7	6.7	6.7

* Calificación máxima es 20.

(Fuente: Informe de la Pasantía del IV-IX Curso Nacional “Protección y Desarrollo de la Mujer, Niño y Adolescente)

6. Avance de Actividades Relacionados con Resultado 4 del Proyecto

6.1. Mapeo de Recursos Sociales de Comunidades en las Zonas Piloto

En mayo del 2005 el equipo de expertos de JICA elaboró el instructivo para el Mapeo de Recursos Sociales. Las DIRESAs completaron dicha información hasta el mes de setiembre del año 2005.

Instructivo de Mapeo de Recursos Sociales

(1) Objetivo de Mapeo de Recursos Sociales

- Identificar los actores sociales multisectorial en prevención y atención de la violencia en el área piloto, con cual cada DIRESA desarrolla el Proyecto Regional.
- Elaborar el directorio de recursos sociales con mapa para fortalecer el trabajo multisectorial a través de una red de referencia y coordinación.

(2) Recursos Sociales

Recursos Sociales quiere decir los actores sociales multisectorialmente que trabajan para la prevención y atención de la violencia en el área piloto. Los ejemplos de los Recursos Sociales son:

- Promotores de Salud (de Hospital, Puesto de Salud, Centro de Salud, Municipalidad, Iglesia, ONG)
- Agencia de MINDES (Ej. Casa de Refugio de mujer y niño)
- Agencia de Municipalidad (Ej. DEMUNA)
- Policía
- Fiscalía
- Iglesia
- ONG
- Institución Educativa (Ej. Escuela)
- Comunicación (Ej. Radio Local)
- Mesa de Consultación (Ej. Mesa de Concertación contra la pobreza, contra la violencia)
- Grupos Juveniles

(3) Contenido de Informe

- Mapa de Área Piloto con indicación de lugar de recursos sociales y su leyenda
- Directorio de Organizaciones
 - Tipo de Organizaciones (Ej. DISA, Salud, Educación, Fiscalía, MINDES, Policía, Municipalidad, ONG, Iglesia, Comunicaciones)
 - Dirección de Organizaciones
 - Responsable
 - Teléfono
 - Descripción de Servicios Desempeñados
- Listado de Promotores de Salud
 - Organización Pertenencia (Ej. Hospital, Puesto de Salud, Centro de Salud, Municipalidad, Iglesia, ONG)
 - Nombre de Promotores
 - Dirección
 - Teléfono
 - Idioma (castellano, quechua, etc.)

6.2. Desarrollo de un Plan Anual para Actividades Participativas de Salud Comunitaria

6.2.1. Primer Año del Proyecto

En mayo del 2005 el equipo de expertos de JICA elaboró el instructivo para el Plan Anual de Trabajo-Resultado 4. Las DIRESAs completaron este plan hasta el mes de setiembre del año 2005.

Lineamiento de Plan Anual de Trabajo para el Resultado 4

Capítulo 1 Marco Conceptual de Proyecto

- 1 Información Básica del Área piloto (Microred) del proyecto
- 2 Salud de población en el área de proyecto
- 3 Estrategias y Programas existentes en Salud Mental y Materno - Infantil.
- 4 Principales Actores Comunales
- 5 Estructuras de Implementación del Proyecto
- 6 Estructura del Proyecto

Capítulo 2 Meta del Proyecto

- 1 Meta del Proyecto en Tres Años (hasta Marzo 2008)
- 2 Indicadores
- 3 Meta del Proyecto en Cada Año

Capítulo 3 Actividades

- 1 Organizar Grupo de Trabajo del Proyecto
- 2 Desarrollo de un Plan anual para actividades participativas de salud comunitaria
- 3 Desarrollo de un mecanismo de Monitoreo y Evaluación para las actividades participativas de salud comunitaria
- 4 Mapeo de recursos sociales de comunidades consideradas
- 5 Organización de Taller de Sensibilización Participativa sobre Salud Comunitaria
- 6 Llevar a cabo actividades participativas de salud comunitaria
- 7 Monitorea el desarrollo de las actividades en el plan
- 8 Informe del Proyecto Regional

Capítulo 4 Cronograma

6.2.2. Segundo Año

El Resultado 4 propuso que cada región implemente un taller de sensibilización así como actividades comunitarias por las organizaciones e instituciones que representen a la comunidad. En el 5to CCC en el 1 de junio de 2006, el Equipo de Expertos JICA-SSC presentó el formato del Plan Anual de Trabajo.

El Equipo de Expertos JICA-SSC propuso en el año 2006 la inclusión del tema de comunicación y escucha atenta en los Talleres de Sensibilización el mismo que estuvo dirigida a promotores de salud, miembros de las ONG, organizaciones de base comunitarias, autoridades locales con la finalidad de que puedan identificar a las víctimas de violencia y referirlos a los servicios de salud.

Adicionalmente, el equipo también sugirió que los trabajadores de salud no-profesionales (auxiliares de enfermería y técnicos en enfermería) participen en los talleres de sensibilización para que tengan una oportunidad de capacitación en los temas de violencia y salud mental ya que ellos no son elegibles de participar en el curso de capacitación de la diplomatura en el Resultado 2 del proyecto.

El Dr. Villarreal del Hospital DISA Lima Este de Huanca informo que en coordinación con la

ONGs ASPEC elaboraron un plan de intervención que consta de 4 fases para la capacitación de no profesionales.

La Dra. Yépez de la DIRESA Cuzco presentó una hoja de registro que tomó como base el formato propuesto por el proyecto; con esta hoja la información es recogida mensualmente. Adicionalmente, la doctora informó que la Microred ha estado colaborando junto con la Vicaría del Sicuani y la Mesa de Concertación contra la violencia de Sicuani. Estos dos actores están interesados en coordinar las actividades del Proyecto y expandir la intervención hacia otras redes de salud y micro-redes.

Después del 5to CCC, cada DISA y DIRESA elaborarán el plan anual.

6.2.3. Tercer Año

En el último CCC las 5 regiones presentaron sus Planes Anuales, básicamente con actividades similares a los 2 años. Cabe señalar que en este año las regiones con apoyo del equipo de HHValdizán y JICA-SSC elaboraron la Guía de Atención a víctimas de violencia para Técnicos de Salud. Con el apoyo de la Guía y el Diseño Metodológico facilitado por JICA-SSC las regiones capacitaron al personal no profesional.

6.3. Taller de Sensibilización Comunitaria

6.3.1. Primer Año

Como parte integral de las actividades orientadas al logro del Resultado 4, se realizaron los talleres de sensibilización dirigidos a (1) los promotores de salud y (2) organizaciones comunitarias, ONGs y otras entidades que actúan en contra de la violencia. Los talleres fueron organizados en las cinco áreas piloto en los meses de agosto y noviembre. (De estos, los resultados del taller de Huancan ya fueron presentados en el Informe de Avance 1).

En la siguiente Tabla se resume el perfil de los talleres de sensibilización realizados en cinco regiones.

Tabla 32 Resultado de los Talleres de Sensibilización en 5 Regiones (Año 2005)

DISA/DIRESA	Lima Este	Cusco	Huancavelica	Ayacucho	Junín
Áreas piloto (microred)	Huancan	Techo Obrero	Ascensión	Belén	San Martín de Pangoa
Fechas	Ago/19, Ago/20	Ago/15	Nov/10, Nov/11	Nov/24, Nov/25	Ago/26, Nov/10, Nov/30
Descripción	- Capacitación de promotores de salud - Campaña de Promoción de Salud Integral (con participación de las organizaciones locales)	- Capacitación para la sensibilización de los promotores de salud, personales de salud regional, organizaciones locales contra la violencia	Taller de sensibilización dirigida a las organizaciones locales contra la violencia (Sin la participación de los promotores de salud)	- Capacitación de los promotores de salud (con participación de los organismos locales) - Campaña de Promoción de Salud Integral	- Reunión de sensibilización de las organizaciones locales contra la violencia - Capacitación de los promotores de salud
Núm. de promotores de salud que participaron	53	11	0	40	43
De estos, bilingües	6	11	0	17	3
Núm. de organizaciones comunales que participaron	6	0	9	6	3
Núm. de ONGs que participaron	7	1	5	1	2
Elaboración del plan de operación	Elaborado	Elaborado	Elaborado	A elaborarse después de la capacitación	Elaborado

(Fuente: Informes anuales de operación de la salud regional 2005)

Un Taller Piloto para el Resultado 4 (Taller de Sensibilización de la Comunidad) se realizó en Huaycan, Lima Este el 19 y 20 de Agosto. Este taller consistió en la Capacitación de los promotores de salud, Campaña de salud (atención médica gratuita y educación en salud para las víctimas de violencia y público) y una Feria de salud (actividades culturales y educativas). En la capacitación 72 promotores de salud fueron entrenados en el conocimiento básico de violencia para apoyar a las víctimas de violencias en la comunidad. En la campaña de salud, 447 personas fueron atendidas por profesionales de salud en las áreas de psiquiatría, pediatría, obstetricia, la cirugía dental y medicina general, y casi 50% de ellos eran víctimas de violencias.

Lecciones aprendidas del proyecto fueron:

- La importancia de la coordinación multi-sectorial entre varias organizaciones locales que trabajan contra la violencia como la iglesia, ONGs, la municipalidad, policía, los institutos educativos.
- Los promotores de salud son recursos significativos de la comunidad que están localizados en todas partes y que son fácilmente accesibles.

El taller de sensibilización en Cusco fue organizado en el mes de agosto de 2005, en la Microred Techo Obrero. Fueron convocados en el evento los promotores de salud, personales locales de salud y los miembros de las organizaciones comunitarias. Se elaboró el plan de promoción de salud mental en esta oportunidad. Adicionalmente, fue incorporado el componente de salud mental en el Plan de Operación Anual del Consejo de Salud Comunitario Regional y Provincial.

El taller de sensibilización de Huancavelica fue organizado los días 10 y 11 de noviembre de 2005, en el que participaron en total 30 entidades, incluyendo las autoridades locales, nueve organizaciones comunales y cinco ONGs. El taller ofreció un espacio idóneo para intercambiar información sobre los esfuerzos invertidos por diferentes organizaciones para la atención a las víctimas de violencia llegando a concertar a incorporar las medidas de atención a las víctimas de violencia en el plan de acción de la

respectiva organización.

El taller de sensibilización del Departamento de Ayacucho fue organizado en noviembre en el que participaron los promotores de salud, así como los representantes de las organizaciones regionales responsables de la educación. Al día siguiente, también fue organizada una campaña de salud mental y de atención a las víctimas de violencia, con la iniciativa de los promotores de salud.

El taller de sensibilización del Departamento de Junín fue organizado en agosto de 2005 con la iniciativa del Grupo de Trabajo Regional, convocando a las diferentes organizaciones que actúan en contra de la violencia (incluyendo los organismos gubernamentales y no gubernamentales), en el que las resoluciones para la promoción de la salud mental fueron ratificadas a nivel regional y de microredes.

También fue organizado un taller con promotores de salud los días 10 y 30 de noviembre de 2005 con el propósito de: (1) reforzar los conocimientos sobre la salud mental; (2) esclarecer el rol que deben desempeñar los promotores de salud en el tema de la salud mental; y, (3) elaborar el plan de acción de promoción de la salud mental en el ámbito local.

Después del taller, los promotores de salud regresaron a su respectiva región, e iniciaron la elaboración del plan de salud mental en un trabajo conjunto con la comunidad local.

En resumen, los talleres fueron organizados en las áreas del Proyecto cumpliendo la meta inicialmente propuesta, invitando a los promotores de salud, organizaciones comunales, ONGs y los gobiernos locales, a participar en las conferencias y discusiones sobre: (1) las generalidades de la política nacional en materia de la salud mental; (2) generalidades sobre los diferentes tipos de violencia (política, materno-infantil, etc.; y (3) las actividades que podrían desarrollar próximamente los promotores de salud, las organizaciones regionales, etc., llegando a elaborar los respectivos planes de acción.

6.3.2. Segundo Año

En su presentación las regiones señalaron que tenían establecidas las fechas para las actividades comunitarias y el taller de sensibilización con promotoras de salud y técnico de salud (no-profesional).

Taller de sensibilización: 4 de agosto al 1 de setiembre. Con soporte de ASPEM (ÓNG italiana) y apoyo del equipo de expertos de JICA.

- 1er. Módulo: “Violencia: definición, origen, persecuciones en el mundo y nuestro país”.
- 2do. Módulo: “Manejo de las personas víctimas de la violencia”
- 3er. Módulo: “La comunicación positiva y la escucha atenta”
- 4to. Módulo: “Aspectos legales de la violencia en nuestro país”
- 5to. Módulo: “Elaboración de guías de atención de las personas afectadas por la violencia”.

En relación al 3er. Módulo, este se realizó los días 25 y 26 de agosto de 2006 en el Hospital de Huaycan. El tema principal del taller fue la “Comunicación positiva y escucha atenta”, elaborado con el soporte técnico de la Sra. Hikari Morikawa y la facilitación de la Lic. Patricia Tello. Asistieron al taller 31 participantes (13 promotores de salud, 9 técnicos de enfermería, 1 socióloga de ONGs, 6 visitantes de otros ámbitos focalizados del proyecto, y 2 vigilantes del Hospital de Huaycan.

Durante el taller se trabajaron los temas de comunicación positiva, escucha atenta y la construcción de historias de vida, bajo el lema “Historias con futuro”, donde los grupos pudieron poner en práctica lo aprendido durante la fase teórica. El taller forma parte del tercer módulo de un conjunto de cuatro módulos elaborados por la Micro Red Huaycan.

Algunos comentario del participantes sobre ¿cómo piensas que su trabajo lo realiza de manera

responsable? Ellos respondieron que sí “porque en mis manos hay muchas vidas de por medio lo cual tengo que tener mucho cuidado y sensatez”, “porque es mi responsabilidad y porque quiero ver mejorar en mi comunidad” “porque pongo todo lo aprendido para ayudar a los pacientes”

Como parte de los compromisos asumidos por los participantes son: la réplica del taller a técnicos de salud de otros establecimientos, representantes de ONG y organización de base y la realización de la Feria de Salud en dos momentos, en el mes de septiembre y noviembre.

En el taller de Comunicación positiva y escucha atenta también participaron profesionales y técnico de 3 Diresas (Ayacucho, Junín y Huancavelica) del proyecto, ellos tomarán como modelo este taller y lo replicarán en sus respectivos ámbitos.

Los expertos de JICA-SSC entregaron a las regiones el material utilizado en Huaycan, miembros del equipo de experto de JICA-SSC propusieron realizar el acompañamiento a estas personal capacitadas como parte de monitoreo de las actividades comunitarias y como apoyo a su mejor desenvolvimiento en establecimientos y la comunidad.

El cuadro adjunto presenta el resumen cualitativo y cuantitativo del Taller de Sensibilización, realizado por las regiones para el personal no profesional, promotores de salud, organizaciones de base y ONGS.

Tabla 33 Resultado de los Talleres de Sensibilización en 5 Regiones (Año 2006)

DISA/DIRESA	Lima Este	Cusco	Huancavelica	Ayacucho	Junín
Áreas piloto (microrred)	Huaycan	Techo Obrero	Ascensión	Belén	San Martín de Pangoa
Fechas	Agos-Set	1/24-25, 26-27, 29-30	11/15-16	8/4, 9/7, 8/7	todo el año
Lugar	Local "Casa de Piedra" en Huaycan	Centro de Salud de Marangani, Casa de la Juventud del Distrito de Sicuani, Auditorium de la Municipalidad de Layo	Auditorio de la microrred de ascensión	C/S Belén	C/S San Martín de Pangoa
Actividad	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición y participación activa de los alumnos a través de sociodramas (cinco módulos). - Réplica de lo aprendido a nivel comunitario, una organización de base. 	<ul style="list-style-type: none"> - Violencia tipos, causas y consecuencia, VBG, Violencia en adolescentes. - Sociodrama realizado por los participantes. - Elaboración del Plan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recojo de la historia del trauma con escucha activa. - Reconocimiento de las secuelas ocasionadas por la violencia - Sistema de referencia y contrarreferencia comunal de las secuelas de la violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación y escucha atenta para la identificación y referencia de casos de violencia. - Sensibilización del personal de salud en la identificación y captación de personas afectadas por la violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación en: prevención y atención de violencia familiar y reparaciones en salud mental a afectados por violencia. - Conformación, funcionamiento de grupos de ayuda mutua en San Martín de Pangoa. - Taller de prevención y promoción y contra la violencia familiar y de recuperación de la violencia
Logros	<ul style="list-style-type: none"> - Formación y sensibilización de personal de salud junto a miembros de la comunidad de Huaycan. - Despertar interés de otras personas por el tema, quienes solicitaron la continuidad de las actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participación de autoridades locales, vaso de leche, comedores populares, SOMUC, promotoras de salud y técnicos de salud. - Elaboración del Plan de Intervención para 1, 3 y 5 años con las Mesas de Lucha contra la violencia. - El plan se presentará en el presupuesto participativo 2007, en los tres Distritos. 	<ul style="list-style-type: none"> - ACS incorporan el tema de salud mental en sus actividades. - Firma de compromisos para la intervención de los agentes comunitarios de salud en el sistema de referencia y contra referencia. - Inauguración de la Casa Del Bien Estar con Manuela Ramos, para casos de Violencia Familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> - ACS y personas de salud comprometidos para captación e identificación a personas afectadas por la violencia. - ACS sensibilizados en el sistema de referencia comunal a víctimas de la violencia. - Servicios de salud medianamente implementados y con RR.HH competentes en la atención materno-perinatal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se desarrollo la capacitación en Salud Mental a 43 promotores comunitarios para que contribuyan al tejido de salud mental en los distintos anexos de la localidad de San Martín de Pangoa en el año 2005 y primer trimestre del 2006.
Dificultades	<ul style="list-style-type: none"> - Inadecuada coordinación con algunas jefaturas para facilitar asistencia del personal al curso. - Tiempo limitado por parte de los organizadores para desarrollar actividades que garanticen la continuidad del equipo nuevo a formar. 	<ul style="list-style-type: none"> - En el Distrito de Sicuani no hubo la participación del 100% del Personal Técnico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente del auditorio pequeño para el total de participantes. - Falta de equipo de proyección multimedia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Presupuesto limitado y tardío. - Equipamiento limitado por escaso reembolso del SIS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para confluir a una misma hora por la inaccesibilidad geográfica y climatológica. - Equipamiento limitado por escasos reembolsos del SIS.

DISA/DIRESA	Lima Este	Cusco	Huancavelica	Ayacucho	Junín
Áreas piloto (microred)	Huaycan	Techo Obrero	Ascensión	Belén	San Martín de Pangoa
Propuestas	- Asegurar un real interés en el tema en MINSa, DISA IV Lima Este para elaborar un Plan único de capacitación con instituciones y miembros de la Comunidad de Huaycan.	- Se Desarrollará una Reunión de sensibilización en el Centro de Salud Techo Obrero.	- Adecuación de un sistema de información de salud mental comunitaria. - Reforzamiento del sistema de referencia y contrarreferencia multisectorial. - Seguimiento del personal calificado.	- Programación anual de gastos según plan anual de actividades. - Proponer un sistema de estímulo al RR.HH. y ACS. - Participación del 80% del personal de salud y ACS a las reuniones de sensibilización programadas.	
No de Participantes que participaron					
promotores de salud	23	58	28	62	43
<i>De estos, bilingües</i>	-	(58)	(28)	(62)	-
Técnico de Salud	15	8	12	62	0
Profesionales de Salud	0	22	0	0	0
organizaciones comunales	2	16	1	0	8
ONG	1	0	1	0	0
Autoridades locales	0	30	0	0	0
Instituciones Publicas locales	0	10	0	0	0
Estudiante	0	12	0	0	0
Enfermería					
Iglesia	0	5	0	0	0
Periodista	0	3	0	0	0
Numero de Organizaciones que participaron					
organizaciones comunales	2	11	0	0	8
ONGs	1	0	1	0	0
Instituciones Publicas locales	0	7	0	0	0
Institución Religiosa	0	10	0	0	0

(Fuente: Informe Anual 2006 de 5 Regiones)

6.3.3. Tercer Año

El presente cuadro refleja el trabajo de las regiones durante los talleres de sensibilización ejecutado con los promotores de salud.

De manera general el informe de las regiones refleja el compromiso desarrollado en los promotores de salud para trabajar el tema de violencia y derivar casos desde la comunidad. Asimismo, manifiestan la necesidad de contar con una material de capacitación especialmente diseñado los promotores.

En el caso de Cusco no se pudo obtener información a pesar de que en su plan anual las capacitaciones con promotoras se realizaron en los meses de junio y julio.

Tabla 34 Resultado de los Talleres de Sensibilización en 5 Regiones (Año 2007)

DISA/DIRESA	Lima Este	Cusco	Huancavelica	Ayacucho	Junín
Áreas piloto (microred)	Huaycan	Techo Obrero	Ascensión	Belén	San Martín de Pangoa
Fechas	19, 20 y 21 de Sep	30 Jun. Maranagani 18 Agos, . 25 Nov. Sicuani	20,21,22 de agos	7 Jun, 22,23 Agos	19,29,21 Jul 2007
Lugar	Zona Z de Huaycan	Marangani y Sicuani	Micro red Ascensión	Centro de Salud Belen	C/S San martin de Pangoa
Logros	<ul style="list-style-type: none"> - Se capacitaron en los 3 días a 24 Representantes de los Comedores Populares. - Se organizó con ellas la Feria de Sensibilización. - Con su participación se elaboró el slogan "Oye pegaron ya Fuiste" - Se elaboraron nuevas fichas de referencias 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocen Casos de violencia. - Practicas de referencia de caos efectiva. - Promotores de Salud más Sensibilizado. - Promotores de salud Motivado. - Compromiso de promotores de Salud para mejorar la captación y seguimiento de casos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promotoras de salud capacitadas para la atención integral de salud mental. - Promotoras de salud sensibilizadas para la prevención y manejo de la violencia intrafamiliar. - Las promotoras de salud en coordinación con el personal de salud facilita la participación de la comunidad para la disminución de los casos de violencia intrafamiliar y maltrato infantil, referencia y contrarreferencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se logro capacitar a 59 técnicos de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los promotores de salud firmaron un acta de compromiso donde se comprometen a: identificar la situación actual de su comunidad en salud mental, capar y derivar casos, organizar 2 talleres en sus comunidades sobre Autoestima y Violencia Intrafamiliar, sensibilizar a sus autoridades en violencia y salud mental, asistir puntualmente a los talleres, realizar el padrón de personas afectadas por la violencia política.
Dificultades	<ul style="list-style-type: none"> - Es difícil lograr el inicio puntual, por las diferentes actividades que cada una realiza, eso incomodaba a algunas que llegaban puntual. - Ellas encuentran dificultad para lograr la participación de los varones. - No se ha logrado que participen 	<ul style="list-style-type: none"> - No se pude tomar pre test. 	<ul style="list-style-type: none"> - No se cuenta con material educativo exclusivo para promotores de salud. - Poco apoyo de las autoridades para trabajar con promotores de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los promotores de salud de las zonas rurales tuvieron dificultades para trasladarse al lugar de la capacitación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de traslado de los promotores que vienen desde comunidades lejanas en canoa hasta la Micro red San martin de Pangoa.

DISA/DIRESA	Lima Este	Cusco	Huancavelica	Ayacucho	Junín
Áreas piloto (microred)	Huaycan	Techo Obrero	Ascensión	Belén	San Martín de Pangoa
Proyecciones 2008	<p>los profesionales capacitados (excepto los responsables).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continuar con el trabajo de captación y derivación de personas afectadas por la violencia entre el Ministerio público, Demuna, Hospital Huaycan, PNP y ONG Warmi wasi, para realizar el acompañamiento y orientación, así como la aplicación de terapias para mejorar el autoestima. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de FAMILIAS CON VIOLENCIA en su Comunidades - Hacer visitas domiciliarias de los identificados 	<ul style="list-style-type: none"> - Promotores de salud fortalecidos y sensibilizados que realicen la capacitación de pacientes afectados por la violencia. - Que el 100% de los promotores de salud reciban capacitación. - Continuar con la actividades para promover la mayor capacitación de la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Las capacitaciones serán periódicas cada cuatro meses a cargo de los profesionales de salud mental y de los diplomados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación de los actores sociales de la comunidad (gobierno local, educación, otros) para contribuir a la pre-constitución del tejido social - Monitoreo permanente de DIRESA, Red y Microred a los establecimiento de salud. - Reconocimiento documentado al trabajo del promotor.
Evaluación del Taller	<ul style="list-style-type: none"> - Se evidenció gran interés por parte de la población, por ser una problemática frecuente. El 100% de participantes aprobó el Post Test, opinando de manera favorable, acerca de la comprensión de lo dictado. - No de No Promotores de Salud que participaron: - Iniciaron 32 participantes y terminaron 24, que lograron asistir los 3 días programados 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivador por ser una capacitación que nunca recibieron. - Se sienten importantes porque ellos también ayudarán a captar, derivar y hacer seguimiento de casos de violencia. - También se sienten importantes porque podrán ayudar a personas que confían en ellas –ellos ya que van a ser las primeras personas con quienes conversaran. 	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitan más talleres dado que son 120 promotores de salud a nivel de la comunidad. - Se sienten comprometidos y sensibilizados porque es la primera vez que reciben este tipo de taller.- Ahora que tienen la capacitación se comprometen a referir pacientes al centro de salud y a otras instituciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los técnicos de salud solicitaron mayor número de capacitaciones y/o talleres de sensibilización para poder fortalecer las estrategias de abordaje al usuario víctima de violencia. 	(No información)
No de No Promotores de Salud que participaron	24	50	30	59	29
Nº de Facilitadores Diplomatura / Pasantía	02	03	2/2	3/3	1/0

(Fuente: Informe de Avance de 5 Regiones 2007)

6.4. Resultado de Talleres con No Profesionales en 5 Regiones

El cuadro adjunto presenta el resumen cualitativo y cuantitativo del Taller de Sensibilización, realizado por las regiones para el personal no profesional, promotores de salud, organizaciones de base y ONGS.

Cabe señalar que la Capacitación a No Profesionales contó con una Guía de Atención Integral de Salud para atender a víctimas de violencia, elaborada entre los meses de junio y julio por las regiones y el apoyo del equipo de profesionales del Hospital Hermilio Valdizán que viajaron a Harvard.

La guía se construyó a partir de la propuesta de Contenidos y las Guías de Enseñanza para los Capacitadores sobre el Material de Capacitación para el Personal No-Profesional, elaborada por la Sra. Tello y Sra. Morikawa respectivamente.

Las etapas desarrolladas para elaborar la guía fueron:

- Socializar la propuesta de Contenidos con las regiones
- Alcanzar a las regiones la propuesta de JICA-SCS sobre Guías de Enseñanza para los Capacitadores sobre el Material de Capacitación para el Personal No-Profesional
- Elaboración de contenidos por las regiones y el equipo del HHV.
- Revisión de contenidos con el apoyo de Dra. Gloria Cueva, Lic. Nella Geldres y Lic. Soledad Serpa, equipo del HHV capacitadas en Harvard.
- Diagramación y edición de la guía.

Tabla 35 Resultado de Capacitación con No Profesionales en 5 Regiones (Año 2007)

DISA/DIRESA	Lima Este	Cusco	Huancavelica	Ayacucho	Junín
Áreas piloto (microrred)	Huaycan	Techo Obrero	Ascensión	Belén	San Martín de Pangoa
Fechas	21, 28 Set. 05,12 y 19 Oct.	15, 16,17 Agos.	17, 18, 19 Set	23 May 29, 30 31Agos	3,4 Set
Lugar	Auditórium "Casa de Piedra"	Techo Obrero	Auditorio de la microrred de Ascensión	Centro de Salud Belén	Auditorio de la Red Satipo
Logros	<ul style="list-style-type: none"> - Se capacitaron a 15 personas con asistencia completa a las 5 sesiones. - Se realizaron 20 encuestas (obtenido del módulo) en Triage, al azar, para identificar a víctimas de violencia, se identificaron 13 casos, que fueron citados a nuestra área de atención y psicología, asistieron 7 personas (15-11-07 al 13-12-2007). - Se fortaleció la atención en Área diferenciada (En modulo de casa de piedra), con el apoyo de ONG "WARMI WASI" del 15-11-07 al 13-12-2007, se atendieron 18 personas. - Se realizaron charlas de sensibilización a los pacientes en salas de espera durante este mes (06), con participación de personal técnico capacitado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Practicas de captación de casos efectiva. - Practicas de seguimiento de casos efectiva. - Personal Técnico más Sensibilizado. - Personal Técnico Motivado. - Compromiso del personal Técnico para mejorar la captación, atención y seguimiento de casos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Contar con personal técnico capacitado para identificar, referir, aconsejar, realizar visita domiciliaria y seguimiento a los casos de violencia. - Que el personal técnico capacitado facilite la participación y organización de la comunidad para que participe del sistema de referencia y contrareferencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar a 36 técnicos de enfermería de la micro res Belén 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar al 50 % de los técnicos de salud.
Dificultades	<ul style="list-style-type: none"> - 6 personas no asistieron de manera completa. - No se cuenta con apoyo de 	<ul style="list-style-type: none"> - No participó un personal Técnico por estar de vacaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Huelga del personal de salud retrazó actividades. - Recargada labor del personal 	<ul style="list-style-type: none"> - Por razones de terremoto los facilitadores de MINSA no pudieron desplazarse a 	<ul style="list-style-type: none"> -Se capacitó al 50% de los técnicos ya que no se puede retirar a todos de sus

DISA/DIRESA	Lima Este	Cusco	Huancavelica	Ayacucho	Junín
Áreas piloto (microred)	Huaycan	Techo Obrero	Ascensión	Belén	San Martín de Pangoa
	<p>la Dirección del Hospital Huaycan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No existe un Plan consistente que se conozca desde el nivel central, que nos respalde para el desarrollo de nuestras actividades. - Debido a la falta de apoyo no es posible el seguimiento de casos, por saturación con otras actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> - No dio el pos test un personal Técnico. 	<p>técnico.</p>	<p>Ayacucho.</p>	<p>establecimientos, por razones de necesidad de atención.</p>
Proyecciones 2008	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar con la atención a pacientes afectados por violencia en el consultorio de Psicología y diferenciado en el Módulo para el desarrollo humano. - Continuar participación en la Mesa de Concertación de lucha contra la Violencia en Huaycan. - Continuar con la sensibilización a la población a través de charlas educativas en salas de espera. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de FAMILIAS CON VIOLENCIA en las Historias Clínicas con dos rayas rojas en el lado derecho del sobre y en las tapas de las H. Clínicas. - Hacer visitas domiciliarias de los identificados 	<ul style="list-style-type: none"> - Se espera contar con el personal profesional, no profesional promotores de salud capacitados para la prevención, atención, capacitación referida en atención integral de salud mental a las víctimas de violencia y sus familiares. - Seguir capacitando al 100% del personal de salud especialmente en zonas de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las capacitaciones serán periódicas cada cuatro meses a cargo de los profesionales de salud mental y de los diplomados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación permanente y monitoreo de las actividades que realizarán los técnicos de salud.

DISA/DIRESA	Lima Este	Cusco	Huancavelica	Ayacucho	Junín
Áreas piloto (microred)	Huaycan	Techo Obrero	Ascensión	Belén	San Martín de Pangoa
Evaluación del Taller		<ul style="list-style-type: none"> - Motivador por ser una capacitación que nunca recibieron y más aún con Facilitadores desde Lima y el Personal profesional Capacitado. - Importante porque ellos también ayudarán a captar, atender, derivar y hacer seguimiento de casos de violencia. - Fortalecedor porque podrán ayudar a personas que confían en ellas –ellos ya que son las primeras personas con quienes las o los pacientes tienen el primer contacto. - Comprometidos a contribuir a la captación, derivación y seguimiento de los pacientes víctimas de violencia. 		<ul style="list-style-type: none"> - El 28% de los técnicos capacitados manifestaron que esperaban a los capacitadores de Lima. 	
No de No Técnicos de Salud que participaron	15	23	30	53	22
Nº de Facilitadores Diplomatura / Pasantía	2/0	4/0	2/0	9	1/0

(Fuente: Información de Regiones- 2007)

6.5. Actividad de salud comunitaria

6.5.1. Primer Año

En Huaycan de Lima Este, después del taller de sensibilización organizado en agosto de 2005, el Hospital Valdizán ofreció capacitación en los procedimientos de autocuidado de salud mental dirigida a los promotores de salud, aprovechando el espacio de las reuniones periódicas durante las visitas que se realizan semanalmente. En enero de 2006, se celebró el acto de clausura de esta capacitación, y fue propuesto iniciar el uso de las fichas para referir las víctimas de violencia a los organismos de protección.

En el Departamento de Junín, se decidió promover la salud mental en todas las microredes que cuentan con promotores de salud. Asimismo, los psicólogos clínicos tomaron la iniciativa para establecer un sistema de registro de salud mental a las víctimas de violencia. Adicionalmente, se incorporaron los módulos sobre la violencia y la salud mental en el currículo de la Facultad de Medicina (Departamentos de Medicina y de Enfermería) de la Universidad Nacional Centro del Perú.

Dado que éste ha sido el primer año del Proyecto, todavía son pocas las áreas que han acumulado experiencias en la promoción de la salud mental en el ámbito local. Es por ello que las actividades desarrolladas han consistido principalmente en la profundización en el entendimiento básico de la salud mental, y en el refuerzo de la coordinación de acciones entre las diferentes instituciones y organizaciones que actúan en contra de la violencia.

Asimismo, es necesario establecer un sistema de registro de atención a las víctimas de violencia, ya que aún existen numerosas zonas que no cuentan con este tipo de registro.

6.5.2. Segundo Año

Las estrategias de intervención implementadas por las regiones en este aspecto son diversas y responden al nivel de avance que cada DIRESA tiene en promoción de la salud. En el 6to CCC, cada DISA y DIRESA presentó el avance hasta julio del 2006 y sus proyecciones para el período agosto 2006 - febrero 2007 del plan anual de actividades comunitarias.

Huaycan (Lima Este)

Hasta la fecha la microred de Huaycan entendía la intervención comunitaria solo desde la atención en salud mental brindada por el Hospital Valdizán en el centro de salud Señor de Los Milagros. A partir del presente año, con la capacitación recibida por el personal del Hospital de Huaycan en el Programa de HPRT, la microred presenta el Plan de Actividades Comunitaria como parte de la Propuesta de Plan Estratégico de Lucha contra la Violencia.

El Plan Estratégico de Huaycan tuvo cuatro Fases orientadas a: Fase I , desarrollar un plan de sensibilización y crear un área de atención y manejo de las personas víctimas de violencia; Fase II desarrollar un programa de intervención en salud mental en las diferentes servicios y establecimientos de la microred; Fase III acuerdos intersectoriales con participación de la comunidad y las instituciones locales para prevención, detección, manejo y seguimiento de las personas víctimas de violencia y Fase IV elaborar un programa de formación de promotores de salud en la prevención, detección, seguimiento y acompañamiento de las personas víctimas de violencia.

El Plan Anual de Actividades Comunitarias presentado por la microred de Huaycan se vincula estrechamente con la Fase III y IV del plan estratégico. Sin embargo, la Fase II guarda relación con la diplomatura.

Entre el 4 de agosto y 1 de setiembre el micro red capacitó a promotores de salud y técnicos de salud en los temas de conocimiento y manejo de personas afectadas por violencia, esta capacitación.

Asimismo, como parte de las actividades del plan anual, Huaycan realizó dos Ferias de sensibilización el 23 de setiembre y en Día Internacional de la No Violencia en noviembre.

Ayacucho:

Desde el segundo año la Micro Red Belén y el Hospital Regional de Ayacucho, se han integrado y realizan reuniones mensuales para el seguimiento de los Resultados 2, 3 y 4 del proyecto.

Esta integración estratégica entre la micro red y el hospital ha permitido que: el CDC del hospital incorpore el tema de violencia en la réplica del curso materno infantil, capacite a los técnicos de salud de la micro red Belén con la modalidad de pasantía; la microrred ha dado 8 cupos al hospital para que participen en la diplomatura y así fortalecer al hospital como un centro de referencia en para la atención de casos de violencia.

Como parte de las actividades comunitarias la microrred organizó ferias, difusión del servicio de salud mental en los establecimientos y hospital a través de spot radiales y mensajes televisivos en castellano y quechua. Para la elaboración de este tipo de difusión la microrred cuenta con el apoyo de la Facultad de Comunicación de la Universidad de Ayacucho.

La primera Feria de Salud se realizó el 9 de setiembre el 2006 con la participación del personal de la microrred y del Hospital, egresados de INMP, instituciones locales como ADRA (ONG), autoridades locales (presidente de sectores, consejo vecinal, teniente gobernador) y organizaciones de base como vaso de leche, wawa-wasi y club de madre.

Cusco:

En Sicuani, la Mesa de concertación de lucha contra la violencia integra a las instituciones locales entre ellas la Microrred Techo Obrero, es en este espacio de concertación que la micro red propuso la elaboración de un Fluxograma de atención y referencia, que permitió: clasificar a las víctimas de la violencia en 3 grupos: (1) maltrato por alimentación, en cuyo caso la derivación se realiza a la DEMUNA, (2) maltrato infantil y violencia contra mujer, los casos son derivados al Centro Emergencia de Mujer (CEM), establecimientos de salud, fiscalía y comisaría familiar y (3) abuso sexual se deriva a la comisaría familiar.

Desde el 2 de julio en Sicuani se ha iniciado la atención descentralizada de los casos de violencia en las microrredes de Techo Obrero y Layo. Los días 13 y 14 de setiembre del 2006 capacitaron a los técnicos de salud y promotoras de salud con facilitadores profesionales de la Diplomatura, Mesa de lucha contra la pobreza, del CEM y la Vicaría. Actualmente, la psicóloga del Hospital de Sicuani visita a las comunidades y se solicitará a la Mesa de lucha contra la pobreza la contratación de un psiquiatra para éste ámbito.

Finalmente, la Dr. Yépez socializó la experiencia de Sicuani, donde se viene trabajando “la violencia por descuido” en el tema de vacunas, es decir son los promotores de salud los que con éste mensaje promueven la vacunación de los niños menores de 5 años, evitando así el maltrato por falta de vacunas.

Junín:

La representante de Junín Lic. Carmen Fuente informó que las diferentes estrategias de intervención desarrolladas por el proyecto se están haciendo extensivas a otras 5 microrredes de la región. Lo que permite a la DIRESA de manera particular atender simultáneamente a otras microrredes no focalizadas por el proyecto. Como parte de la atención a personas afectadas por la violencia los servicios de salud en estos ámbitos focalizados realizan: entrevistas de tamizaje y reciben capacitación en los temas de violencias intrafamiliar, violación de derechos y atención integral.

Como parte de las acciones realizadas por la DIRESA en dichos ámbitos, incluida la microrred San Martín de Pangoa: se han realizado 1,838 entrevistas de tamizaje, 3,746 atenciones, 235 charlas educativas, para un total de 6,689 beneficiarios, esta información corresponde a los meses de mayo 2005 a agosto del 2006.

La Lic. Fuente informó que actualmente 8 profesionales del Hospital de Satipo (nombrados) prepararon el material para capacitar al personal de salud no-profesional.

En el caso de la DIRESA Junín como en la DIRESA Cusco el proyecto se desarrolla teniendo como soporte a instancias locales y/o regionales como por ejemplo el gobierno municipal y la Mesa de Lucha contra la Violencia.

Tabla 36 Resultado de Actividades de Salud Comunitaria (Año 2006)

DISA/DIRESA	Lima Este	Cusco	Huancavelica	Ayacucho	Junín
Áreas piloto (microred)	Huaycan	Techo Obrero	Ascensión	Belén	San Martín de Pangoa
Fechas	10/7, 12/15	7/2,29, 7/18, 7/30, 7/25, 8/22	3/4 Nov.	Nov/Dic	11/30 12/1-2
Lugar	Hospital de Huaycan	Pitumarca, Herca, Tinta, Techo obrero	Plaza principal de Ascensión	Sector Pilacucho y cuchipampa	Local de afectados por la violencia de Satipo
Actividad	<ul style="list-style-type: none"> -Juegos, orientación sobre el tema. -Las instituciones informaron sobre forma de ubicarlos en la comunidad. -Se mostró la técnica del movimiento y la música para reducir las tensiones y violencia, con participación de niños y adultos. -Cada personal de salud participante (75), adoptó un niño y le hizo entrega de un obsequio por navidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención médica y psicológica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención psicológica, psiquiátrica, sesiones educativas, talleres grupales, talleres demostrativos, sesiones familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades deportivas, juegos por etapas de vida (niños, adolescentes adultos y adultos mayores). - Difusión por perifoneo, pancartas, afiches. - Sociodrama. - Técnicas para el manejo del estrés, comunicación positiva y escucha atenta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas psicológicas de tamizaje a pacientes afectados por VIPOL (depresión, ansiedad, VIF) - Charlas educativas en temas de Autoestima, VIF. - Talleres vivenciales de autoestimación con grupos focalizados.
Logros	<ul style="list-style-type: none"> - Se logró integrar instituciones en Huaycan para un Objetivo en común: Reducir la violencia. -Se logró la participación de Personal de salud profesional y no profesional junto a los representantes de la comunidad. - Se despertó el interés por el tema en la población. - Los niños demostraron que tiene mucha vitalidad y la importancia que tiene la música para romper el stress. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los víctimas de violencia Política y sus familiares han sido atendidos en su lugar de origen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención integral, preventivo – promocional a las personas afectadas por la violencia política de las distintas comunidades aledañas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Empoderamiento y participación comunitaria en la Feria de Bienestar de Salud dirigidos a víctimas de la violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - 48 entrevistas de tamizaje. - 98 personas atendidas por personal de salud mental. - 2 charlas educativas en temas de Autoestima, VIF. - 1 Taller de autoestimación con adolescentes.

DISA/DIRESA	Lima Este	Cusco	Huancavelica	Ayacucho	Junín
Áreas piloto (microred)	Huaycan	Techo Obrero	Ascensión	Belén	San Martín de Pangoa
Dificultades	- No se inició a la hora programada por retraso en el equipo organizador. - No se coordinó adecuadamente con los Centros Educativos.	- No contar con medicamentos para casos de depresión. - Campaña nacional de vacunación. - Dificultades en el desplazamiento a otros establecimientos por no ser de nuestra jurisdicción.	- Falta de presupuesto, materiales de difusión y equipo audio visual.	- Equipo fónico malogrado. - Personal poco comprometido. - Carencia de presupuesto para la compra de materiales audiovisuales (equipo multimedia) cámara fotográfica, equipo de filmación).	- Ausencia de un médico psiquiatra. - Dificultad de accesibilidad para que desplazados concurren a la actividad.
Propuestas	- Continuar con estas actividades promoviendo la mayor participación de la población (Centros Educativos). - Fortalecer el área de Promoción de la Salud, priorizando el tema de la reducción de la violencia como parte fundamental para el logro de nuestros objetivos en la institución.	- Debe APROBARSE el S.I.S. para los víctimas de violencia y su familia. - Elaboración de un plan de atención Integral descentralizado, que debe ser aprobado por la Red.	- Trabajo coordinado y articulado con instituciones y gobiernos locales que permiten la realización de actividades.	- Reparación de equipo fónico. - Sensibilización al personal. - Apoyo financiero previo Plan Anual de Actividades.	- Contratación de médico psiquiatra permanente. Sostenibilidad del equipo permanente de salud mental.

(Fuente: Informe Anual 2006 de 5 Regiones)

6.5.3. Tercer Año

Tabla 37 Resultado de Actividades de Salud Comunitaria (Año 2007)

DISADIRESA	Lima Este	Cusco	Huancavelica	Ayacucho	Junín
Áreas piloto (microred)	Huaycan	Techo Obrero	Ascensión	Belén	San Martín de Pangoa
Fechas	29, Set	30, Jun .Maranagani 18, Agos.-25, Nov. Sicuani	Abr-Oct 2007	15, Jul al 15, Set.	29, Jul.- Satipo 18, 19 Nov. Pangoa
Lugar	Zona J – Canchita de Invermet. Huaycan	.Maranagani y Sicuani	Distrito de Ascensión	Río Seco, Cuchipampa, Pilacucho, Yuraq Yuraq, Belén Alto, Belén Bajo , Quinuapata, Club del Adulto	Satipo en el Coliseo Shirampari y Pangoa Local de la Municipalidad

DISADIRESA	Lima Este	Cusco	Huancavelica	Ayacucho	Junín
Áreas piloto (microred)	Huaycan	Techo Obrero	Ascensión	Belén	San Martín de Pangoa
				Mayor de Belén, Barrios Altos, Morro de Arica, Huaschahura, Rancho, Santa Ana, Socos, Luyanta.	
Actividad	- Feria de Bienestar de Salud con Pasacalles, Biodanza (Niños y adultos) y Baile libre. (Niños)	- Feria de salud para la atención integral de personas víctimas de violencia	- Feria de salud para la atención de las personas inmersas en violencia familiar.	- Feria de Bienestar de Salud	- Feria de Bienestar de Salud
Logros	- Sensibilización y difusión sobre la atención a víctimas de violencia - Participación de Socias de los comedores populares de 7 zonas. - Sensibilización a la comunidad. - Integración de organizaciones de la comunidad (Municipio, ONGs, Policía Nacional del Perú, Hospital Huaycan, Comedores populares, DEMUNA y otros).	- Atención de 85 personas. - Atención de 55 - Participación de 65 mujeres, 55 niños. - Servicios ofrecidos: Atención Especializada, Tómbola, Teatro, Atención Especializada (apoyo del Equipo Itinerante del PIR), Tómbola, Teatro.	- Participación multisectorial de instituciones públicas y privadas en la atención a personas con problemas de salud mental, personas con discapacidad y afectados por la violencia política	- Cumplimiento del 100% de las ferias de bienestar programadas en las comunidades del área piloto. - Activa participación de la población convocada a los eventos por etapas de vida, niño, adolescente y adulto mayor. - Fomento del trabajo en equipo de personal de salud, promotores de salud y población en general	- Entrevistas psicológicas. - Entrevistas de Tamizaje a pacientes afectados por VIPOL. En trastos depresivos, de Ansiedad, VIF, etc. - Orientación y Consejería - Derivación a Medico Consultor en psiquiatría. - Atención por Medico Consultor en psiquiatría - Charlas educativas en temas de Autoestima, VIF. Entre otros. - Talleres vivenciales con grupos focalizados en temas de autoestima.
Dificultades	Ninguna	- Poca difusión. - Algunas Instituciones no asumieron sus responsabilidades.	- Limitada concurrencia en horas de la mañana de las personas a quienes se dirigía la atención. - Escaso presupuesto para materiales de difusión y atención	- 70 % de participación de la comunidad en la realización de las ferias de bienestar con participación más activa del grupo niño adolescente y adulto mayor	No registra

DISADIRESA	Lima Este	Cusco	Huancavelica	Ayacucho	Junín
Áreas piloto (microred)	Huaycan	Techo Obrero	Ascensión	Belén	San Martín de Pangoa
Propuestas	- Continuar trabajo en red para acompañamiento de personas afectadas por la violencia.	No registra	- Continuidad en las atenciones de las personas afectadas por la violencia con trato humanitario y respeto de derechos humanos	Fortalecer el trabajo integrado con comunidad, promotores de salud y personal de salud para mejorar la calidad de atención a víctimas de la violencia	No registra
Evaluación	- Buena expectativa por parte de la población - Existe preocupación para el seguimiento de casos. - Se requiere continuar con el seguimiento de las personas capacitadas, por lo cual es necesario la asignación de tiempos, con apoyo y respaldo de nuestras instituciones de salud.	No registra	- Participación activa de las instituciones: Comisaría de la mujer PNP, Centro de Emergencia Mujer, Centro de Atención Psicosocial, IDL, CARITAS, EDUCA, Foro Educativo, Federación de Afectados por la Violencia política de Huancavelica, Asociación Departamental de personas con discapacidad. - Participación de la Casa del Bien Estar para la atención y acompañamiento de mujeres víctimas de la violencia familiar en los aspectos legal y social con proyectos productivos para la reinserción social y laboral, donde las promotoras de salud son las principales actoras. - Participación del personal de Salud del Hospital y ESSALUD.	Bueno	No Registra

DISADIRESA	Lima Este	Cusco	Huancavelica	Ayacucho	Junín
Áreas piloto (microred)	Huaycan	Techo Obrero	Ascensión	Belén	San Martín de Pangoa
No de No participantes	15 Personal de Salud 18 ONGs 220 Instituciones Locales (Comedores, Policía Nacional del Perú, Municipio de Ate Vitarte)	260 personas	200 pers. Primera Feria 400 pers. Segunda Feria	136 (*)	512 personas
Nº de Facilitadores	02 ex pasantes de Harvard	01 ex pasante de Harvard	08 de la Diplomatura 30 promotores de salud 55 Técnicos de Salud 01 ex pasantes de Harvard	03 Diplomatura	No registra

(Fuente: Informe Anual 2007 de 5 Regiones)

6.6. Monitoreo y Evaluación de la Actividad Comunitaria

6.6.1. Primer Año

Después de los talleres de sensibilización, los promotores de salud y los representantes de los organismos regionales que participaron en estos talleres, iniciaron los servicios a la comunidad que incluyen la identificación y atención de las víctimas de violencia, entrega de información y promoción de los diferentes recursos sociales disponibles localmente (establecimientos locales de salud, ONGs y organismos gubernamentales de atención a las víctimas de violencia, etc.)

En el Anexo 7 se presentan los informes anuales de operación de cada región. Asimismo, en la siguiente Tabla se presentan los resultados de las actividades de atención a las víctimas de violencia según regiones.

Tabla 38 Número de Víctimas de Violencia Identificado, Atendido y Referidos por los Promotores de Salud, Establecimientos de Salud, Organizaciones Comunitarias de Control de Violencia (agosto – diciembre 2005)

DISA/DIRESA	Lima Este	Cusco	Hvca	Aya cucho	Junín	Total 5 DISAs
Áreas piloto	Huayca n	Techo Obrero	Ascención	Belén	S.M. Pangoa	
Actividades de los promotores de salud						
Núm. de víctimas de violencia identificadas por los promotores de salud	288	0	-	1	30	319
Núm. de víctimas de violencia atendidas por los promotores de salud	288	0	-	1	22	311
Núm. de casos referidos por los promotores de salud a otros órganos regionales	288	0	-	0	10	298
Establecimientos de salud						
Núm. de víctimas de violencia identificados por los establecimientos de salud	1.060	914	-	19	20	2.013
Núm. de víctimas de violencia atendidas por los establecimientos de salud	1.060	838	-	19	18	1.935
Núm. de casos referidos por los establecimientos de salud a otros órganos regionales	38	108	-	2	15	163
Otros organismos participantes al proyecto regional (excepto los establecimientos de salud)						
Núm. de víctimas de violencia identificadas por otros organismos participantes al proyecto regional	0	-	-	2	70	72
Núm. de víctimas de violencia atendidas por otros organismos participantes al proyecto regional	0	-	-	2	62	64
Núm. de casos referidos por otros organismos participantes al proyecto regional a otros órganos regionales	0	-	-	2	23	25
Total						
Núm. de víctimas de violencia identificadas	1.348	914	0	22	120	2.404
Núm. de víctimas de violencia atendidas	1.348	838	0	22	102	2.310
Núm. de casos referidos	326	108	0	4	48	486

-: Se desconoce porque no ha sido posible recopilar información
(Fuente: Informes anuales de operación regional –2005)

6.6.2. Segundo Año

(1) Registro de Atenciones

El equipo de expertos de JICA-SSC proporcionó a las Diresas, en el año 2005, un formato de registro para la identificación, atención y referencia de los casos de violencia atendidos por los promotores de salud, el establecimiento de salud y otras instituciones en la comunidad para recoger los indicadores del proyecto definidos en el marco lógico del proyecto.

En el presente año, 2006, se tomó como referencia para la clasificación de problemas relacionados con violencia los tipos de diagnósticos propuestos por el HIS (Health Information System) del MINSA. En relación al registro de atenciones por el promotor de salud, se ha propuesto una revisión conceptual de los indicadores de: identificación, atención y referencia para el registro adecuado de los casos.

En el Anexo N° 9 se encuentra una copia del Formato de registro para la identificación, atención y referencia de los casos de violencia.

(2) Sistema de Referencia

Las Diresas señalaron que en relación al sistema de referencia de los casos de violencia, cada una está elaborando una propuestas.

Lima Este: Dentro del V Módulo de capacitación a promotores de salud y técnicos de salud revisará la propuesta del formato de referencia elaborado por el Hospital Hermilio Valdizán.

Cusco: Ha elaborado un fluxograma de atención de casos de violencia con las instituciones que participan de la mesa de concertación contra la violencia. También elaboran una Ficha de referencia (4 partes) evitando así la duplicación de los casos atendidos por las instituciones.

Junín: Ha tomado el formato del MAIS (modelo atención integral de salud) del MINSA

Ayacucho: Está en proceso de validación de un formato construido entre la Micro Red Belén y el Hospital Regional de Ayacucho

(3) Resultado de los indicadores del Proyecto

El cuadro presenta un resumen de los indicadores de meta del proyecto, elaborado por el equipo de expertos de JICA y proporcionado a las regiones para su registro. El cuadro presenta información sobre: identificación, atención y referencia de casos de violencia por promotoras de salud, establecimiento y otras instituciones, para el período enero-diciembre del año 2006.

Tabla 39 Número de Víctimas de Violencia Identificado, Atendido y Referidos por los Promotores de Salud, Establecimientos de Salud, Organizaciones Comunitarias de Control de Violencia (enero – diciembre 2006)

Indicadores de Monitoreo y Evaluación	Huaycan	Cusco	Hvca	Ayacucho	Junín	Total
Nº de personas con problemas de violencia Identificada por promotores de salud	10	15	12	19	129	185
Nº de personas con problemas de violencia Atendida por promotores de salud	10	15	0	19	93	137
Nº de personas con problemas de violencia Referida a otros Institutos por promotores de Salud	10	15	0	0	0	25
Nª de personas con problemas de violencia identificada por el personal de salud	1,630	1,257	97	71	323	3,378
Nª de personas con problemas de violencia atendida por personal de salud	1,630	1,257	97	71	285	3,340
R456. problemas relacionados con violencia	0	1,257	97	71	327	1,752
T7411. Abuso físico esposa (o)	66	15	72	13	262	428
T7412. Abuso físico a niño bebe	26	6	9	2	69	112
T742. Abuso Sexual	28	15	1	27	12	83
T743. Abuso psicológico	974		0	18	165	1,157
Z654. Víctima de Crimen o terrorismo incluyendo tortura	0	35	4	0	89	128
Otros tipos de problema	335	273	202	0	0	810
Nª de Personas con problemas de violencia Referida a otros institutos por personales de salud	0	352	0	0	0	352
Nº de personas con problemas de violencia identificada por encargados de las instituciones	0	2,179	1	0	138	2,318
Nª de personas con problemas de violencia atendida por encargados de las instituciones	0	2,179	1	0	126	2,306
Nª de personas con problemas de violencia referida a establecimientos de salud u otros institutos por encargados de las instituciones	0	1,555	0	0	116	1,671
Identificación	1,640	3,451	110	90	590	5,881
Atención	1,640	3,451	98	90	504	5,783
Referencia	10	1,922	0	0	116	2,048

(Fuente: Informe Anual 2006 de 5 Regiones)

La diferencia en los resultados tiene varias razones, explicadas por cada representante de región.

En el caso de Cusco: la región considera como un indicador de violencia la “violencia por abandono” (niños desnutridos, niños sin vacunas), lo cual incrementa considerablemente los casos de violencia atendidos. Por otro lado las instituciones como el Centro de Emergencia Mujer y la Policía registran atenciones (2,179 de ene. A dic. 2006). De acuerdo a la información de la Dra. Yépez, ésta situación se regularizará desde el mes de enero del presente año cuando las instituciones comiencen a registrar considerando: casos *identificados, atendidos y referidos*.

En el caso de Huancavelica y Ayacucho la estadística de casos de violencia registrados por instituciones es muy similar: en Huancavelica se registró 1 caso y en Ayacucho 0, esto se debe a que aún no se han realizado las coordinaciones necesarias para que las institucionales proporcionen dicha información a los establecimientos de salud.

En Junín la Lic. Carmen Fuente enfatizó que la estadística presentada de 323 registros solo corresponde al centro de salud de San Martín de Pangoa y los datos de otras instituciones al reporte conseguido en el Centro de Emergencia Mujer (CEM) de la zona.

Las cinco regiones decidieron seguir compartiendo sus experiencias y sus productos para proponer una forma de registro para la atención de los casos de violencia

6.6.3. Tercer Año

El cuadro presenta un resumen de los datos cuantitativos enviados por las Regiones de Junín, Ayacucho, Huancavelica y la Micro red Huaycan. El cuadro presenta información sobre: identificación, atención y referencia de casos de violencia por promotoras de salud, establecimiento y otras instituciones, para el período enero-diciembre del año 2007.

Tabla 40 Número de Víctimas de Violencia Identificado, Atendido y Referidos por los Promotores de Salud, Establecimientos de Salud, Organizaciones Comunitarias de Control de Violencia (enero – diciembre 2007)

Indicadores de Monitoreo y Evaluación	Huaycan	Cusco	Hvca	Ayacucho	Junín	Total
Nº de personas con problemas de violencia Identificada por promotores de salud	27	44	23	95	64	253
Nº de personas con problemas de violencia Atendida por promotores de salud	10	44	2	95	45	196
Nº de personas con problemas de violencia Referida a otros Institutos por promotores de Salud	18	44	3	72	12	149
Nº de personas con problemas de violencia identificada por el personal de salud	3,352	1,609	943	4,342	251	10,497
Nº de personas con problemas de violencia atendida por personal de salud	3,352	1,609	430	4,342	202	9,935
R456. problemas relacionados con violencia	92	1,609	430	13	43	2,187
T7411. Abuso físico esposa (o)	234	84	68	55	51	492
T7412. Abuso físico a niño bebe	28	64	19	23	71	205
T742. Abuso Sexual	23	21	6	4	25	79
T743. Abuso psicológico	837	516	161	131	49	1,694
Z654. Víctima de Crimen o terrorismo incluyendo tortura	3	11	0	0	52	66
Otros tipos de problema	943	463	19	4,116	514	6,055
Nº de Personas con problemas de violencia Referida a otros institutos por personales de salud	442	561	0	148	41	1,192
Nº de personas con problemas de violencia identificada por encargados de las instituciones	144	2,746	12	782	112	3,796
Nº de personas con problemas de violencia atendida por encargados de las instituciones	93	2,746	12	782	68	3,701
Nº de personas con problemas de violencia referida a establecimientos de salud u otros institutos por encargados de las instituciones	13	911	0	478	72	1,474
Identificación	3,523	4,399	978	5,219	427	14,546
Atención	3,455	4,399	444	5,219	315	13,832
Referencia	473	1,516	3	698	125	2,815

(Fuente: 5 regiones, Informe Anual 2007)

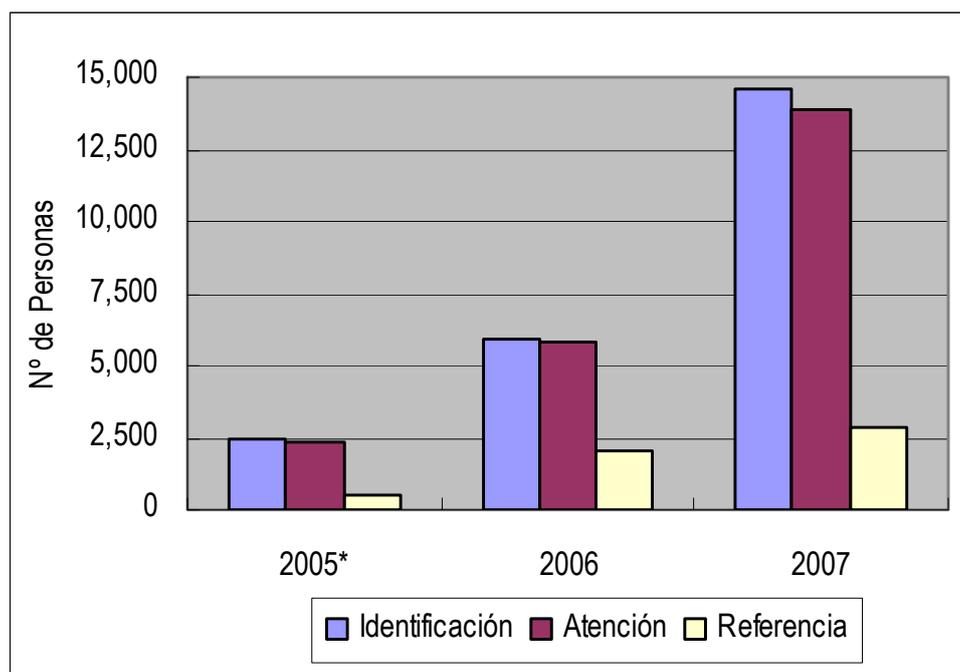
6.6.4. Avance en 3 años

La tabla y el gráfico siguientes comparan el avance de indicadores de meta del proyecto en 3 años.

Tabla 41 Número de Víctimas de Violencia Identificado, Atendido y Referidos por los Promotores de Salud, Establecimientos de Salud, Organizaciones Comunitarias de Control de Violencia 2005-2007)

Indicadores del objetivo del proyecto: N° de víctima de violencia...	Agosto de 2005 a dic. de 2005	Enero de 2006 a dic. de 2006	Enero de 2007 A dic. de 2007
IDENTIFICADAS TOTAL	2,404	5,881	14,546
- identificadas por los promotores de salud	319	185	253
- identificada por personales de salud	2,013	3,378	10,497
- identificadas por ONGs, organización de base, autoridades/instituciones locales	72	2,318	3,796
ATENDIDAS TOTAL	2,310	5,783	13,832
- atendidas por los promotores de salud	311	137	196
- atendidas por personales de salud	1,935	3,340	9,935
- atendidas por ONGs, organización de base, autoridades/instituciones locales	64	2,306	3,701
REFERIDAS TOTAL	486	2,048	2,815
- referidas a instituciones relacionados por los promotores de salud	298	25	149
- referidas a otros institutos relacionados por personales de salud	163	352	1,192
- referidas a otras instituciones por ONGs, organización de base, autoridades/instituciones locales	25	1,671	1,474

(Fuente: 5 regiones, Informe Anual 2005-2007)



(Fuente: 5 regiones, Informe Anual 2005-2007)

Figura 3 Número de Víctimas de Violencia Identificado, Atendido y Referidos por los Promotores de Salud, Establecimientos de Salud, Organizaciones Comunitarias de Control de Violencia 2005-2007)