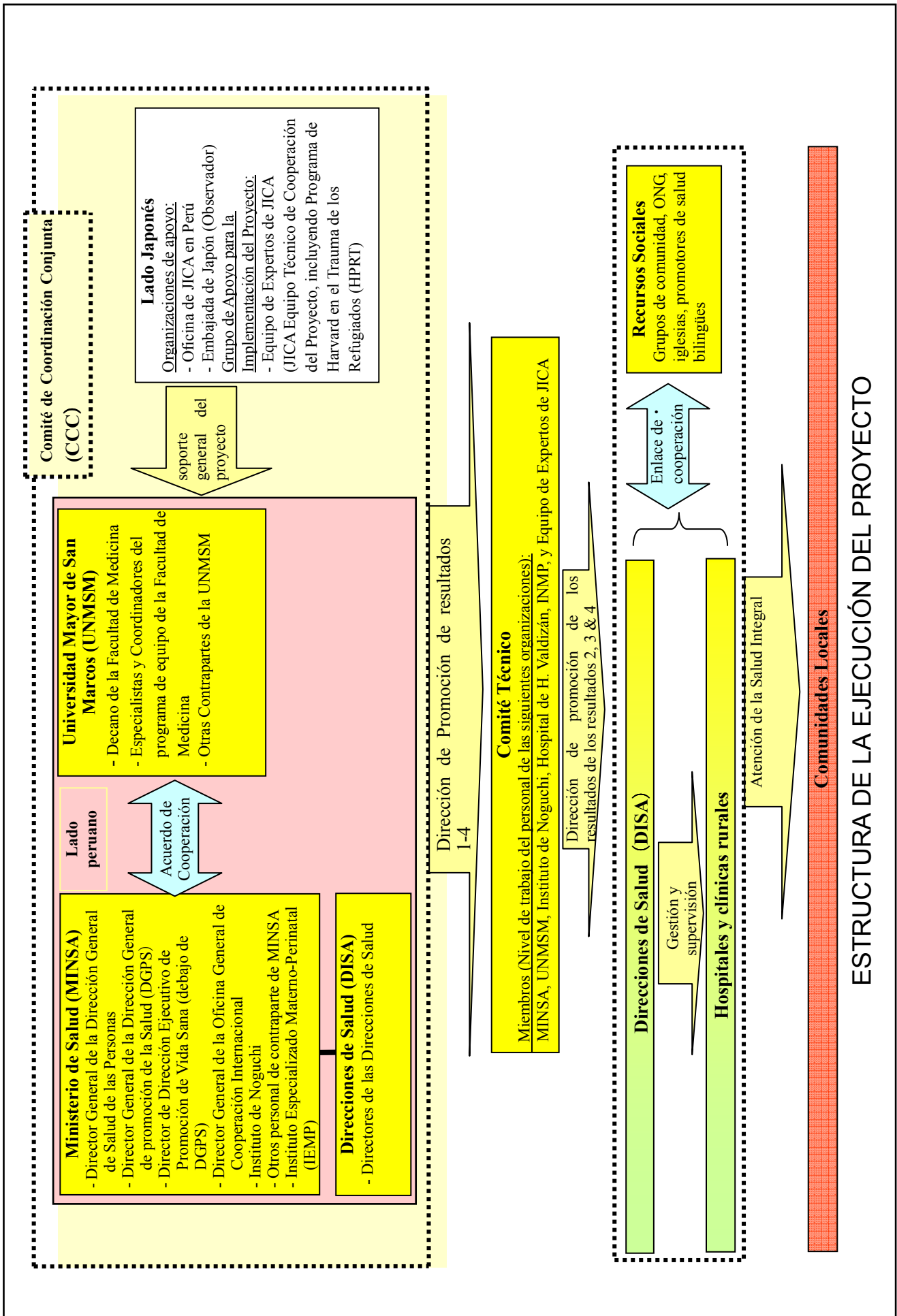
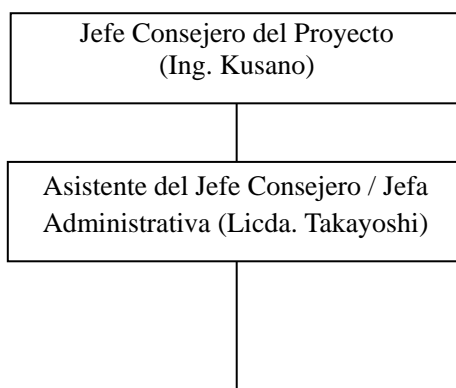


APENDICE 1 ESTRUCTURA DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO



APÉNDICE 2. ORGANIGRAMA DEL EQUIPO DE EXPERT JICA



Equipo de Cooperación del Proyecto	Actividades Generales	Resultado 1	Resultado 2	Resultado3	Resultado 4
1. Ing. Kusano (Jefe Consejero del Proyecto, Sistemas de Salud)	●	○	○	○	○
2. Lic. Takayoshi (Coordinador del Proyecto / Fortalecimiento de Cooperación entre Organizaciones, Relación Publica)	●		○	○	○
3. Mg. Morikawa (Desarrollo de RRHH)	○		●		●
4. Dr. Murauchi (Salud Mental)	○	○	●		○
5. Dra. Miyaji (Salud Mental)	○	●	○		
6. Mg. Tobe (Salud Comunitaria / Promocion de Salud / Salud de Madre y Niño / monitoreo y evaluación)	○	○	○	●	●
7. Mg. Yamaguchi (Operación de Capacitaciones, Coordinadora Administrativa)	○		○	○	○
8. Programa de Harvard en el Trauma de los refugiados (HPRT)	○	●	●		

Note: ● = Responsabilidad Primaria; ○ = Rol Ayudante

[Asistentes: Lyons (Logistic Manager), Tello (Salud Comunitaria)]

LISTA DE CONTRAPARTES (Lado Peruano de Marz. 2005 a Oct. 2007)

No.	EXPERTO JAPONES	ESPECIALIDAD	NOMBRE	Organización	PUESTO
	Ing. Tateo Kusano	Director del Proyecto	Dr. Luis Podestá (2005 y 2006) Dr. José Calderón (2007) Dr. Esteban Chiotti (2007)	MINSA	Director General de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP)
		Encargados de la Dirección del Proyecto	Dra. Maria del Carmen Calle (2005/ 2006) Dr. Hector Shimabuku (2005/ 2006)	MINSA	DGSP
	Licda. Fude Takayoshi	Coordinador del Proyecto	Dr. Ricardo Bustamante (2005/2006) Dr. Tulio Quevedo (2005/2006) Dr. Hogo Lozada (2006-2007)	MINSA	Director General de la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS) DGPS Director de Salud Mental
			Dr. Fausto Garmendia	UNMSM	UNMSM-Coordinador
	Dr. Minoru Tanabe (2005) Lic. Hikari Morikawa (2006/2007)	Desarrollo de recursos humanos/ Administración de Hospitales	Dra. Rosmery Hinojosa	MINSA/IEMP	Directora General del INMP
			Srta. Eva Miranda Ramón	UNMSM	Especialista en Docencia
			Cuzco Dr. Danilo Villavicencio Muñoz (2005/2006) Dr. Alberto Caro Palavisini (2007)	DISA	Directores Generales de Dirección de Salud (DISA) y Direcciones Regionales de Salud (DIRESA)
			Lima Este Dr. Luis Vergara Fernández (2005/2006) Dr. Mauro Reyes (2007)		

			<p>Junín Dr. Luis Huamán Palomino (2005/2006) Dr. Daniel Zárate (2007)</p> <p>Ayacucho Dr. José Quispe Pérez (2005) Dra. María Tporrealva Cabrera (2006) Dr. Oscar Mery Gamarra Morales (2007)</p> <p>Huancavelica Dr. Aldo César Benel Chamaya (2005) Dr. Fidel Miranda Medina (2006) Dra. Belinda García Inga (2007)</p>		
	Dr. Naoko Miyaji	Salud Mental (académico)	Dr. Alberto Perales Dra. Edith Chero Campos (2005) Dra. Gloria Cueva(2005-2007) Dr. Francisco Bravo (2005-2007)	UNMSM Hospital Valdizán	Especialista en Psiquiatría Especialista en Psiquiatría
	Dr. Norihiko Kuwayama (2005) Dr. Shigeo Murauchi (2006/2007)	Salud Mental (comunitario)	Dr. Alberto Perales Dra. Edith Chero Campos(2005) Dr. Luis Matos Retamozo	UNMSM Valdizán Hospital Noguchi Mental Health Institute	Especialista en Psiquiatría Especialista en Psiquiatría Especialista en Psiquiatría

			<p>Lima Este Lic. Edgar Rivero Contreras(2005-2006) Lic.- Marco Vargas (2006-2007)</p> <p>Huancavelica Dr. Bernardo Amao Palomino</p> <p>Ayacucho Lic. Carlos Chavez Lic. Cleimer Bautista</p> <p>Junin Lic. Carmen Fuente M.</p> <p>Cusco Lic. Yndira Lajo Chávez Lic. Maria Rojas</p>	DISA	Responsable de Salud Mental
	Ing. Makoto Tobe	Salud Materno Perinatal / Salud Comunitaria / Promoción de la Salud	<p>Dra. Nelly Lam Figueroa (2005/2006/2007) Dr. Alfonso Medina (2005/2006/2007) Dr. Alberto Paredes (2007)</p> <p>Lic. Patricia Tello (2005/2006)</p> <p>Lic. Luz Aragonés (2007)</p> <p>Lima Este Dr. Juan Carlos Yafac Dr. José Villarreal</p> <p>Huancavelica</p>	<p>IEMP</p> <p>MINSA</p>	<p>Área de Docencia e Investigación</p> <p>Coordinadora Plan de Reparaciones (Consultora) Equipo Técnico de Salud Mental</p> <p>Coordinadores Locales del Proyecto (*)</p>

			Dr. Bernardo Amao Palomino Ayacucho Dr. Roberth Parra Lic. Judith Aviles Junin Lic. Carmen Fuente M. Cusco Dra. Elbia Yépez		
	Ing. Shigeru Kobayashi (2005) Lic. Makoto Tobe (2005 /2007)	Evaluación y Monitoreo	Dr. Pedro Mendoza Arana <hr/> Dr. José Castro (2005) Dr. Luís Canales (2006/2007)) Dra. Fatima Villavicewncio (2007)	UNMSM <hr/> MINSA	Responsable General de Relaciones y Cooperación Interinstitucional <hr/> OGCI

Fuentes:

- Acta de la Primera reunión del Comité de Coordinación Conjunta del Proyecto. Abril 2005,
- Acta del 7mo CCC, en 4 de diciembre de 2006
- Informe de Avance 5, en Setiembre del 2007

(*) Se incluye a partir de este Listado a los Coordinadores Locales del Proyecto

Anexo 1

Marco Lógico del Proyecto (PDM)

Versión: PDM-1

Nombre del Proyecto: Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral de Salud¹ para la Población Afectada por la Violencia y Violación de Derechos Humanos en la República del Perú

Período del Proyecto: Marzo 2005 – Marzo 2008

Zonas objetivo del Proyecto: Áreas afectadas por la violencia²

Agencia de Implementación: Por parte del Perú: MINSA, UNMSM. Por parte del Japón: JICA

Grupos Objetivo: Profesores de la Facultad de medicina de UNMSM, Profesionales de Salud de MINSA que proporcionan tratamientos a las personas afectadas por la violencia, Profesionales de salud pública en las zonas piloto³, víctimas afectadas por la violencia, y sus familias en zonas piloto

Beneficiarios finales: Estudiantes de UNMSM, y población general en las zonas piloto

Resumen del Proyecto	Indicadores Verificables	Fuentes de Verificación	Condiciones externas
Objetivo Superior Las condiciones de salud de la población en las zonas piloto afectadas por la violencia son mejoradas integralmente.	- Las condiciones de salud mental de las personas afectadas por la violencia en las zonas piloto, han mejorado. - El número de casos de violencia interna en las zonas piloto, ha disminuido.		
Objetivo del Proyecto La población afectada por la violencia en las zonas piloto han empezado a usar los Cuidados Integrales de Salud.	- El X% de personas identificadas como afectadas por la violencia en las zonas piloto visitan instituciones de salud pública en marzo 2008. - El X% de personas identificadas como afectadas por la violencia en las zonas piloto reciben atención de salud integral en marzo 2008.	Registro de atención de pacientes externos. Reportes diarios de tratamientos médicos.	Del Objetivo del Proyecto al Objetivo superior: 1. La importancia de “la atención integral de salud para las poblaciones afectadas por la violencia” se mantiene en los Lineamientos de la Política del Perú.. 2. La importancia del tema de salud madre-niño se mantiene como lineamiento de la Política del Perú. 3. Las actividades de capacitación en las zonas piloto son mantenidas por el gobierno del Perú.
Resultados 1. Un programa permanente del sistema de capacitación para proporcionar atención integral de la salud a las personas afectadas por la violencia, fue desarrollado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos	1-1 Tópicos relacionados con los derechos humanos y la atención integral para las personas afectadas por la violencia son incluidos en todos los cursos del programa de bachilleres y de maestría para marzo 2008. 1-2 Existen 50 profesores capacitados para brindar capacitación en derechos humanos y atención integral de salud para las personas afectadas por la violencia para abril 2007. 1-3 Se ha aprobado un Curso Diplomado en atención integral de	Informes de modificación de sílabos, que adjuntan sílabos previos y sílabos modificados. Listado de profesores acreditados Resolución del Decanato	De los resultados al Objetivo del Proyecto: 1. Los instrumentos de diagnóstico para las personas afectadas por la violencia, que fueron desarrolladas en el proyecto, son usadas en las zonas piloto. 2. El tema: “La salud de las poblaciones afectadas por la

¹ Atención integral de salud comprende no sólo los conceptos de atención curativa, sino también la atención con énfasis en la promoción y prevención orientada hacia el crecimiento del bienestar integral, personal y colectivo (físico, mental y socioeconómico), bajo el enfoque de género, derecho e interculturalidad. Esta incluye el cuidado de la salud, la disminución de los riesgos y daños de las personas, especialmente los niños, mujeres, adolescentes y víctimas de violencia en las zonas afectadas por la violencia,

² Violencia ocurrida durante el conflicto armado interno (1980-2000) entre grupos terroristas y el Gobierno Peruano

³ DISA: Lima Este, Junín, Ayacucho, Huancavelica, Cuzco.

Anexo 1

Resumen del Proyecto	Indicadores Verificables	Fuentes de Verificación	Condiciones externas
<p>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, ha mejorado.</p> <p>3. En los distritos objetivo, la capacidad del personal de salud, tanto en el nivel primario como secundario, respecto de la salud madre-niño, ha mejorado.</p> <p>4. Se promovieron actividades para la atención de la salud en la comunidad, con la participación de Organizaciones Basadas en la Comunidad (OBCs) y ONGs, para dar beneficios a las personas afectadas por la violencia.</p>	<p>salud a personas afectadas por la violencia y violación de derechos humanos en la UNMSM para 2008.</p> <p>2-1 Los dos programas de capacitación en atención integral de salud a la población afectada por la violencia y violación de derechos humanos, dirigidos al personal de salud (profesionales y no profesionales) son aprobados como programas oficiales en la UNMSM para marzo 2008.</p> <p>2-2 El 50% del personal de salud del primer y segundo niveles de atención en las zonas piloto han mejorado competencias⁴ en atención integral de salud a personas afectadas por la violencia y violación de derechos humanos para diciembre 2007.</p> <p>3-1 El 50% de los profesionales de salud capacitados⁵, aplican el 80% de lo aprendido en su centro laboral, para marzo 2008.</p> <p>4-1 El 30% de las OBCs y las ONGs en las zonas piloto participan en varias actividades siguiendo un plan hecho por ellos mismos para marzo 2008.</p> <p>4-2 Por lo menos 10 voluntarios de salud bilingües en cada una de las zonas piloto están capacitados para noviembre 2007.</p>	<p>de la Facultad de Medicina de la UNMSM.</p> <p>Resolución del Decanato de la Facultad de Medicina de la UNMSM.</p> <p>Programas de capacitación</p> <p>Informe de evaluación por el comité técnico interinstitucional</p> <p>Informe de monitoreo del equipo del MINSA</p> <p>Lista de OBCs y ONGs</p> <p>Plan de Operación</p> <p>Reporte de voluntarios de salud bilingües.</p>	<p>violencia” es un asunto central en los planes de desarrollo local de las zonas piloto.</p> <p>3. La importancia del tema: “cuidado de la salud integral de las personas afectadas por la violencia se mantiene priorizado en los lineamientos de la política del Perú durante la ejecución del Proyecto.</p> <p>4. La importancia del tema de la salud madre-niño se mantiene priorizado en los lineamientos de la política del Perú durante la ejecución del Proyecto.</p>
<p>Actividades</p> <p>1-1 Revisión del plan de estudios y syllabus de la Facultad de Medicina/UNMSM</p> <p>1-2 Desarrollo del plan de estudios</p> <p>1-3 Desarrollar un manual de los cursos para los profesores</p> <p>1-4 Elaborar varios materiales didácticos de los cursos para los estudiantes.</p> <p>1-5 Desarrollar un curso en la UNMSM sobre los derechos humanos y la atención integral de la salud para las personas afectadas por la violencia.</p> <p>1-6 Capacitar a los profesores de la UNMSM en los Estados Unidos (2 semanas/vez) sobre los derechos humanos y la atención integral de la salud para las personas afectadas por la violencia.</p> <p>1-7 Presentar el plan de estudios (clase para estudiantes).</p>	<p>Inputs</p> <p><u>Lado Peruano</u></p> <p><Capacitación en el extranjero></p> <p>Instructores post capacitación</p> <p>Proporcionar instalaciones para capacitación</p> <p>Proporcionar equipos</p> <p>Post contrapartes</p> <p>Proporcionar vehículos</p> <p>Proporcionar labores de oficina (secretaria, choferes, etc.)</p> <p><u>Lado Japonés</u></p> <p>Expertos de corto plazo (sistemas de salud, educación del personal de salud, salud mental, salud de la comunidad, etc.). Varias personas. Tiempo promedio de estadía por persona: 2 meses/año x 3 años. 56.55 meses/hombre</p> <p>Capacitación en el exterior (curso de capacitación en el país) curso de capacitación sobre la atención integral de la salud para las personas afectadas por la violencia; 2 cursos / año, durante 2 años en 5 regiones.</p> <p>Proporcionar maquinarias y equipos (educación, equipo para capacitación, vehículos, etc.)</p>		<p>De las actividades a los Resultados del Proyecto:</p> <p>1. La autonomía de la UNMSM con respecto a los cambios en el programa de estudios, se mantiene.</p> <p>2. Se ha reducido la rotación del personal de salud (participantes de la capacitación) en las zonas piloto (menos renunciantes).</p> <p>3. La importancia del tema de la atención integral de salud para las personas afectadas por la violencia se mantiene priorizado entre los Lineamientos de la Política del Perú durante la ejecución del Proyecto.</p> <p>4. La importancia del tema de la salud para madre-niño se mantiene priorizado entre los Lineamientos de la Política del Perú durante la ejecución</p>

Anexo 1

Resumen del Proyecto	Indicadores Verificables	Fuentes de Verificación	Condiciones externas
<p>1-8 Llevar a cabo la Diplomatura en Atención Integral de Salud para las Población afectada por la violencia.</p> <p>1-9 Ejecutar la supervisión y seguimiento de los cursos.</p> <p>1-10 Evaluar los cursos.</p> <p>1-11 Efectuar reuniones anuales del Proyecto (igual que los puntos 2-16, 3-9 y 4-15).</p> <p>1-12 Crear y dar mantenimiento a una página WEB.</p> <p>1-13 Realizar Seminario/Taller nacional para prevalecer las experiencias del Proyecto (igual que los puntos 2-14 y 4-12).</p> <p>1-14 Realizar Seminario/Taller internacional (regional) para prevalecer las experiencias del Proyecto (igual que los puntos 2-15 y 4-13).</p> <p>1-15 Publicación y difusión de experiencias</p> <p>2-1 Establecer un Comité Técnico Inter-institucional para coordinar las actividades para prevalecer las experiencias del Proyecto (igual que el punto 4-1).</p> <p>2-2 Establecer un acuerdo de cooperación entre UNMSM-DISA (igual que el punto 4-2).</p> <p>2-3 Realizar un estudio de línea de base sobre la situación clínica, la capacidad del personal de salud, etc., en las zonas piloto (Cuzco, Ayacucho).</p> <p>2-4 Desarrollar un plan de capacitación para el personal de salud.</p> <p>2-5 Desarrollar materiales para los cursos.</p> <p>2-6 Realizar el curso de capacitación para el personal de salud (40 personas x 5 zonas piloto)</p> <p>2-7 Entregar certificados del curso a los participantes que cumplan los requisitos.</p> <p>2-8 Monitoreo y evaluación de los cursos.</p> <p>2-9 Hacer evaluaciones internas de los cursos periódicamente.</p> <p>2-10 Realizar talleres para compartir experiencias entre las 5 redes de salud.</p> <p>2-11 Publicar un boletín informativo del Proyecto</p> <p>2-12 Realizar una evaluación interna intermedia.</p> <p>2-13 Publicación y difusión de las experiencias.</p> <p>2-14 Realizar seminarios nacionales para prevalecer las experiencias del Proyecto (igual que en los</p>	<p>Gastos locales (incluyendo asistente local, inspección local, estudios, etc.) 3 años.</p> <p>Cooperación a través de ONGs.</p>		<p>del Proyecto.</p> <p>5. El Gobierno Peruano mantiene las actividades de capacitación en las zonas piloto durante la ejecución del Proyecto.</p> <p>Supuestos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existe un marco político estable, compatible con los alcances del Proyecto. 2. Perú y Japón toman las medidas presupuestales y de personal necesarios.

Anexo 1

Resumen del Proyecto	Indicadores Verificables	Fuentes de Verificación	Condiciones externas
<p>puntos 1-14 y 4-13)</p> <p>2-15 Realizar seminarios talleres internacionales (regionales) para prevalecer las experiencias del Proyecto (igual que en los puntos 1-14 y 4-13)</p> <p>2-16 Realizar la reunión anual del Proyecto (igual que en los puntos 1-11, 3-9 y 4-15)</p> <p>3-1 Realizar el estudio de línea de base (incluyendo medición de la satisfacción de usuarios en 9 DISAs)</p> <p>3-2 Elaborar un plan del curso.</p> <p>3-3 Elaborar materiales didácticos para el curso</p> <p>3-4 Elaborar el sistema de monitoreo y supervisión.</p> <p>3-5 Desarrollar los cursos</p> <p>3-6 Realizar talleres de intercambio de experiencias entre los participantes de los cursos</p> <p>3-7 Evaluar a los participantes de los cursos.</p> <p>3-8 Publicación y difusión de experiencias.</p> <p>4-1 Conformar un Comité Técnico Interinstitucional para coordinar las actividades (igual que el punto 2-1).</p> <p>4-2 Establecer un acuerdo de cooperación entre la UNMSM-DISA (igual que el punto 2-2).</p> <p>4-3 Realizar estudios del capital social en las 5 áreas piloto.</p> <p>4-4 Capacitación de instructores en los Estados Unidos para talleres y capacitación a nivel de la comunidad respecto de los derechos humanos y la atención integral de la salud para las personas afectadas por la violencia.</p> <p>4-5 Capacitar a promotores de salud bilingüe.</p>			

Marco Lógico del Proyecto (Project Design Matrix: PDM)

Versión: PDM-2 (21 de Febrero de 2006)

Nombre del Proyecto: Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral de Salud¹ para la Población afectada por la Violencia y Violación de Derechos Humanos en la República del Perú

Periodo del Proyecto: 3 años (desde Marzo 2005 hasta Marzo 2008)

Áreas del Proyecto: Zonas del Proyecto² seleccionadas de las áreas afectadas por la violencia política³

Agencia de Implementación: Por parte del Perú; Ministerio de Salud (MINSA), Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM); Por parte del Japón: Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)

Grupos Objetivo: Profesores de la Facultad de Medicina de UNMSM, Profesionales de la Salud de MINSA proporcionando tratamientos a las personas afectadas por la violencia en las zonas piloto⁴, Víctimas y sus familiares afectadas por la violencia⁵ en las zonas piloto.

Beneficiarios Finales: Estudiantes de UNMSM, y población en general en las zonas piloto.

Resumen del Proyecto	Indicadores Verificables	Fuentes de Verificación	Consideraciones Externas
OBJETIVO SUPERIOR			
Las condiciones de salud de la población en las zonas piloto afectadas por la violencia son mejoradas integralmente.	- Las condiciones de salud mental de las personas afectadas por la violencia en las zonas piloto han mejorado.	- Estudios de Línea de Base - Evaluación al final del Proyecto - Estudio de Seguimiento luego de concluido el Proyecto (Aplicación de una Escala de Salud Mental en población en las zonas piloto)	
	- El número de casos reportados de violencia doméstica en las zonas piloto ha disminuido en largo plazo.	- Estadísticas recogidas de las organizaciones participantes en el proyecto localizadas en las zonas piloto	
	- La condición de salud materna infantil ha mejorado.	- Estadísticas recogidas a través del sistema de información de la salud del MINSA (HIS) [Ratio de Mortalidad Materna, Ratio de Mortalidad Infantil, el Ratio de Mortalidad de niños menos de 5 años]	

¹ Atención integral de la salud comprende no solo los conceptos de atención curativa, sino también la atención con énfasis en la promoción y prevención orientada hacia el crecimiento del bienestar integral, personal y colectivo (físico, mental y socioeconómico) etc. bajo el enfoque de género, derecho e interculturalidad. Esta incluye el cuidado de la salud, la disminución de los riesgos y daños de las personas, especialmente los niños, mujeres, adolescentes y víctimas de violencia en las zonas afectadas por la violencia

² Violencia Política acá demuestra la violencia ocurrida durante el conflicto armado interno entre grupos terroristas y el Gobierno Peruano desde el año 1980 hasta 2000. La Comisión de la Verdad y Reconciliación: CVR identificó las áreas afectadas por la violencia.

³ 5 DISAs: Lima Este, Junín, Ayacucho, Huancavelica y Cusco. (Para el Resultado 3, adicionar 4 DISAs: Loreto, Cajamarca, Ancash y Huanuco)

⁴ Zonas Piloto (Micro Redes de Salud: MR) son seleccionadas de las zonas del proyecto (5 DISAs): Huaycan Microred (MR) en DISA Lima Este, MR San Martín de Pangoa en DISA Junín, MR Belén en DISA Ayacucho, MR Ascension en DISA Huancavelica, y MR Techo Obrero en DISA Cusco.

⁵ El objetivo del proyecto es tratar no tan solo a las víctimas de violencia política, sino también considerar los otros tipos de violencia (e.g. violencia doméstica contra la mujer, niños y violencia sexual) prevalente en las zonas del proyecto.

Resumen del Proyecto	Indicadores Verificables	Fuentes de Verificación	Consideraciones Externas
OBJETIVO DEL PROYECTO			Del Objetivo del Proyecto hasta el Objetivo Superior
La población afectada por la violencia en las zonas piloto ha empezado a usar los Cuidados Integrales de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> • El X personas identificadas como afectadas por la violencia en las zonas piloto visitan instituciones de salud pública en marzo 2008. • El X personas identificadas como afectadas por la violencia en las zonas piloto reciben atención de salud integral en marzo 2008. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de atención de pacientes externos de las instituciones de Salud del MINSA en las zonas piloto y de las Instituciones que participan en el Proyecto [numero de casos atendidos, tipo de cuidado provisto, número de casos referidos a otras instituciones] - Registro de las víctimas de Violencia [(estimado) número de victimas] - Estudio de Línea de Base [(estimado) número de victimas] - Registro de atención / cuidado de organizaciones e instituciones participando el proyecto: gubernamental (ej. Institución de salud MINSA, policía, MINDES, municipalidad, etc.) y non-gubernamental y organización de base comunitaria. [numero de caso atendido, tipo de violencia, tipo de cuidado, numero de casos referidos a otros instituciones] 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Factores socio-económicos no empeoraran como para deteriorar las condiciones de salud materna-infantil o que la violencia se incremente.

Resumen del Proyecto	Indicadores Verificables	Fuentes de Verificación	Consideraciones Externas
RESULTADOS			De los Resultados al Objetivo del Proyecto :
1. Un programa permanente del sistema de capacitación para proporcionar atención integral de la salud a las personas afectadas por la violencia, fue desarrollado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos ⁶ .	1-1 Existen 50 profesores capacitados para brindar capacitación en derechos humanos y atención integral de salud para las personas afectadas por la violencia para abril 2007.	- Listado de profesores acreditados [Numero y nombre de la facultad, curso y clase encargada]	1. La salud de la población afectada por la violencia es considerada como un punto muy importante dentro del plan de desarrollo regional en las zonas piloto. 2. El apoyo financiero del Seguro Integral de Salud (SIS) continua en las regiones del Proyecto para atención materno infantil prioritariamente. 3. El SIS incluye el tratamiento para problemas de salud mental.
	1-2 Tópicos relacionados con los derechos humanos y la atención integral para las personas afectadas por la violencia son incluidos en todos los cursos del programa de bachilleres y de maestría para marzo 2008.	- Informes de modificación de sílabos, que adjuntan silabos previos y silabos modificados [Resolución del Decano de la Facultad de Medicina en revisión, Curricula y silabos antes y después de la revisión, Número de cursos que deberán incluir tópicos sobre el cuidado integral de la salud, Número de cursos que actualmente incluyen tópicos sobre el cuidado integral de la salud.] - Informe de Enseñanza [número de estudiantes que atienden el curso]	

⁶ Incluye escuela de medicina, enfermería, obstetricia, tecnología médica y nutrición.

Resumen del Proyecto	Indicadores Verificables	Fuentes de Verificación	Consideraciones Externas
	1-3 Se ha aprobado un Curso Diplomado en atención integral de salud a personas afectadas por la violencia y violación de derechos humanos en la UNMSM para 2008.	<ul style="list-style-type: none"> - Resolución por el decano de la facultad de medicina de la UNMSM [Curricula / Syllabos del Diploma del Curso] - Informe de Enseñanza [número de estudiantes del personal de salud que atendieron el curso y obtuvieron el diploma] 	
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, ha mejorado.	2-1 Los dos programas de capacitación en atención integral de salud a la población afectada por la violencia y violación de derechos humanos, dirigidos al personal de salud (profesionales ⁷ y non profesionales ⁸) son aprobados como programas oficiales en la UNMSM para marzo 2008.	<ul style="list-style-type: none"> - Resolución del Decanato de la Facultad de Medicina de la UNMSM, MINSA y DISA. - Programas de capacitación [Curricula, Sílabos, Curso, Materiales y Lista de los Capacitadores] 	
	2-2 Ochenta personal de salud del primer y segundo niveles de atención en las zonas piloto han mejorado competencias ⁹ en atención integral de salud a personas afectadas por la violencia y violación de derechos humanos para diciembre 2007.	<ul style="list-style-type: none"> - Informe de evaluación por el comité técnico. [listado del Personal de la Salud que necesita entrenamiento, actualmente entrenado han completado su programa de capacitación (nombre, especialidad, instituciones, cargo), Pre/Post Exámenes de Capacitación, estudios de seguimiento (incluye encuesta de satisfacción del usuario)] 	
3. En los distritos objetivos, la capacidad del personal de salud, tanto en el nivel primario como secundario, respecto de la salud madre-niño, ha mejorado.	3-1 Ciento cincuenta (150) profesionales de la salud han completado su capacitación de la salud materno infantil hasta Marzo 2008.	Informe de monitoreo del equipo del MINSA/IEMP [Número de participantes capacitados, número de capacitadores que han completado el programa, examen Pre/Post de la capacitación]	

⁷ Profesionales de salud significa personal de salud que tiene licenciatura en salud y incluye medico, enfermera, obstetriz, psicóloga, trabajador social, nutricionista, técnico medica.

⁸ Non profesionales de salud significa personal de salud que no tiene licenciatura en salud y incluye

Resumen del Proyecto	Indicadores Verificables	Fuentes de Verificación	Consideraciones Externas
	3-2 El 50% de los profesionales de salud capacitados, aplican el 80% de lo aprendido en su centro laboral, para marzo 2008.	- Informe de monitoreo del equipo del MINSA/IEMP [aplicación de las habilidades aprendidas (habilidades de salud materno-infantil , identificación victimas de violencia, cuidado a las victimas)]	
	3-3 Los participantes de la capacitación en IEMP implementa la capacitación de réplica en las zonas del proyecto.	- Informe de monitoreo del equipo del MINSA/IEMP [Número de las capacitaciones de replica que serán conducidas, número de personal de la salud atendidos]	
4. Se promovieron actividades para la atención de la salud en la comunidad, con la participación de Organizaciones Basadas en la Comunidad (OBCs) y ONGs, para dar beneficios a las personas afectadas por la violencia.	4-1 El 30% de las OBCs y las ONGs en las zonas piloto participan en varias actividades de salud comunitaria siguiendo un plan hecho por ellos mismos para marzo 2008.	- Lista OBC/ONG [número, nombre, actividades organizacionales] - Plan de operación - Informe de Actividades [actividades conducidas , número de victimas de violencia atendidas, número de victimas derivadas a otras instituciones]	
	4-2 Por lo menos 10 promotores de salud bilingües en cada una de las zonas piloto están capacitados para noviembre 2007.	- Informe de voluntarios de salud bilingües (informe de taller de sensibilización por los promotores de salud [número de los promotores capacitados, número de las victimas identificadas por los promotores, actividades de la salud llevadas a cabo en la comunidad]	

ACTIVIDADES	Integrantes	De las Actividades a los Resultados:
<p>Resultado 0 Actividades relacionadas a los Resultados del Proyecto en Totalitario</p> <p>0-1 Convenir una reunión informativa y discutir sobre Informe de Inicio (Convenir la 1ra reunión de la Junta de Comité de Coordinación).</p> <p>0-2 Establecer el Comité Técnico (CT).</p> <p>0-3 Convenir que el CT para establecer los Grupos de Trabajo Regionales (5 regiones).</p> <p>0-4 Contratar los servicios de una agencia de soporte técnico (HPRT) para facilitar la implementación del Proyecto.</p> <p>0-5 Preparar el Plan Operativo del Comité Técnico.</p> <p>0-6 Preparar el Plan Anual de Trabajo del Proyecto.</p> <p>0-7 Conducir estudios de línea de base.</p> <p>0-8 Desarrollar de un mecanismo para el monitoreo y supervisión del Proyecto.</p> <p>0-9 Desarrollar de un programa y materiales para el Programa de Capacitación en HPRT.</p> <p>0-10 Conducir la capacitación de los capacitadores con relación a los derechos humanos y sobre el cuidado integral de la salud a la población afectada por la violencia a los profesores de la UNMSM y los profesionales de la salud del MINSA en USA.</p> <p>0-11 Convenir una Reunión Anual del Proyecto.</p> <p>0-12 Convenir un Seminario del Proyecto a nivel Nacional</p> <p>0-13 Convenir Seminario (Taller) a nivel Internacional (Regiones Latino Americanas).</p> <p>0-14 Conducir las actividades de Relaciones Públicas relacionadas al Proyecto.</p> <p>0-15 Recopilar un Informe Final del Proyecto.</p> <p>Resultado 1 Establecer un Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en la UNMSM</p> <p>1-1 Revisar del plan de estudios y silabos de la Facultad de Medicina/UNMSM.</p> <p>1-2 Revisar y desarrollar el plan de estudios para los Pregratos y postgrados (diplomatura).</p> <p>1-3 Desarrollar un manual de los cursos para los profesores.</p>	<p><u>Lado Peruano</u> <Capacitación Externa > Instructores Capacitación Proveer facilidades para la capacitación Proveer equipos</p> <p>Contrapartes Proveer vehículos Proveer material de oficina (secretaria, conductor etc.)</p> <p><u>Lado Japonés</u> Expertos a medio tiempo (Sistema de Salud, Educación para el personal de Salud, Salud Mental, Salud Comunitaria, etc.) :Número de personase, periodo estimado de estadía de una persona : 2 meses/año ×3 años 56.55M/M Capacitación Externa (cursos de capacitación local) curso de capacitación respecto al cuidado integral de la salud a la población afectada por la violencia] 2 cursos/año, por 2 años en las 5 regiones Proveer maquinaria y equipo (educación, equipo de capacitación , vehiculo, etc.) Gastos locales (incluido un asistente local, investigación local, estudios etc.) 3 años Cooperación a través de las ONGs</p>	<p>De las Actividades a los Resultados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La autonomía de la UNMSM con respecto a los cambios en el programa de estudios, se mantiene. 2. Se ha reducido la rotación del personal de salud (participantes de la capacitación) en las zonas piloto (menos renunciando). 3. El Gobierno Peruano y los gobiernos locales mantienen las actividades de capacitación en las zonas piloto durante la ejecución del Proyecto. <p>Condiciones Previas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existe un escenario político estable compatible con el problema existente. 2. Organizaciones de Bases Comunitarias, y ONGs son financieramente provistas por otros recursos para promocionar las actividades de salud comunitaria. 3. La importancia de “El atención integral de salud para las víctimas de violencia y Violación de Derechos Humanos” es mantenida dentro de la política del Gobierno Peruano.

<p>1-4 Elaborar varios materiales didácticos de los cursos para los estudiantes.</p> <p>1-5 Desarrollar un curso en la UNMSM sobre los derechos humanos y la atención integral de la salud para las personas afectadas por la violencia.</p> <p>1-6 Conducir la capacitación de los capacitadores con relación a los derechos humanos y sobre el cuidado integral de la salud a la población afectada por la violencia a los profesores de la UNMSM y los profesionales de la salud del MINSA en USA. (igual que 0-10, 2-6 y 4-4)</p> <p>1-7 Introducir el plan de estudios (clase para estudiantes).</p> <p>1-8 Llevar a cabo la Diplomatura en Atención Integral de Salud para las Población afectada por la violencia.</p> <p>1-9 Ejecutar el monitoreo y la supervisión de los cursos.</p> <p>1-10 Evaluar los cursos.</p> <p>1-11 Llevar a cabo la reunión anual del proyecto (igual que 0-11)</p> <p>1-12 Crear y mantener una página WEB.</p> <p>1-13 Realizar Seminario/Taller nacional para prevalecer las experiencias del Proyecto. (Igual que 0-12)</p> <p>1-14 Realizar Seminario/Taller internacional (regional) para prevalecer las experiencias del Proyecto. (Igual que 0-14)</p> <p>1-15 Publicación y difusión de experiencias. (una parte de 0-13)</p> <p>Resultado 2 Capacitación de personal de salud nivel primario y secundario sobre Atención Integral de Salud</p> <p>2-1 Establecer un Comité Técnico (CT). (Igual que 0-2)</p> <p>2-2 Convenir que el CT para establecer los Grupos de Trabajo Regionales (5 regiones).</p> <p>2-3 Realizar un estudio de línea de base sobre la situación clínica, la capacidad del personal de salud, ete y hacer mapeo de las víctimas de violencia en las zonas piloto. (Igual que 0-7)</p> <p>2-4 Desarrollar el plan de capacitación para el personal de salud.</p> <p>2-5 Desarrollar los materiales del curso</p> <p>2-6 Conducir la capacitación de los capacitadores respecto de los derechos humanos y sobre la atención integral de la salud para la población afectada por la violencia para profesores de la UNMSM y profesionales de la salud del</p>		<p>4. La importancia de la salud materno-infantil es mantenida dentro de la política del Gobierno Peruano.</p>
--	--	--

- MINSA en USA. (igual que 0-10, 1-6 y 4-4)
- 2-7 Realizar el curso de capacitación para el personal de salud (40 personas de la salud por año, en cada zona piloto en 5 regiones).
- 2-8 Entregar certificados del curso a los participantes que cumplan los requisitos.
- 2-9 Conducir monitoreo y supervisión del curso.
- 2-10 Hacer evaluaciones internas de los cursos periódicamente.
- 2-11 Llevar a cabo talleres para compartir las experiencias de las 5 zonas piloto.
- 2-12 Publicar un boletín informativo del Proyecto.
- 2-13 Realizar una evaluación interna intermedia.
- 2-14 Publicación y difusión de las experiencias. (una parte de 0-13)
- 2-15 Realizar seminarios nacionales para prevecer las experiencias del Proyecto. (igual que 0-12)
- 2-16 Realizar seminarios talleres internacionales (regionales) para prevecer las experiencias del Proyecto. (igual que 0-14)
- 2-17 Realizar la reunión anual del Proyecto. (igual que 0-11)

Resultado 3 Capacitación del personal de salud nivel primario y secundario sobre tecnología en salud materno-infantil

- 3-1 Realizar el estudio de línea de base. (una parte de 0-7)
- 3-2 Desarrollar de un plan de curso.
- 3-3 Elaborar materiales didácticos para el curso.
- 3-4 Elaborar y revisar el sistema de monitoreo y supervisión.
- 3-5 Desarrollar los cursos.
- 3-6 Preparar un Informe del Curso (para cada curso).
- 3-7 Conducir visitas del seguimiento y la evaluación de los participantes de los cursos de capacitación.
- 3-8 Publicación y difusión de experiencias.
- 3-9 Preparar un Informe Anual.
- 3-10 Llevar a cabo una reunión anual del Proyecto. (igual que 0-11)

Resultado 4 Promocionar las actividades de salud comunitaria

<p>4-1 Conformar un Comité Técnico Interinstitucional para coordinar las actividades (igual que el punto 0-2, 2-1).</p> <p>4-2 Convenir que el CT para establecer los Grupos de Trabajo Regionales (5 regiones) (igual que 0-3).</p> <p>4-3 Conducir el mapeo de recursos sociales en las 5 zonas piloto (incluyendo la identificación del promotor de salud bilingüe)</p> <p>4-4 Conducir la capacitación de los capacitadores con relación a los derechos humanos y sobre el cuidado integral de la salud a la población afectada por la violencia a los profesores de la UNMSM y los profesionales de la salud del MINSA en USA. (igual que 0-10, 1-6 y 2-6)</p> <p>4-5 Capacitar a promotores de salud bilingüe (talleres de sensibilización) en las zonas piloto.</p> <p>4-6 Llevar a cabo los talleres de sensibilización considerando a las OBCs, ONGs y organizaciones locales gubernamentales en las 5 zonas piloto (Desarrollar un plan de operaciones respecto de la promoción para la participación de la población en el cuidado de la salud). (trabajo en conjunto con 4-5)</p> <p>4-7 Desarrollar las actividades participativas de salud comunitaria en las zonas piloto.</p> <p>4-8 Conducir un monitoreo al respecto de las actividades comunitarias.</p> <p>4-9 Conducción de una evaluación interna por el comité técnico (incluyendo compartir la información y/o experiencias, etc.)</p> <p>4-10 Conducción de una evaluación interna con la participación de la población en las zonas piloto.</p> <p>4-11 Propagación experiencias del proyecto, (boletín, informes de evaluación, etc.)</p> <p>4-12 1-13 Realizar Seminario/Taller nacional para prever las experiencias del Proyecto. (Igual que 0-12)</p> <p>4-13 Convenir Seminario (Taller) a nivel Internacional (Regiones Latino Americanas). (Igual que 0-13)</p> <p>4-14 Llevar a cabo la conferencia para organizar las experiencias del proyecto.</p> <p>4-15 Llevar a cabo la reunión anual del Proyecto. (Igual que 0-11)</p>		
--	--	--

Indicadores de los Resultados del Proyecto por cada Año

Año de Proyecto (AP)	Resultados	Indicadores Verificables	Fuentes de Verificación
Resultado 0			
AP 2005 (desde Marzo 2005 hasta Marzo 2006)	Las responsabilidades y Roles de cada organización del proyecto (organización participante) son claramente definidas.	- Los planes de Trabajo Anual son establecidos.	- Plan de Trabajo Anual (para el CT y por cada resultado del proyecto)
Resultado 1			
AP 2005 (desde Marzo 2005 hasta Marzo 2006)	La preparación para proveer los cursos de capacitación sobre la atención integral de la salud a la población afectada por la violencia será completada por la UNMSM.	- Habrán 19 profesores capacitados que podrán enseñar sobre derechos humanos y sobre el cuidado integral de la salud para la población afectada por la violencia en la UNMSM.	- Listado del personal de Enseñanza [Número y nombre de las facultades, cursos y clases a cargo]
AP 2006 (desde Abril 2006 hasta Marzo 2007)	El Programa para proveer atención integral de la salud a la población afectada por la violencia será establecida.	- La Curricula sobre los temas respecto a los derechos humanos y sobre el cuidado integral de la salud a la población afectada por la violencia será aprobada por la UNMSM.	- Resolución del Decano de la Facultad de Medicina.
		- Los temas respecto a los derechos humanos y sobre la atención integral de la salud a la población afectada por la violencia serán incluidos tanto en los programas de bachillerato como maestrías.	- Informe de Revisión, Curricula / Syllabus [Curricula y syllabus; antes y después de la revisión, Número de Cursos que deberán incluir temas sobre el cuidado integral de la salud, Número de cursos que actualmente incluyen temas sobre el cuidado integral de la salud.]
AP 2007 (desde Abril 2007 hasta Marzo 2008)	Un curso permanente de capacitación sistemática para proveer el atención integral de salud a la población afectada por la violencia será establecida en la UNMSM.	- Curso Diplomatura con relación a los derechos humanos y sobre la atención integral de la salud para la población afectada por la violencia será aprobado por la UNMSM.	- Resolución dada por el Decano de la facultad de medicina de la UNMSM [Curricula / Syllabus del Curso Diplomado]
		- 80% de los estudiantes en la UNMSM tendrán clases respecto a los derechos humanos y sobre el cuidado integral de la salud para la población afectada por la violencia.	- Informe de Enseñanza [Curricula y Syllabus de los cursos, número de estudiantes que han atendido el curso , número de estudiantes que han completado dicho curso , número total de estudiantes asistentes]
Resultado 2			
AP 2005 (desde Marzo 2005 hasta Marzo 2006)	Programas de Capacitación respecto a la atención integral de la salud para la población afectada por la violencia para el personal de salud a nivel primario/secundario serán preparados.	- Equipos de Capacitadores de MINSA/UNMSM serán organizado para impartir los programas de capacitación en las zonas piloto.	- Lista de los Capacitadores [Nombre, Organización, Curso a Cargo, Áreas a Cargo]
		- Módulos para los programas de capacitación serán preparados.	- Curricula, Syllabus, Materiales del Curso (borradores)

Año de Proyecto (AP)	Resultados	Indicadores Verificables	Fuentes de Verificación
AP 2006 (desde Abril 2006 hasta Marzo 2007)	La Capacidad del personal de salud a nivel primario y secundario que puedan proveer atención integral de la salud a la población afectada por la violencia será mejorada.	<ul style="list-style-type: none"> - Dos programas de capacitación para el personal de la salud (profesionales y no profesionales) respecto a los derechos humanos y sobre la atención integral de la salud para la población afectada por la violencia serán preparados por el MINSA y la UNMSM. - Cuarenta (40) personales de salud a nivel primario y secundario en cada zona piloto recibirán la capacitación y mejorarán sus condiciones de capacitadores respecto a los derechos humanos y sobre el cuidado de la salud en la población afectada por la violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Curricula, Syllabus, Materiales del Curso - Informe de Evaluación por el comité técnico [Número de Personal de Salud que necesita capacitación, que actualmente está capacitada y aquellos que han completado su programa de capacitación, listado de profesiones, instituciones, cargo del personal}, Exámenes Pre/Post Capacitación, Resultado de Seguimiento]
AP 2007 (desde Abril 2007 hasta Marzo 2008)	(mismo citado líneas arriba)	<ul style="list-style-type: none"> - Dos programas de capacitación anteriormente mencionados serán aprobados por el MINSA y la UNMSM. - Ochenta (80) personales de la salud a nivel primario y secundario en cada zona pilote recibirán capacitación y mejorarán sus conocimientos respecto a los derechos humanos y sobre el cuidado integral de la salud a la población afectada por la violencia hasta el mes de Diciembre 2007. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resolución del Programa por el decano de la UNMSM, el Director General de Desarrollo de Recursos Humanos, el Director General de Promoción de la Salud y DISA. - Programa de Capacitación [Curricula, Syllabus, Materiales del Curso y Lista de los Capacitadotes] - Informe de Evaluación por el comité técnico [Número de Personal de Salud que necesita capacitación, que actualmente está capacitada y aquellos que han completado su programa de capacitación, listado de profesiones, instituciones, cargo del personal}, Exámenes Pre/Post Capacitación, Resultado de Seguimiento]]
Resultado 3			
AP 2005 (desde Marzo 2005 hasta Marzo 2006)	Capacidad respecto del cuidado de la salud madre/niño del personal de la salud a nivel primario y secundario (enfermeras, terapeutas, esposas) serán mejoradas en las 9 DISA.	<ul style="list-style-type: none"> - Cincuenta (50) profesionales de la salud completarán su capacitación de la salud materna perinatal hasta Marzo 2006. - 30% de los profesionales de salud capacitados aplicarán el 40% de lo aprendido en sus sitios de trabajo. - Los profesionales de salud que han participado en la capacitación de salud materna infantil conducirán capacitación tipo cascada en las zonas piloto (capacitación de replica). 	<ul style="list-style-type: none"> - Informe de Monitoreo realizado por el MINSA/IEMP [Número de participantes capacitados, número de capacitadores que han completado el programa, examen Pre/Post de la capacitación, aplicación de las habilidades aprendidas (habilidades de salud materna infantil, víctimas de violencia identificadas, cuidado a las víctimas), Número de las sesiones de capacitación en forma de cascada que serán conducidas, número de personal de la salud capacitado]
AP 2006 (desde Abril	(mismo citado líneas arriba)	<ul style="list-style-type: none"> - Cien (100) profesionales de la salud completarán su capacitación de la salud materna perinatal hasta Marzo 	<ul style="list-style-type: none"> - (mismo citado en líneas arriba)

Año de Proyecto (AP)	Resultados	Indicadores Verificables	Fuentes de Verificación
2006 hasta Marzo 2007)		2007. - 40% del personal de salud capacitado aplicará el 60% de lo aprendido en sus sitios de trabajo. - Profesionales de la salud participarán en la capacitación de la salud materna perinatal conduciendo capacitaciones tipo cascada en las zonas piloto (capacitación de replica).	
AP 2007 (desde Abril 2007 hasta Marzo 2008)	(mismo citado líneas arriba)	- Ciento Cincuenta (150) profesionales de la salud materna perinatal completarán su capacitación (capacitación de replica) hasta Marzo 2008. - 50% del personal capacitado aplicará el 80% de lo aprendido en sus sitios de trabajo. - Profesionales de la salud participarán en la capacitación de la salud materna perinatal conduciendo capacitaciones tipo cascada en las zonas piloto. (capacitación de replica)	- (mismo citado en líneas arriba)
Resultado 4			
AP 2005 (desde Marzo 2005 hasta Marzo 2006)	Preparaciones en la comunidad para las actividades de salud con la participación de las Organizaciones de Base Comunitarias (OBCs) y ONGs serán completadas.	- Al menos una OBC u ONG entenderá el contenido del proyecto, tendrá el propósito para participar en el proyecto y establecerá el sistema de implementación para las actividades comunitarias.	- Lista OBC/ONG [número, nombre, actividades organizacionales] - Plan de operación - Informe de Actividades [actividades conducidas , número de víctimas de violencia atendidas, número de víctimas derivadas a otras instituciones]
AP 2006 (desde Abril 2006 hasta Marzo 2007)	Actividades del cuidado de la salud Comunitarias cuyo propósito sea atender a la población víctimas de la violencia serán promovidas en cada zona piloto en colaboración con la UNMSM, MINSA y al menos una OBC y ONG en cada zona.	- 10% de las OBCs y ONGs en cada zona piloto participarán en varias actividades siguiendo un plan elaborado por ellos mismos.	- (mismo citado líneas arriba)
AP 2007 (desde Abril 2007 hasta Marzo 2008)	(mismo citado líneas arriba)	- Al menos 10 promotores de la salud bilingües (Español y Quechua hablantes) serán capacitados en cada zona piloto hasta Noviembre 2007.	- Informe de voluntarios de salud bilingües (informe de taller de sensibilización por los promotores de salud [número de los promotores capacitados, número de las víctimas identificadas por los promotores, actividades de la salud llevadas a cabo en la comunidad])
		- 30% de las OBCs y ONGs en cada zona piloto estarán participando en varias actividades siguiendo un plan que será elaborado por ellos mismos. .	- Lista OBC/ONG [número, nombre, actividades organizacionales] - Plan de operación - Informe de Actividades [actividades conducidas ,

Año de Proyecto (AP)	Resultados	Indicadores Verificables	Fuentes de Verificación
			número de víctimas de violencia atendidas, número de víctimas derivadas a otras instituciones]

Marco Lógico del Proyecto (Project Design Matrix: PDM)

Versión: PDM-3 (4 de mayo de 2007)

Nombre del Proyecto: Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral de Salud¹ para la Población afectada por la Violencia y Violación de Derechos Humanos en la República del Perú

Periodo del Proyecto: 3 años (desde Marzo 2005 hasta Marzo 2008)

Áreas del Proyecto: Zonas del Proyecto² seleccionadas de las áreas afectadas por la violencia política³

Agencia de Implementación: Por parte del Perú; Ministerio de Salud (MINSA), Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM); Por parte del Japón: Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)

Grupos Objetivo: Profesores de la Facultad de Medicina de UNMSM, Profesionales de la Salud de MINSA proporcionando tratamientos a las personas afectadas por la violencia en las zonas piloto⁴, Víctimas y sus familiares afectadas por la violencia⁵ en las zonas piloto.

Beneficiarios Finales: Estudiantes de UNMSM, y población en general en las zonas piloto.

Resumen del Proyecto	Indicadores Verificables	Fuentes de Verificación	Consideraciones Externas
OBJETIVO SUPERIOR			
Las condiciones de salud de la población en las zonas piloto afectadas por la violencia son mejoradas integralmente.	- Las condiciones de salud mental de las personas afectadas por la violencia en las zonas piloto han mejorado.	- Estudios de Línea de Base - Evaluación al final del Proyecto - Estudio de Seguimiento luego de concluido el Proyecto (Aplicación de una Escala de Salud Mental en población en las zonas piloto)	
	- El número de casos reportados de violencia doméstica en las zonas piloto ha disminuido en largo plazo.	- Estadísticas recogidas de las organizaciones participantes en el proyecto localizadas en las zonas piloto	
	- La condición de salud materna infantil ha mejorado.	- Estadísticas recogidas a través del sistema de información de la salud del MINSA (HIS) [Tasa de Mortalidad Materna, Tasa de Mortalidad Infantil, el Tasa de Mortalidad de niños menos de 5 años]	

¹ Atención integral de la salud comprende no solo los conceptos de atención curativa, sino también la atención con énfasis en la promoción y prevención orientada hacia el crecimiento del bienestar integral, personal y colectivo (físico, mental y socioeconómico) etc. bajo el enfoque de género, derecho e interculturalidad. Esta incluye el cuidado de la salud, la disminución de los riesgos y daños de las personas, especialmente los niños, mujeres, adolescentes y víctimas de violencia en las zonas afectadas por la violencia

² Violencia Política acá demuestra la violencia ocurrida durante el conflicto armado interno entre grupos terroristas y el Gobierno Peruano desde el año 1980 hasta 2000. La Comisión de la Verdad y Reconciliación: CVR identificó las áreas afectadas por la violencia.

³ 5 DISAs: Lima Este, Junín, Ayacucho, Huancavelica y Cusco. (Para el Resultado 3, adicionar 4 DISAs: Loreto, Cajamarca, Ancash y Huanuco)

⁴ Zonas Piloto (Micro Redes de Salud: MR) son seleccionadas de las zonas del proyecto (5 DISAs): Huaycan Microred (MR) en DISA Lima Este, MR San Martín de Pangoa en DISA Junín, MR Belén en DISA Ayacucho, MR Ascension en DISA Huancavelica, y MR Techo Obrero en DISA Cusco.

⁵ El objetivo del proyecto es tratar no tan solo a las víctimas de violencia política, sino también considerar los otros tipos de violencia (e.g. violencia doméstica contra la mujer, niños y violencia sexual) prevalente en las zonas del proyecto.

Resumen del Proyecto	Indicadores Verificables	Fuentes de Verificación	Consideraciones Externas
OBJETIVO DEL PROYECTO			Del Objetivo del Proyecto hasta el Objetivo Superior
La población afectada por la violencia en las zonas piloto ha empezado a usar los Atención Integrales de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> Las personas identificadas como afectadas por la violencia en las zonas piloto visitan instituciones de salud pública en marzo 2008. Las personas identificadas como afectadas por la violencia en las zonas piloto reciben atención de salud integral en marzo 2008. 	<ul style="list-style-type: none"> Registro de atención de pacientes externos de los establecimientos de Salud del MINSA en las zonas piloto [numero de casos atendidos, número de casos referidos a otras instituciones] Registro de las víctimas de Violencia [(estimado) número de víctimas] Estudio de Línea de Base [(estimado) número de víctimas] Registro de atención / cuidado de organizaciones e instituciones participando el proyecto: gubernamental (ej. policía, MINDES, municipalidad, etc.) y non-gubernamental y organización de base comunitaria. [numero de caso atendido, tipo de violencia, tipo de cuidado, numero de casos referidos a otros instituciones] 	1. Factores socio-económicos no empeoraran como para deteriorar las condiciones de salud materna-infantil o que la violencia se incremente.
RESULTADOS			De los Resultados al Objetivo del Proyecto :
1. Un programa permanente del sistema de capacitación para proporcionar atención integral de la salud a las personas afectadas por la violencia, fue desarrollado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos ⁶ .	1-1 Existen 19 profesores capacitados para brindar capacitación en derechos humanos y atención integral de salud para las personas afectadas por la violencia para abril 2007.	- Listado de profesores acreditados [Numero y nombre de la facultad, curso y clase encargada]	1. La salud de la población afectada por la violencia es considerada como un punto muy importante dentro del plan de

⁶ Incluye escuela de medicina, enfermería, obstetricia, tecnología médica y nutrición.

Resumen del Proyecto	Indicadores Verificables	Fuentes de Verificación	Consideraciones Externas
	1-2 Tópicos relacionados con los derechos humanos y la atención integral para las personas afectadas por la violencia son incluidos en todos los cursos <u>seleccionados del programa de pre y post grado o segunda especialización</u> para marzo 2008.	<ul style="list-style-type: none"> - Informes de modificación de sílabos, que adjuntan sílabos previos y sílabos modificados [Curricula y sílabos antes y después de la revisión, Número de cursos que deberán incluir tópicos sobre el cuidado integral de la salud, Número de cursos que actualmente incluyen tópicos sobre el cuidado integral de la salud.] - Informe de Enseñanza [número de estudiantes que atienden el curso] 	<p>desarrollo regional en las zonas piloto.</p> <p>2. El apoyo financiero del Seguro Integral de Salud (SIS) continua en las regiones del Proyecto para atención materno infantil prioritariamente.</p> <p>3. El SIS incluye el tratamiento para problemas de salud mental.</p>
	1-3 Se ha aprobado una Diplomatura en atención integral de salud a personas afectadas por la violencia y violación de derechos humanos en la UNMSM para 2008.	<ul style="list-style-type: none"> - Resolución por el rector de la UNMSM [Curricula / Syllabos del Diploma del Curso] - Informe de Enseñanza [número de estudiantes del personal de salud que atendieron el curso y obtuvieron el diploma] 	
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, ha mejorado.	2-1 El programa de capacitación en atención integral de salud a la población afectada por la violencia y violación de derechos humanos, dirigidos al profesionales de salud ⁷ está aprobado como programa oficiales en la UNMSM para marzo 2008.	<ul style="list-style-type: none"> - Resolución por el rector de la UNMSM - Programas de capacitación [Curricula, Sílabos, Curso, Materiales y Lista de los Capacitadores] 	
	2-2 Existen 50 profesionales capacitados para ofrecer capacitación en atención integral a víctimas de violencia	<ul style="list-style-type: none"> - Listado de profesionales de salud capacitados en la capacitación en la atención integral a víctima de violencia 	

⁷ Profesionales de salud significa personal de salud que tiene licenciatura en salud y incluye medico, enfermera, obstetrix, psicóloga, trabajador social, nutricionista, técnico medica.

Resumen del Proyecto	Indicadores Verificables	Fuentes de Verificación	Consideraciones Externas	
	2-3 Ochenta personal de salud del primer y segundo niveles de atención en las zonas piloto han mejorado competencias ⁸ en atención integral de salud a personas afectadas por la violencia y violación de derechos humanos para diciembre 2007.	- Informe de evaluación por el comité técnico. [numero del Personal de la Salud que necesita entrenamiento, actualmente entrenado han completado su programa de capacitación (especialidad, instituciones, cargo), Pre/Post Exámenes de Capacitación, estudios de seguimiento (incluye encuesta de satisfacción del usuario)]		
3. En los distritos objetivos, la capacidad del personal de salud, tanto en el nivel primario como secundario, respecto de la salud madre-niño, ha mejorado.	3-1 Ciento cincuenta (150) profesionales de la salud han completado su capacitación de la salud materno infantil hasta Marzo 2008.	Informe de monitoreo del equipo del MINSA/IEMP [Número de participantes capacitados, número de capacitadores que han completado el programa, examen Pre/Post de la capacitación]		
	3-2 El 50% de los profesionales de salud capacitados, aplican el 80% de lo aprendido en su centro laboral, para marzo 2008.	- Informe de monitoreo del equipo del MINSA/IEMP [aplicación de las habilidades aprendidas (habilidades de salud materno-infantil , identificación víctimas de violencia, cuidado a las víctimas)]		
	3-3 Los participantes de la capacitación en IEMP implementa la capacitación de réplica en las zonas del proyecto.	- Informe de monitoreo del equipo del MINSA/IEMP [Número de las capacitaciones de replica que serán conducidas, número de personal de la salud atendidos]		

Resumen del Proyecto	Indicadores Verificables	Fuentes de Verificación	Consideraciones Externas
<p>4. Se promovieron actividades para la atención de la salud en la comunidad, con la participación de Personal no profesionales⁹ promotores de Salud, instituciones locales relacionadas, Organizaciones Basadas en la Comunidad (OBCs) y ONGs, para dar beneficios a las personas afectadas por la violencia.</p>	<p>4-1 El 30% de las instituciones locales, OBCs y las ONGs en las zonas piloto participan en varias actividades de salud comunitaria siguiendo un plan hecho por ellos mismos para marzo 2008.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lista OBC/ONG [número, nombre, actividades organizacionales] - Acta de Coformacion o Reactivacion, y Actas de Reuniones de mesa de concertación contra la violencia - Plan de operación - Informe de Actividades [actividades conducidas , número de victimas de violencia atendidas, número de victimas derivadas a otras instituciones] 	
	<p>4-2 Por lo menos 10 promotores de salud están capacitados y son bilingües en las zonas donde se requiera bilingües en cada una de las zonas piloto para noviembre 2007.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informe de voluntarios de salud bilingües (informe de taller de sensibilización por los promotores de salud [número de los promotores capacitados, número de las victimas identificadas por los promotores, actividades de la salud llevadas a cabo en la comunidad] 	
	<p>4-3 Se ha realizado la capacitación a personal no profesionales en la zona piloto para la atención integral de salud a victima de violencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de Capacitación - Materiales de Capacitación - Informe de capacitación. [número de no profecinales capacitados] 	

⁹ Non profesionales de salud significa personal de salud que no tiene licenciatura en salud y incluye

ACTIVIDADES	Integrantes	De las Actividades a los Resultados:
<p>Resultado 0 Actividades relacionadas a los Resultados del Proyecto en Totalitario</p> <p>0-1 Convenir una reunión informativa y discutir sobre Informe de Inicio (Convenir la 1ra reunión de la Junta de Comité de Coordinación).</p> <p>0-2 Establecer el Comité Técnico (CT).</p> <p>0-3 Convenir que el CT para establecer los Grupos de Trabajo Regionales (5 regiones).</p> <p>0-4 Contratar los servicios de una agencia de soporte técnico (HPRT) para facilitar la implementación del Proyecto.</p> <p>0-5 Preparar el Plan Operativo del Comité Técnico.</p> <p>0-6 Preparar el Plan Anual de Trabajo del Proyecto.</p> <p>0-7 Conducir estudios de línea de base.</p> <p>0-8 Desarrollar de un mecanismo para el monitoreo y supervisión del Proyecto.</p> <p>0-9 Desarrollar de un programa y materiales para el Programa de Capacitación en HPRT.</p> <p>0-10 Conducir la capacitación de los capacitadores con relación a los derechos humanos y sobre el cuidado integral de la salud a la población afectada por la violencia a los profesores de la UNMSM y los profesionales de la salud del MINSA en USA.</p> <p>0-11 Convenir una Reunión Anual del Proyecto.</p> <p>0-12 Convenir un Seminario del Proyecto a nivel Nacional</p> <p>0-13 Convenir Seminario (Taller) a nivel Internacional (Regiones Latino Americanas).</p> <p>0-14 Conducir las actividades de Relaciones Públicas relacionadas al Proyecto.</p> <p>0-15 Recopilar un Informe Final del Proyecto.</p>	<p><u>Lado Peruano</u> <Capacitación Externa > Instructores Capacitación Proveer facilidades para la capacitación Proveer equipos</p> <p>Contrapartes Proveer vehículos Proveer material de oficina (secretaria, conductor etc.)</p> <p><u>Lado Japonés</u> Expertos a medio tiempo (Sistema de Salud, Educación para el personal de Salud, Salud Mental, Salud Comunitaria, etc.) :Número de personase, periodo estimado de estadía de una persona : 2 meses/año ×3 años 56.55M/M Capacitación Externa (cursos de capacitación local) curso de capacitación respecto al cuidado integral de la salud a la población afectada por la violencia] 2 cursos/año, por 2 años en las 5 regiones Proveer maquinaria y equipo (educación, equipo de capacitación , vehiculo, etc.) Gastos locales (incluido un asistente local, investigación local, estudios etc.) 3 años Cooperación a través de las ONGs</p>	<p>De las Actividades a los Resultados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La autonomía de la UNMSM con respecto a los cambios en el programa de estudios, se mantiene. 2. Se ha reducido la rotación del personal de salud (participantes de la capacitación) en las zonas piloto (menos renunciando). 3. El Gobierno Peruano y los gobiernos locales mantienen las actividades de capacitación en las zonas piloto durante la ejecución del Proyecto.
<p>Resultado 1 Establecer un Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en la UNMSM</p> <p>1-1 Revisar del plan de estudios y silabos de la Facultad de Medicina/UNMSM.</p> <p>1-2 Revisar y desarrollar el plan de estudios para los Pregratos y postgrados (diplomatura).</p> <p>1-3 Desarrollar un manual de los cursos para los profesores.</p>		<p>Condiciones Previas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existe un escenario político estable compatible con el problema existente. 2. Organizaciones de Bases Comunitarias, y ONGs son financieramente provistas por otros recursos para promocionar las actividades de salud comunitaria. 3. La importancia de “El atención integral de salud para las víctimas de violencia y Violación de Derechos Humanos” es mantenida dentro de la política del Gobierno Peruano.

<p>1-4 Elaborar varios materiales didácticos de los cursos para los estudiantes.</p> <p>1-5 Desarrollar un curso en la UNMSM sobre los derechos humanos y la atención integral de la salud para las personas afectadas por la violencia.</p> <p>1-6 Conducir la capacitación de los capacitadores con relación a los derechos humanos y sobre el cuidado integral de la salud a la población afectada por la violencia a los profesores de la UNMSM y los profesionales de la salud del MINSA en USA. (igual que 0-10, 2-6 y 4-4)</p> <p>1-7 Introducir el plan de estudios (clase para estudiantes).</p> <p>1-8 Llevar a cabo la Diplomatura en Atención Integral de Salud para las Población afectada por la violencia.</p> <p>1-9 Ejecutar el monitoreo y la supervisión de los cursos.</p> <p>1-10 Evaluar los cursos.</p> <p>1-11 Llevar a cabo la reunión anual del proyecto (igual que 0-11)</p> <p>1-12 Crear y mantener una página WEB.</p> <p>1-13 Realizar Seminario/Taller nacional para prevalecer las experiencias del Proyecto. (Igual que 0-12)</p> <p>1-14 Realizar Seminario/Taller internacional (regional) para prevalecer las experiencias del Proyecto. (Igual que 0-14)</p> <p>1-15 Publicación y difusión de experiencias. (una parte de 0-13)</p> <p>Resultado 2 Capacitación de personal de salud nivel primario y secundario sobre Atención Integral de Salud</p> <p>2-1 Establecer un Comité Técnico (CT). (Igual que 0-2)</p> <p>2-2 Convenir que el CT para establecer los Grupos de Trabajo Regionales (5 regiones).</p> <p>2-3 Realizar un estudio de línea de base sobre la situación clínica, la capacidad del personal de salud, ete y hacer mapeo de las víctimas de violencia en las zonas piloto. (Igual que 0-7)</p> <p>2-4 Desarrollar el plan de capacitación para el personal de salud.</p> <p>2-5 Desarrollar los materiales del curso</p> <p>2-6 Conducir la capacitación de los capacitadores respecto de los derechos humanos y sobre la atención integral de la salud para la población afectada por la violencia para profesores de la UNMSM y profesionales de la salud del</p>		<p>4. La importancia de la salud materno-infantil es mantenida dentro de la política del Gobierno Peruano.</p>
--	--	--

- MINSA en USA. (igual que 0-10, 1-6 y 4-4)
- 2-7 Realizar el curso de capacitación para el personal de salud (40 personas de la salud por año, en cada zona piloto en 5 regiones).
 - 2-8 Entregar certificados del curso a los participantes que cumplan los requisitos.
 - 2-9 Conducir monitoreo y supervisión del curso.
 - 2-10 Hacer evaluaciones internas de los cursos periódicamente.
 - 2-11 Llevar a cabo talleres para compartir las experiencias de las 5 zonas piloto.
 - 2-12 Publicar un boletín informativo del Proyecto.
 - 2-13 Realizar una evaluación interna intermedia.
 - 2-14 Publicación y difusión de las experiencias. (una parte de 0-13)
 - 2-15 Realizar seminarios nacionales para prevecer las experiencias del Proyecto. (igual que 0-12)
 - 2-16 Realizar seminarios talleres internacionales (regionales) para prevecer las experiencias del Proyecto. (igual que 0-14)
 - 2-17 Realizar la reunión anual del Proyecto. (igual que 0-11)

Resultado 3 Capacitación del personal de salud nivel primario y secundario sobre tecnología en salud materno-infantil

- 3-1 Realizar el estudio de línea de base. (una parte de 0-7)
- 3-2 Desarrollar de un plan de curso.
- 3-3 Elaborar materiales didácticos para el curso.
- 3-4 Elaborar y revisar el sistema de monitoreo y supervisión.
- 3-5 Desarrollar los cursos.
- 3-6 Preparar un Informe del Curso (para cada curso).
- 3-7 Conducir visitas del seguimiento y la evaluación de los participantes de los cursos de capacitación.
- 3-8 Publicación y difusión de experiencias.
- 3-9 Preparar un Informe Anual.
- 3-10 Llevar a cabo una reunión anual del Proyecto. (igual que 0-11)

Resultado 4 Promocionar las actividades de salud comunitaria

<p>4-1 Conformar un Comité Técnico Interinstitucional para coordinar las actividades (igual que el punto 0-2, 2-1).</p> <p>4-2 Convenir que el CT para establecer los Grupos de Trabajo Regionales (5 regiones) (igual que 0-3).</p> <p>4-3 Conducir el mapeo de recursos sociales en las 5 zonas piloto (incluyendo la identificación del promotor de salud bilingüe)</p> <p>4-4 Conducir la capacitación de los capacitadores con relación a los derechos humanos y sobre el cuidado integral de la salud a la población afectada por la violencia a los profesores de la UNMSM y los profesionales de la salud del MINSA en USA. (igual que 0-10, 1-6 y 2-6)</p> <p>4-5 Capacitar a promotores de salud bilingüe (talleres de sensibilización) en las zonas piloto.</p> <p>4-6 Llevar a cabo los talleres de sensibilización considerando a las OBCs, ONGs y organizaciones locales gubernamentales en las 5 zonas piloto (Desarrollar un plan de operaciones respecto de la promoción para la participación de la población en el cuidado de la salud). (trabajo en conjunto con 4-5)</p> <p>4-7 Desarrollar las actividades participativas de salud comunitaria en las zonas piloto.</p> <p>4-8 Conducir un monitoreo al respecto de las actividades comunitarias.</p> <p>4-9 Conducción de una evaluación interna por el comité técnico (incluyendo compartir la información y/o experiencias, etc.)</p> <p>4-10 Conducción de una evaluación interna con la participación de la población en las zonas piloto.</p> <p>4-11 Propagación experiencias del proyecto, (boletín, informes de evaluación, etc.)</p> <p>4-12 1-13 Realizar Seminario/Taller nacional para prever las experiencias del Proyecto. (Igual que 0-12)</p> <p>4-13 Convenir Seminario (Taller) a nivel Internacional (Regiones Latino Americanas). (Igual que 0-13)</p> <p>4-14 Llevar a cabo la conferencia para organizar las experiencias del proyecto.</p> <p>4-15 Llevar a cabo la reunión anual del Proyecto. (Igual que 0-11)</p>		
--	--	--

Indicadores de los Resultados del Proyecto por cada Año

Año de Proyecto (AP)	Resultados	Indicadores Verificables	Fuentes de Verificación
Resultado 0			
AP 2005 (desde Marzo 2005 hasta Marzo 2006)	Las responsabilidades y Roles de cada organización del proyecto (organización participante) son claramente definidas.	- Los planes de Trabajo Anual son establecidos.	- Plan de Trabajo Anual (para el CT y por cada resultado del proyecto)
Resultado 1			
AP 2005 (desde Marzo 2005 hasta Marzo 2006)	La preparación para proveer los cursos de capacitación sobre la atención integral de la salud a la población afectada por la violencia será completada por la UNMSM.	- Habrán 19 profesores capacitados que podrán enseñar sobre derechos humanos y sobre el cuidado integral de la salud para la población afectada por la violencia en la UNMSM.	- Listado del personal de Enseñanza [Número y nombre de las facultades, cursos y clases a cargo]
AP 2006 (desde Abril 2006 hasta Marzo 2007)	El Programa para proveer atención integral de la salud a la población afectada por la violencia será establecida.	- La Curricula sobre los temas respecto a los derechos humanos y sobre el cuidado integral de la salud a la población afectada por la violencia será aprobada por la UNMSM.	- Resolución del Decano de la Facultad de Medicina.
		- Los temas respecto a los derechos humanos y sobre la atención integral de la salud a la población afectada por la violencia serán incluidos tanto en los programas de bachillerato como maestrías.	- Informe de Revisión, Curricula / Syllabus [Curricula y syllabus; antes y después de la revisión, Número de Cursos que deberán incluir temas sobre el cuidado integral de la salud, Número de cursos que actualmente incluyen temas sobre el cuidado integral de la salud.]
AP 2007 (desde Abril 2007 hasta Marzo 2008)	Un curso permanente de capacitación sistemática para proveer el atención integral de salud a la población afectada por la violencia será establecida en la UNMSM.	- Curso Diplomatura con relación a los derechos humanos y sobre la atención integral de la salud para la población afectada por la violencia será aprobado por la UNMSM.	- Resolución dada por el Decano de la facultad de medicina de la UNMSM [Curricula / Syllabus del Curso Diplomado]
		- 80% de los estudiantes en la UNMSM tendrán clases respecto a los derechos humanos y sobre el cuidado integral de la salud para la población afectada por la violencia.	- Informe de Enseñanza [Curricula y Syllabus de los cursos, número de estudiantes que han atendido el curso , número de estudiantes que han completado dicho curso , número total de estudiantes asistentes]
Resultado 2			
AP 2005 (desde Marzo 2005 hasta Marzo 2006)	Programas de Capacitación respecto a la atención integral de la salud para la población afectada por la violencia para el personal de salud a nivel primario/secundario serán preparados.	- Equipos de Capacitadores de MINSA/UNMSM serán organizado para impartir los programas de capacitación en las zonas piloto.	- Lista de los Capacitadores [Nombre, Organización, Curso a Cargo, Áreas a Cargo]
		- Módulos para los programas de capacitación serán preparados.	- Curricula, Syllabus, Materiales del Curso (borradores)

Año de Proyecto (AP)	Resultados	Indicadores Verificables	Fuentes de Verificación
AP 2006 (desde Abril 2006 hasta Marzo 2007)	La Capacidad del personal de salud a nivel primario y secundario que puedan proveer atención integral de la salud a la población afectada por la violencia será mejorada.	<ul style="list-style-type: none"> - Dos programas de capacitación para el personal de la salud (profesionales y no profesionales) respecto a los derechos humanos y sobre la atención integral de la salud para la población afectada por la violencia serán preparados por el MINSA y la UNMSM. - Cuarenta (40) personales de salud a nivel primario y secundario en cada zona piloto recibirán la capacitación y mejorarán sus condiciones de capacitadores respecto a los derechos humanos y sobre el cuidado de la salud en la población afectada por la violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Curricula, Syllabus, Materiales del Curso - Informe de Evaluación por el comité técnico [Número de Personal de Salud que necesita capacitación, que actualmente está capacitada y aquellos que han completado su programa de capacitación, listado de profesiones, instituciones, cargo del personal}, Exámenes Pre/Post Capacitación, Resultado de Seguimiento]
AP 2007 (desde Abril 2007 hasta Marzo 2008)	(mismo citado líneas arriba)	<ul style="list-style-type: none"> - Dos programas de capacitación anteriormente mencionados serán aprobados por el MINSA y la UNMSM. - Ochenta (80) personales de la salud a nivel primario y secundario en cada zona pilote recibirán capacitación y mejorarán sus conocimientos respecto a los derechos humanos y sobre el cuidado integral de la salud a la población afectada por la violencia hasta el mes de Diciembre 2007. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resolución del Programa por el decano de la UNMSM, el Director General de Desarrollo de Recursos Humanos, el Director General de Promoción de la Salud y DISA. - Programa de Capacitación [Curricula, Syllabus, Materiales del Curso y Lista de los Capacitadotes] - Informe de Evaluación por el comité técnico [Número de Personal de Salud que necesita capacitación, que actualmente está capacitada y aquellos que han completado su programa de capacitación, listado de profesiones, instituciones, cargo del personal}, Exámenes Pre/Post Capacitación, Resultado de Seguimiento]]
Resultado 3			
AP 2005 (desde Marzo 2005 hasta Marzo 2006)	Capacidad respecto del cuidado de la salud madre/niño del personal de la salud a nivel primario y secundario (enfermeras, terapeutas, esposas) serán mejoradas en las 9 DISA.	<ul style="list-style-type: none"> - Cincuenta (50) profesionales de la salud completarán su capacitación de la salud materna perinatal hasta Marzo 2006. - 30% de los profesionales de salud capacitados aplicarán el 40% de lo aprendido en sus sitios de trabajo. - Los profesionales de salud que han participado en la capacitación de salud materna infantil conducirán capacitación tipo cascada en las zonas piloto (capacitación de replica). 	<ul style="list-style-type: none"> - Informe de Monitoreo realizado por el MINSA/IEMP [Número de participantes capacitados, número de capacitadores que han completado el programa, examen Pre/Post de la capacitación, aplicación de las habilidades aprendidas (habilidades de salud materna infantil, víctimas de violencia identificadas, cuidado a las víctimas), Número de las sesiones de capacitación en forma de cascada que serán conducidas, número de personal de la salud capacitado]
AP 2006 (desde Abril	(mismo citado líneas arriba)	<ul style="list-style-type: none"> - Cien (100) profesionales de la salud completarán su capacitación de la salud materna perinatal hasta Marzo 	<ul style="list-style-type: none"> - (mismo citado en líneas arriba)

Año de Proyecto (AP)	Resultados	Indicadores Verificables	Fuentes de Verificación
2006 hasta Marzo 2007)		2007. - 40% del personal de salud capacitado aplicará el 60% de lo aprendido en sus sitios de trabajo. - Profesionales de la salud participarán en la capacitación de la salud materna perinatal conduciendo capacitaciones tipo cascada en las zonas piloto (capacitación de replica).	
AP 2007 (desde Abril 2007 hasta Marzo 2008)	(mismo citado líneas arriba)	- Ciento Cincuenta (150) profesionales de la salud materna perinatal completarán su capacitación (capacitación de replica) hasta Marzo 2008. - 50% del personal capacitado aplicará el 80% de lo aprendido en sus sitios de trabajo. - Profesionales de la salud participarán en la capacitación de la salud materna perinatal conduciendo capacitaciones tipo cascada en las zonas piloto. (capacitación de replica)	- (mismo citado en líneas arriba)
Resultado 4			
AP 2005 (desde Marzo 2005 hasta Marzo 2006)	Preparaciones en la comunidad para las actividades de salud con la participación de las Organizaciones de Base Comunitarias (OBCs) y ONGs serán completadas.	- Al menos una OBC u ONG entenderá el contenido del proyecto, tendrá el propósito para participar en el proyecto y establecerá el sistema de implementación para las actividades comunitarias.	- Lista OBC/ONG [número, nombre, actividades organizacionales] - Plan de operación - Informe de Actividades [actividades conducidas , número de víctimas de violencia atendidas, número de víctimas derivadas a otras instituciones]
AP 2006 (desde Abril 2006 hasta Marzo 2007)	Actividades del cuidado de la salud Comunitarias cuyo propósito sea atender a la población víctimas de la violencia serán promovidas en cada zona piloto en colaboración con la UNMSM, MINSA y al menos una OBC y ONG en cada zona.	- 10% de las OBCs y ONGs en cada zona piloto participarán en varias actividades siguiendo un plan elaborado por ellos mismos.	- (mismo citado líneas arriba)
AP 2007 (desde Abril 2007 hasta Marzo 2008)	(mismo citado líneas arriba)	- Al menos 10 promotores de la salud bilingües (Español y Quechua hablantes) serán capacitados en cada zona piloto hasta Noviembre 2007.	- Informe de voluntarios de salud bilingües (informe de taller de sensibilización por los promotores de salud [número de los promotores capacitados, número de las víctimas identificadas por los promotores, actividades de la salud llevadas a cabo en la comunidad])
		- 30% de las OBCs y ONGs en cada zona piloto estarán participando en varias actividades siguiendo un plan que será elaborado por ellos mismos. .	- Lista OBC/ONG [número, nombre, actividades organizacionales] - Plan de operación - Informe de Actividades [actividades conducidas ,

Año de Proyecto (AP)	Resultados	Indicadores Verificables	Fuentes de Verificación
			número de víctimas de violencia atendidas, número de víctimas derivadas a otras instituciones]

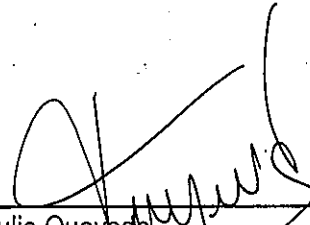
ACTA DE LA PRIMERA REUNIÓN DEL COMITÉ DE COORDINACION CONJUNTA DEL PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PARA LA POBLACIÓN AFECTADA POR LA VIOLENCIA Y VIOLACION DE DERECHOS HUMANOS EN LA REPÚBLICA DE PERÚ

La primera reunión del Comité de Coordinación Conjunta (CCC) del PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PARA LA POBLACIÓN AFECTADA POR LA VIOLENCIA Y VIOLACION DE DERECHOS HUMANOS EN LA REPÚBLICA DE PERÚ (al que se le llamará "el Proyecto") se realizó el 5 de abril del 2005 en el Ministerio de Salud, Lima Perú (MINSA). La CCC enriqueció los acuerdos sobre el contenido del borrador del Informe de Inicio. Las discusiones y aportes en detalle son expuestos en el Anexo I.


Lima, 6 de abril del 2005



Mr. Takao Omote
Resident Representative
Japan International Cooperation Agency (JICA)
Japan




Dr. Tulio Quevedo
Coordinador del Proyecto
Dirección General de Promoción de la Salud
Ministerio de Salud
Republica del Perú



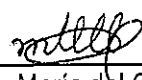
Mr. Tateo Kusano
Project Chief Advisor
JICA Expert Team
Japan




Dr. Fausto Garmendia
Coordinator
Permanent Program of Integral Health
Attention for the Population Affected by
Violence and Human Rights Violence,
National Major University of San Marcos
Republic of Perú



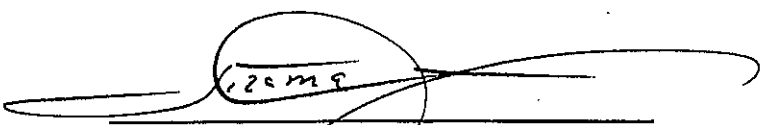
Dr. Luis Vergara Fernandez
Director General de la Dirección de Salud IV- Lima
Este



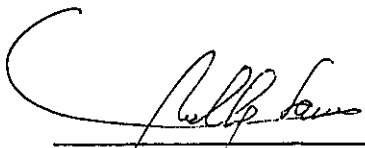
Dr. María del Carmen Calle
Dirección General de Salud de las Personas
Ministerio de Salud
Republica del Perú



Dr. Francisco Bravo Alva
Director General
Hospital Hermilio Valdizán
Ministerio de Salud



Dr. Martín Nizama Valladolid
Director General
Instituto Especializado en Salud Mental
Honorio Delgado- Hideyo Noguchi



Dra. Nelly Lam Figueroa
Instituto Especializado Materno Perinatal

I DISCUSION

1. El Dr. Pedroza de OGCI/MINSA dio inicio a la reunión agradeciendo la asistencia de los representantes de las instituciones contrapartes del Proyecto. Así mismo efectuó una breve descripción de la organización del proyecto así como sus antecedentes empezó la reunión que agradece la ayuda de los representantes de las instituciones del colega del Proyecto. Igualmente, él hizo una descripción breve de la organización del Proyecto así como su fondo.
2. Sr. Tateo Kusano, Jefe del equipo técnico de JICA describió el contenido del informe del borrador de informe de inicio del Proyecto así como la propuesta de puntos de agenda a ser desarrollados en la primera reunión de la CCC del proyecto, considera que 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 entrenaran en el programa de Harvard en trauma del refugiado (HPRT). Es necesario para el lado peruano determinar a los miembros del Comité Directivo (CD), sus funciones y las frecuencias de las reuniones.
3. Sr. Kusano solicito que por cada experto japonés la contra parte peruana debía señalar un responsable idealmente con nivel académico y de servicios de salud. Igualmente expresó que en el plan de trabajo anual del comité técnico de cada región del proyecto deben prepararse un plan de trabajo para clarificar las actividades, siendo la parte peruana la encargada de preparar y reunir todos los informes del proyecto indicados en el borrador de informe de inicio, con la ayuda del equipo técnico de JICA, siendo los informes en inglés y en español.
4. La definición de la violencia enfocada por el proyecto, el criterio de la selección de los entrenadores que serán entrenados en el HPRT, y el Plan de Trabajo Anual del CT se preparará por el CT y se aprobará en la segunda CCC el que se entregará en la segunda semana de mayo del 2005.
5. El 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 Baldías e Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP), involucrando los servicios de salud, las organizaciones sociales de la comunidad y las víctimas de la violencia.

6. 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.

7. El representante residente de JICA declaró que la última meta del proyecto es que las personas afectadas por la violencia reciban los servicios de salud integrales. El desarrollo de recursos humanos en salud mental atención del trauma son meramente los medios y una parte del proceso en la obtención de la meta global del Proyecto.

8. El IEMP mencionó que 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.

9. Los representantes de las DISAS 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 de línea de base relacionados a la violencia, realizados.

10. 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 como la violencia familiar, violencia sexual y delincuencia en los lugares del proyecto por las siguientes razones:

(1) 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.

(2) 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.

(3) 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

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left and several smaller ones to the right.

amplio y deben 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.

(4) 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.

(5) Integrar el cuidado de la salud materno perinatal con el proyecto es crítico para romper la transmisión intergeneracional de la violencia.

(6) Ampliando la visión de la violencia haremos al proyecto más relevante en concordancia con las políticas nacionales de salud mental.

11. El MINSA pidió al equipo de expertos de JICA apoyar con los costos de transporte y alojamiento para los representantes nacionales encargados de las reuniones oficiales como son el CCC, CD y CT. Las DISAS no pueden apoyar con estos costos por la descentralización y limitaciones presupuestales. El equipo de expertos de JICA explicó que aunque el proyecto cubre el costo directo de varios entrenamientos el costo para reuniones oficiales no puede ser cubierto por la Fundación JICA.

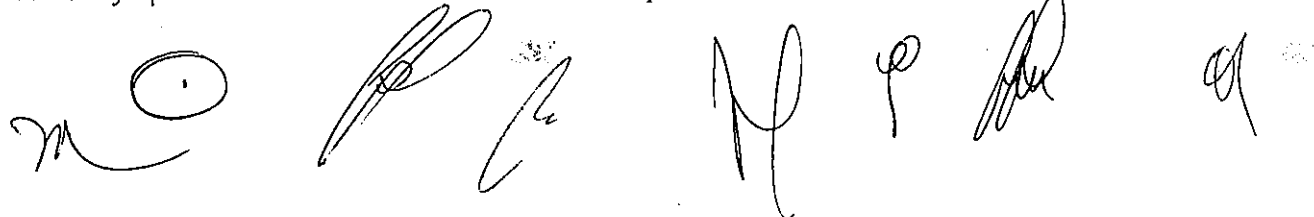
II ACUERDOS

12. La primera reunión del CD será realizada el 06 de Abril de 2005 y el CCC aprueba la regulación interna del CD.

13. El CT será realizado el viernes 08, a las 10 de la mañana en el MINSA para revisar las sugerencias del CCC, preparar el Plan de Trabajo Anual de CT, decidir los criterios de selección de los candidatos para el entrenamiento en el HPRT, y discutir otros puntos necesarios.

14. La reunión tripartita de MINSA/UNMSM/REGIONES se realizará el lunes 11 Abril del 2005, a las 10 de la mañana en el salón de reuniones del Hotel Las Américas.

15. La segunda CCC se realizara la segunda semana Mayo del 2005 con el propósito de revisar y aprobar los temas a ser discutidos en el primer CT.




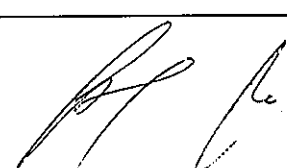




Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left and several smaller ones to the right.

LISTA DE CONTRAPARTES

No.	EXPERTO JAPONES	ESPECIALIDAD	NOMBRE	Organización	PUESTO
	Ing. Tateo Kusano	Director del proyecto	Dr. Luis Podestá	MINSA	Director General de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP)
	Licda. Fude Takayoshi	Coordinador del proyecto	Dra. Maria del Carmen Calle	MINSA	DGSP
			Dr. Tulio Quevedo	MINSA	DGPS
			Dr. Fausto Garmendia	UNMSM	UNMSM-Coordinador
	Dr. Minoru Tanabe	Desarrollo de recursos humanos/ Administración de Hospitales	Dr. Alfonso Medina Bocanegra	MINSA/IEMP	Director General del IEMP
			Srta. Eva Miranda Ramón	UNMSM	Especialista en Docencia
			Dr. Danilo Villavicencio Muñoz (Cuzco)	DISA	Directores Generales
			Dr. Luis Vergara Fernández (Lima Este)		Dirección de Salud
			Dr. Luis Huamán Palomino (Junín)		Direcciones Regionales de Salud
			Dr. José Quispe Pérez (Ayacucho)		
			Dr. Fidel Miranda Medina (Huancavelica)		
	Dr. Naoko Miyaji	Salud Mental (académico)	Dr. Alberto Perales	UNMSM	Especialista en Psiquiatría
			Dra. Edith Chello Campos	Hospital Valdiván	Especialista en Psiquiatría
			Dr. Luis Matos	Instituto de Salud Mental Noguchi	Especialista en Psiquiatría

24

Dr. Norihiko Kuwayama	Salud Mental (comunitario)	Dr. Alberto Perales Dra. Edith Chero Campos Dr. Luis Matos Retamozo	UNMSM Valdizán Hospital Noguchi Mental Health Institute	Especialista en Psiquiatría Especialista en Psiquiatría Especialista en Psiquiatría
Lic. Edgar Rivero Contreras (Lima Este)		Dra. Bernardo Amao Palomino (Huancavelica)	DISA	Responsable de Salud Mental
Lic. Carlos Chavez (Ayacucho)		Lic. Carmen Fuente M. (Junín)		
Lic. Yndira Lajo Cahvez (Cuzco)				
Ing. Makoto Tobe	Salud Materno Perinatal / Salud Comunitaria / Promoción de la Salud	Dra. Nelly Lam Figueroa Lic Patricia Tello	IEMP MINSA	Jefe de Entrenamiento
Ing. Shigeru Kobayashi	Evaluación y Monitoreo	Dr. Pedro Mendoza Arana Dr. José Castro	UNMSM MINSA	Responsable General de Relaciones y Cooperación Interinstitucional OGCI

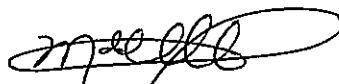
ACTA DE REUNIÓN
DE LA SEGUNDA JUNTA DE COORDINACIÓN DEL COMITÉ DEL PROYECTO DE
ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PARA POBLACIÓN AFECTADA POR LA
VIOLENCIA Y LA VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LA
REPÚBLICA DEL PERÚ

La segunda Junta de Coordinación del Comité del Proyecto de ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PARA POBLACIÓN AFECTADA POR LA VIOLENCIA Y LA VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LA REPÚBLICA DEL PERÚ (en adelante, "el Proyecto") tuvo lugar el 6 de mayo del 2005 en el Ministerio de Salud, Lima, Perú (MINSA). El Comité básicamente tomó acuerdos sobre temas discutidos en el 2do. Comité Técnico y otros temas descritos en el Anexo 1.

Lima, 6 de mayo del 2005



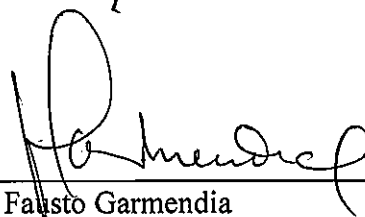
Sr. Takao Omote
Representante Residente
JICA



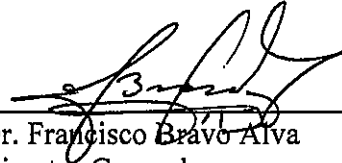
Dr. María del Carmen Calle
Dirección General de Salud de las Personas
Ministerio de Salud
República de Perú



Sr. Tateo Kusano
Jefe Supervisor del Proyecto
Equipo de Expertos JICA



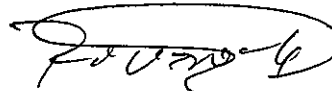
Dr. Fausto Garmendia
Coordinador
Programa Permanente de Atención Integral
de Salud para Población Afectada por la
Violencia y la Violación de los Derechos
Humanos en la República del Perú
UNMSM



Dr. Francisco Bravo Alva
Director General
Hospital Hermilio Valdizán
Ministerio de Salud



Dra. Nelly Lam Figueroa
Instituto Especializado Materno Perinatal
Ministerio de Salud



Lic. Edgard Rivero
Coordinador de Salud Mental
DISA Lima Este

ANEXO 1

1. Resultados 1 y 2

1.1 Entrenamiento de entrenadores del HPRT

- 1) La lista de candidatos para la capacitación de entrenadores del HPRT será elaborada el 15 de mayo del 2005.
- 2) La capacitación de entrenadores del HPRT empezará en agosto o setiembre del 2005.
- 3) Los criterios de selección del HPRT son los siguientes:
 - Profesionales de salud (por ejemplo, médicos, enfermeras, obstétricas y psicólogos clínicos. No está limitada a procedencia de universidades) con conocimientos de salud mental (no necesariamente especialistas en salud mental).
 - Dominio intermedio del inglés.
 - Fuerte motivación humanitaria para promover la atención de la salud mental.
 - Compromiso de difundir los conocimientos y habilidades aprendidas en el Entrenamiento a su regreso al Perú.
- 4) La composición de los 50 participantes del Entrenamiento es como sigue:

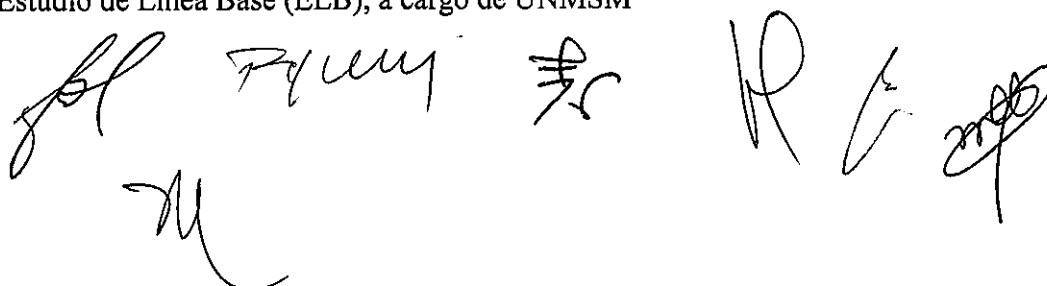
Organizaciones	Nro. de participantes
UNMSM	19
MINSA, LIMA	4
5 DISAS	10 (2 personas x 5 regiones)
Institutos especializados de salud mental	13 (5Noguchi, 5Valdizán, 3Larco Herrera)
IEMP	4
TOTAL	50

- 5) Los criterios de selección y su composición por organizaciones de los candidatos fue decidida considerando la sugerencia del equipo de expertos de JICA en el 2do. Comité Técnico.

1.2 Plan Anual de Trabajo (PAT)

El PAT para los Resultados 1 y 2 serán preparados por la UNMSM y MINSA, como se decidió en la reunión del 2do. Comité Técnico. El diseño del PAT será preparado después de que se determinen los detalles del Entrenamiento HPRT, y será revisado y terminado después de que el primer paquete del Entrenamiento HPRT sea finalizado.

1.3 Estudio de Línea Base (ELB), a cargo de UNMSM



- 1) La información demográfica de las personas afectadas por la violencia política fue recogida con técnicas cualitativas y cuantitativas mediante entrevistas con informantes clave.
- 2) La historia clínica de las personas afectadas por la violencia política fue recogida de muestras seleccionadas y analizada sólo con procedimientos cualitativos.
- 3) La habilidad técnica de los profesionales y sus necesidades de entrenamiento fue analizada con procedimientos cuantitativos.
- 4) El Informe de ELB de cinco regiones (versión en castellano) será entregado al equipo de experto de JICA a fines de julio del 2005.

2. Resultado 3

El presupuesto para el Entrenamiento del IEMP de este año es de USD 45000, aproximadamente, y es casi la mitad de lo que costó el año pasado. La negociación del presupuesto será completada antes de comenzar el entrenamiento el 13 de junio del 2005.

3. Resultado 4

3.1 Plan Anual de Trabajo y Mapeo de Recursos Sociales

El MINSA sostendrá la reunión preparatoria con los representantes de las DISAs a fines de mayo del 2005 para preparar el PAT para el Resultado 4 y el Mapeo de Recursos Sociales. Así, el PAT estará listo a fines de mayo del 2005 y el Mapeo de Recursos Sociales, a fines de junio del mismo año.

3.2 Sedes piloto

Las sedes piloto para el proyecto (área de microrred) fueron especificadas de la siguiente forma:

DISA Lima Este : Microrred Huaycán (Red Vitarte – La Molina)

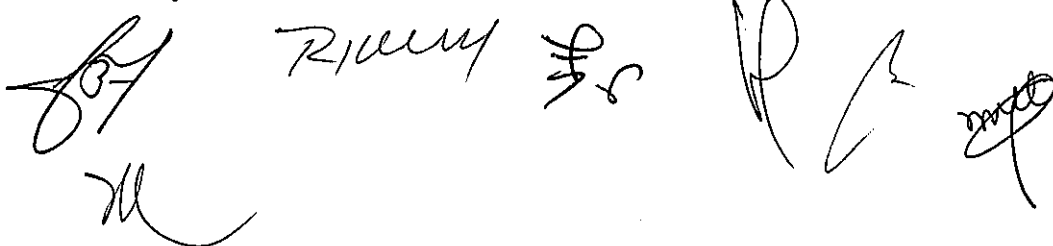
DISA Ayacucho : Alguna microrred en la Red Huamanga (aun no decidida debido a la ausencia del representante de la región)

DISA Cusco : Microrred Techo Obrero (Sicuani, Red Canas-Canchis-Espinar)

DISA Junín : Microrred San Martín de Pangoa (Red Satipo)

DISA Huancavelica: Microrred Ascensión (Red Huancavelica)*

*Originalmente, la sede piloto para la DISA Huancavelica fue seleccionada de la Red Acobamba, sin embargo, la microrred Ascensión de la Red Huancavelica fue seleccionada como un sitio clave por la DISA Huancavelica por las siguientes razones: la microrred Ascensión tiene mucho más necesidad de atención de la población afectada por violencia política; el gobierno peruano la ha seleccionado como área prioritaria; y, la UNMSM ya ha terminado su estudio de línea base en esta área.



4. Metodología de monitoreo, supervisión y evaluación del proyecto.

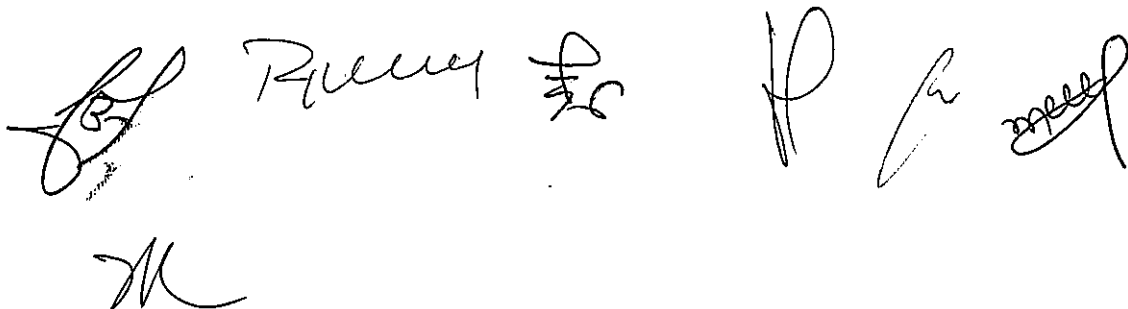
La lista del personal responsable del monitoreo, supervisión y evaluación del proyecto estará terminada para el 15 de mayo del 2005. TC hará el monitoreo y supervisará el avance de cada actividad en sus reuniones mensuales usando el formato establecido. Los indicadores de evaluación para el Resultado 4 serán determinados en el Taller que tendrá lugar en cada sede piloto a partir de agosto del 2005.

37 Ruvy E R J
M

ANEXO 2

LISTA DE PARTICIPANTES

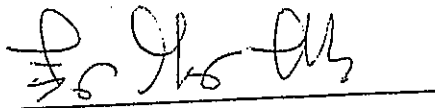
ORGANIZACION	NOMBRE	CARGO
MINSA	Dra. María del Carmen Calle	DGSP
MINSA	Lic. Lourdes Rivas Loarte	OGCI
MINSA	Lic. Patricia Tello	DGPS
UNMSM	Fausto Garmendia	Coordinador
UNMSM	Alberto Perales	Profesor de Psiquiatría
UNMSM	Bernardo Cano Uria	Psiquiatra de niño-adolescente
Hospital Hermilio Valdizán	Francisco Bravo Alva	Director Ejecutivo
IEMP	Nelly Lam Figueroa	Directora Ejecutiva de la Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia
DISA Lima Este	Lic. Edgard Rivero	Coordinador Salud Mental
DIRESA Junin	Pedro Vicuña	DIRESA Junin
DIRESA Cusco	Danilo Villavicencio Muñoz	DIRESA Cusco
DIRSA Huancavelica	Bernardo Amao Palomino	DIRESA Huancavelica
JICA Perú	Takao Omote	Representante residente
JICA Perú	Midori Kishimoto	Program Officer
JICA Equipo de Expertos	Tateo Kusano	Experto Supervisor / Sistema de Salud
JICA Equipo de expertos	Fude Takayoshi	Experta en coordinación de proyecto / Fortalecimiento de la cooperación entre organizaciones / relaciones públicas
JICA Equipo de Expertos	Shigeru Kobayashi	Experto en desarrollo de recursos de salud humana / gestión hospitalaria.
JICA Equipo de expertos	Makoto Tobe	Experto en salud materno infantil, promoción de la salud y salud comunitaria



ACTA DE LA TERCERA REUNIÓN DEL COMITE CONJUNTO DE COORDINACIÓN
CCC DEL PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS POBLACIONES
AFECTADAS POR LA VIOLENCIA POLÍTICA Y LA VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS
HUMANOS EN LA REPÚBLICA DE PERÚ

El Tercer Comité Conjunto de Coordinación (JCC) para el Proyecto de FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS POBLACIONES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA POLÍTICA Y LA VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LA REPÚBLICA DE PERÚ (denominado de aquí en adelante como "el Proyecto") se realizó el 26 de agosto de 2005 en el coordinó sobre problemas discutidos en el Tercer Comité Técnico y otros problemas descritos en el Anexo 1.

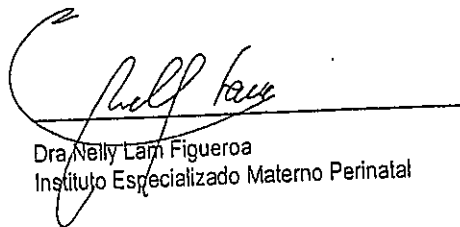
Lima, 26 de Agosto de 2005,



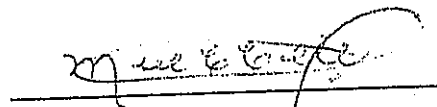
Sr. Takao Omote
Representante residente
Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA)
Japón



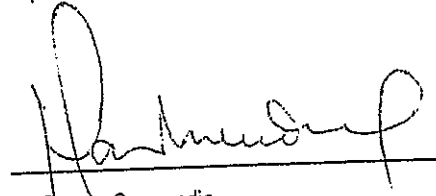
Sr. Tateo Kusano
Consejero Principal
Grupo de Expertos JICA
Japón



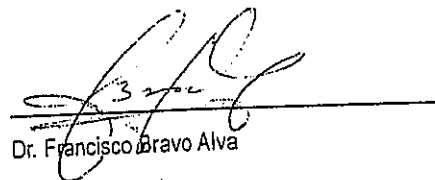
Dra. Neily Larín Figueroa
Instituto Especializado Materno Perinatal



Dr. María del Carmen Calle
Dirección General de la Salud de Personas
Ministerio de Salud
República de Perú



Dr. Fausto Garmendia
Coordinador
Programa Permanente de Atención Integral a la Población
Afectada por
Violencia Política y Violación de los Derechos Humanos
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
República de Perú



Dr. Francisco Bravo Alva
Director General
Hospital Hermillo Valdizán
Ministerio de Salud

ANEXO 1

Resultado 4

(1) Progreso del Plan de Trabajo Anual para el Resultado 4 y el Mapeo de las Organizaciones Sociales.
Se esperaba que cada DISA presentara los documentos siguientes al JCC para el 5 de agosto:

- El Plan Anual de Trabajo para el Resultado 4 con el Acta firmada de aprobación del Plan por el Comité Multisectorial local contra la Violencia.
 - Mapeo de las Organizaciones Sociales (incluyendo el mapa de los recursos, la lista de organizaciones locales que actúan contra violencia, y lista de promotores de salud)
- Todos los DISAs han presentado los Planes de Trabajo Anuales, pero ellos todavía necesitan algunas modificaciones. Todas las DISAs han estado desarrollando el mapeo de los recursos pero todavía están incompletos. MINSA coordinará para que todas las envíen los Planes y los Mapas para el 10 de setiembre.

(2) El Taller Piloto en Huaycan

El Taller Piloto para el Resultado 4 (Taller de Sensibilización de la Comunidad) se realice en Huaycán, 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 coordinación multisectorial 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 Hermilio Valdizan Hospital presentará el informe final del taller al equipo del proyecto en el 29 de agosto.

El Sistema de Colección de datos en Violencia

MINSA todavía no ha establecido un sistema de la registro de las víctimas de la violencia y los datos de violencia no han sido sistemáticamente reunidos. A través de este proyecto, cada sitio modelo establecerá el registro y sistematizará la recolección de datos de las víctimas de violencia para supervisar y evaluar el progreso del proyecto.

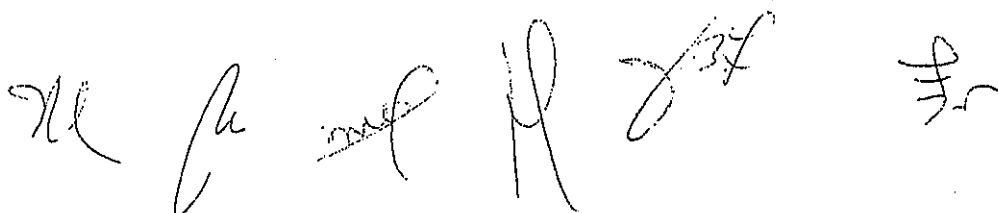
Resultado 3

La visita de seguimiento a las DISAs

IEMP y MINSA dirigirán la visita de seguimiento a los participantes del Cuarto Curso de Capacitación en 9 DISAs del 2005 de septiembre para supervisar el progreso de la implementación del Centro de Entrenamiento Regional.

5 Curso de Capacitación

El 5 Curso de Capacitación entrenamiento se realizará de la mitad de Noviembre hasta diciembre del 2005. El curso entrenará a los líderes regionales para desarrollar el Centro de Entrenamiento Regional como sucedió con el 4 curso. Tomando en cuenta las lecciones aprendidas del curso anterior, los candidatos para el 5 entrenamiento serán identificados directamente por IEMP y MINSA durante la visita de seguimiento en septiembre, para que los candidatos más apropiados puedan asistir al 5 curso.



El Centro de Entrenamiento regional

Cada DISA es responsable de desarrollar el Centro de Entrenamiento 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 arriba expresado.

La Revisión del Plan de estudios para el entrenamiento de IEMP

A partir del 6 curso en año 2006, el curso entrenará a profesionales de salud que trabajan en los hospitales locales y centros de salud que apoyarán a los líderes regionales para implementar los centros de entrenamiento regionales. El plan de estudios del entrenamiento se revisará para incluir más temas en la salud mental de mujeres y niños, incluso lo aprendido en el entrenamiento en HPRT.

Resultado 2

(1) Sistema de Capacitación para el Resultado 2

Se realizará una sesión extraordinaria para discutir el sistema de capacitación a través del cual los profesionales que asistieron al HPRT entrenarán a los proveedores de salud locales.

(2) El Plan de Trabajo anual para el Resultado 4

El plan de trabajo anual para el Resultado 2 será desarrollado por MINSA en coordinación con UNMSM después del primer entrenamiento HPRT y se propondrá al 4 JCC encontrarse sostuvo al principio del 2006 de febrero.

Resultado 1

(1) Definición y clasificación de Violencia

La definición y clasificación de Violencia para este Proyecto se establecerá aplicando las leyes peruanas sobre violencia y las definiciones de la Organización Mundial de la Salud.

(2) Estudio de la línea de base

- El Informe de Junín no ha sido concluido debido a los problemas de seguridad en la región. Se presentará al CCC el 15 de septiembre, 2005.
- Los Resúmenes Ejecutivos de los estudios de Huaycan y Ayacucho aún no han sido entregados y serán completados por UNMSM.
- UNMSM realizará un análisis comparativo de los resultados del estudio de las líneas de base de las 5 regiones.
- Se complementarán la fuente de datos y lista de referencias en el informe del estudio.

(3) Plan de Capacitación

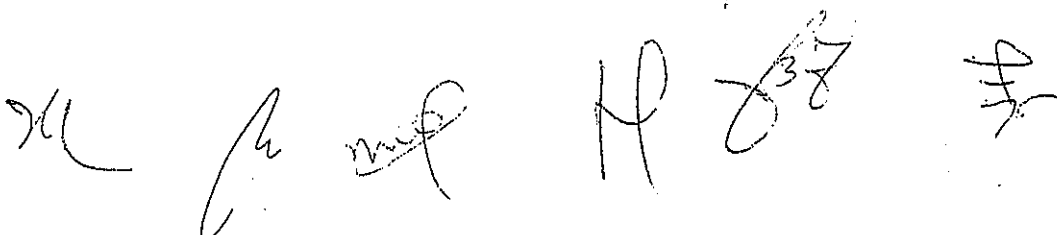
UNMSM desarrollará el plan de capacitación para profesores y estudiantes de UNMSM y universidades locales después del primer entrenamiento HPRT en Enero 2006, basado en los resultados de las líneas de base y lo aprendido en el entrenamiento de HPRT.

5. Capacitación en HPRT

Sr. Kusano y Señorita Takayoshi del Equipo del Proyecto visitaron HPRT en Boston del 23 a 25 de agosto de 2005 y llegaron a las siguientes conclusiones:

(1) Principios básicos del proyecto:

- El proyecto no solo prioriza la violencia política sino otros tipos de tipos de violencia prevalentes en el Perú.
- El proyecto desarrolla un sistema de salud integrado, combinando la salud mental y salud maternal y del niño.
- Este proyecto está dirigido por el CCC que incluye no solo a la UNMSM pero también al MINSA y las organizaciones relacionadas como miembros del Perú.



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a signature in the middle, and several initials on the right.

(2) Entrenamiento en HPRT

(A) La responsabilidad de los capacitados: Los profesionales entrenados en el HPRT entrenando tienen la responsabilidad de dirigir el entrenamiento para las facultades universitarias y estudiantes y para el personal de salud del primer y Segundo nivel de las áreas locales.

(B) El Período de capacitación: Dos entrenamientos de 8 días (9 noches y 10 días incluso el viaje aéreo entre Lima y Boston)

1 grupo: el 22 de enero al 31 de enero, 2006

2 grupo: el 19 de febrero al 28 de febrero de 2006

(C) En el primer grupo asistirán los profesionales médicos y en el Segundo grupo los profesionales no médicos (cada uno de 25 miembros)

(D) Intérprete / Traducción: Dos intérpretes del Español-inglés estarán disponibles en todas las sesiones de entrenamiento. Se traducirán todos los materiales de entrenamiento y juego de herramientas en español. Todas las conferencias (la traducción española) se grabarán en el CD y serán distribuidos al final de los entrenamientos.

(E) Los métodos de entrenamiento: Abordaje participatorio (la combinación de conferencias y discusiones del grupo)

(3) Términos de Referencia (Tareas)

A) La preparación de los entrenamientos

B) La revisión de las Líneas de Base y Plan de Trabajo Anual.

C) Conducción de dos entrenamientos de 8 días en Cambridge.

D) Conferencia mensual con CCC-UNMSM.

E) Presentación de dos informes: al final de 4 meses y al final de 8 meses

(4) El plan de estudios de HPRT Training el programa

- Introducción-juego de herramientas
- La historia del trauma
- La depresión
- PTSD
- Psicofarmacología
- Altruismo, trabajo y solidaridad,
- Violencia doméstica
- Alcohol/drogas
- Competencia cultural
- Consejería
- Niños y adolescentes
- Instrumentos para la tamizaje.
- Resumen

(5) Organización de Contacto: UNMSM servirá como la organización del contacto y como representantes de CCC

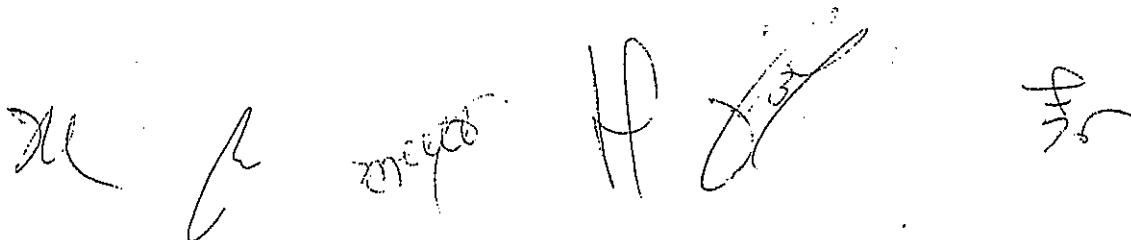
(6) Sesión preparatoria: UNMSM dirigirá las sesiones preparatorias para profesionales que serán entrenados en HPRT en Lima un día antes de la salida de Perú

Las organizaciones que participarán en el HPRT presentarán la lista de candidatos al Equipo del Proyecto para el 15 de septiembre. El equipo del proyecto prepara el formato de CV y distribuye después del 15 de septiembre. La oferta del Proyecto incluye los boletos aéreos (Perú Boston Perú), alojamiento y viáticos.

6. Informes

El Reporte Básico consiste de un informe principal (el glosario, la introducción, el resumen de cada informe, análisis comparativo y lista de referencias) y anexos (el informe de plan de estudios de UNMSM y 5 regiones).

El progreso Informe 1 principalmente desarrollado por cada resultado del proyecto:



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including 'M', 'C', 'meyer', 'H', '3', and 'F'.

- 1) Resultado 1: UNMSM
- 2) Resultado 2: MINSAL/UNMSM
- 3) Resultado 3: MINSAL/IEMP
- 4) Resultado 4: MINSAL/DISA

Ambos reportes serán preparados en español, inglés y japonés. Se determinarán los detalles del proceso de la preparación el 31 de agosto.

MINSAL desarrollará la página web del proyecto en las páginas del MINSAL.

M *fu* *meyo* *H* *[Signature]* *[Signature]*

ANEXO 2

LA LISTA DE PARTICIPANTES :

EL N°	El nombre :	La Organización
1	Midori Kishimoto	JICA-Perú
2	Takao Omote	JICA-Perú
3	Tateo Kusano	JICA - el Equipo del Proyecto
4	Fude Takayoshi	JICA - el Equipo del Proyecto
5	Makoto Tobe	JICA - el Equipo del Proyecto
6	Minoru Tanabe	JICA - el Equipo del Proyecto
7	Fausto Garmendia	UNMSM
8	Ulises Miñoz	UNMSM
9	Pedro Alcantara Valdivia	UNMSM
10	María del Carmen Calle	MINSA - DGSP
11	Marisol Campos Fanola	MINSA - DGSP
12	Tulio Quevedo	MINSA - DGPS
13	Patricia el Tello CastelloTulio Quevedo	MINSA - DGPS
14	Francisco Bravon Alva	El hospital Hermilio Valdizan
15	Edhid Chero	El hospital Hermilio Valdizan
16	Nelly Lam Figueroa	Instituto el materno de Especializado Perinatal

[Handwritten signatures and initials]

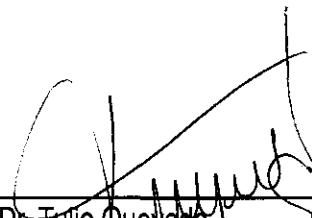
**ACTA DE LA CUARTA REUNION DEL COMITE DE COORDINACION
CONJUNTA (CCC) Y LA PRIMERA REUNION ANUAL DEL
PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION INTEGRAL
A LAS POBLACIONES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA
POLITICA Y LA VIOLACION DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LA REPUBLICA DEL PERU**

La Cuarta Reunión del Comité de Coordinación Conjunta (CCC) y la Primera Reunión Anual del Proyecto de FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION INTEGRAL A LAS POBLACIONES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA POLITICA Y LA VIOLACION DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LA REPUBLICA DEL PERU (denominado de aquí en adelante como "el Proyecto") se realizó el día 6 de Febrero, 2006 en las instalaciones del Ministerio de Salud, Lima Perú, (MINSA). El Comité básicamente acordó sobre los asuntos discutidos durante el Cuarto Comité Técnico (CT) y sobre otros asuntos descritos en el Anexo I.

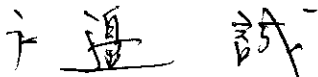
Lima, 20 de Febrero, 2006



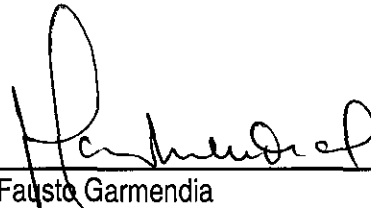
Sr. Takao Omote
Representante Residente
Agencia de Cooperación Internacional de Japón
(JICA)
Japón



Dr. Tullio Quevedo
Coordinador del Proyecto
Dirección General de Promoción de la Salud
Ministerio de Salud
República del Perú

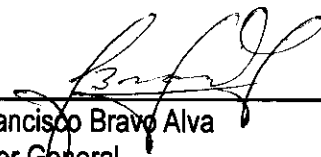


Sr. Tateo Kusano (TATEO KUSANO)
Consejero Principal
Grupo de Expertos JICA
Japón

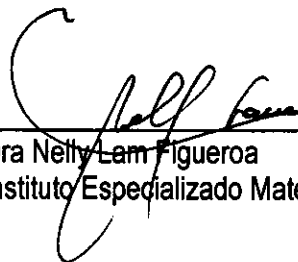


Dr. Fausto Garmendia
Coordinador Programa Permanente de Atención
Integral a la Población Afectada por Violencia
Política y Violación de los Derechos Humanos,
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
República del Perú

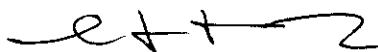
Pov



Dr. Francisco Bravo Alva
Director General
Hospital Hermilio Valdizán
Ministerio de Salud



Dra Nelly Lam Figueroa
Instituto Especializado Materno Perinatal



Dr. Luis Matos
Coordinador Equipo Itinerante
Instituto Nacional de Salud Mental
Honorio Delgado- Hideyo Noguchi



Dr. Luis Vergara Fernández
Director General
DISA Lima Este

1. HPRT Capacitación a Capacitadores

El primer curso de capacitación/entrenamiento a los capacitadores en el Programa de Trauma de los Refugiados de Harvard (HPRT) fue realizado en Boston (Cambridge), Massachusetts, Estados Unidos de Norte América, desde el 22 de Enero hasta el 1 de Febrero de 2006. Veinticinco (25) participantes Peruanos completaron el curso de capacitación en su totalidad. Un repaso general de dicha capacitación fue presentado en la Cuarta Reunión del Comité Técnico (CT) llevado a cabo el día 2 de Febrero seguido de la aprobación del CCC.

2. Método de Capacitación Tipo Cascada

Los participantes de la capacitación HPRT que serán los posteriores capacitadores formarán grupos de trabajo para establecer el marco del trabajo de la capacitación de tipo cascada, lo prepararán y llevarán a cabo. Dichos grupos de trabajo comenzarán a tener reuniones de grupo semanales comenzando el día 7 de Febrero 2006.

3. Resultado 1

3.1. Plan de Trabajo Anual del Proyecto Año 2005 y Año 2006 (Febrero 2005-Marzo 2007)

La Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) establecerá el plan de trabajo para el Resultado 1 para el Primer y Segundo año del proyecto (Febrero 2005 – Marzo 2007) a través de las discusiones que se lleven a cabo en los grupos de trabajo de los capacitadores entrenados en el HPRT basados en el Plan de Operaciones del Proyecto (Ver Anexo 2).

3.2. Progreso en el Desarrollo de la Currícula, Sílabos y Materiales del Curso para la UNMSM en los Programas de Capacitación

Desde el año pasado, la UNMSM ha comenzado a modificar la currícula y sílabos de los cursos para los pregrados en sus cinco escuelas de profesionales, de la facultad de medicina con la finalidad de incorporar los componentes en los temas de violencia y derechos humanos. Las modificaciones en la currícula continuarán para que todos los cursos de pregrados incluyan los temas en violencia y derechos humanos al finalizar el presente Proyecto.

El curso de Diplomatura será preparado y recibirá la aprobación respectiva del Decano de la facultad de Medicina de la UNMSM dentro del presente año con la finalidad de que dicho curso pueda comenzar desde el año académico 2007 como parte de los cursos de postgrado.

4. Resultado 2

4.1. Plan de Trabajo Anual del Proyecto Año 2005 y Año 2006 (Febrero 2005-Marzo 2007)

El Ministerio de Salud (MINSA) establecerá el plan de trabajo para el Resultado 2 para el Primer y Segundo Año del proyecto (Febrero 2005 – Marzo 2007) en coordinación con la UNMSM.

4.2. Progreso en el Desarrollo de la Currícula, Silabos y Materiales del Curso para la Capacitación del Personal de Salud (Profesionales, No-Profesionales)

La UNMSM está preparando el curso de capacitación para los 50 participantes de la Capacitación de Capacitadores en HPRT, con la expectativa de que puedan expandir sus habilidades como capacitadores a los trabajadores de salud del primer / segundo nivel en las cinco zonas piloto. El borrador de la currícula para este curso de capacitación consiste en nueve módulos: (1) violencia política (2) violencia contra niños y adolescentes, (3) violencia generacional, (4) violencia social, (5) estudio de línea de base, (6) salud integral para las víctimas de violencia, (7) método de educación para el adulto, (8) Leyes en el Perú y regulaciones en el tema de violencia, y (9) promoción integral de la salud en violencia y violación de los derechos humanos.

Comenzando el año 2006, estos 50 capacitadores (Participantes de la capacitación HPRT y de la capacitación de la UNMSM) capacitarán a 200 trabajadores de salud a nivel primarios (40 personas



[Handwritten signatures and initials]

en cada zona piloto) por año.

5. Output 3

5.1. Resultados del Seguimiento / Evaluación de las Visitas para la Cuarta Capacitación del IEMP

Las visitas de seguimiento y de evaluación a los participantes de la Cuarta Capacitación del Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP) en las 9 regiones fueron llevado a cabo el pasado mes de Septiembre y Octubre 2005. De acuerdo a lo observado se indica la necesidad de incrementar el tiempo dedicado a los temas de violencia, interculturalidad, género y derechos humanos para el próximo Quinto Curso de Capacitación.

Durante la sesión de seguimiento los candidatos para el próximo Quinto Curso de capacitación fueron identificados para que profesionales de salud con buen perfil profesional puedan asistir a la próxima capacitación.

5.2. Resultados del Quinto Curso de Capacitación IEMP

El Quinto Curso de capacitación del IEMP fue llevado a cabo desde el 21 de Noviembre hasta el 17 de Diciembre 2005. Veintidós (22) participantes de las 9 diferentes DISAs completaron el curso (23 participantes fueron programados de participar en dicho curso pero un candidato de la zona de Ayacucho canceló su asistencia en el último minuto.)

El motivo principal del Quinto Curso tenía el propósito principal de capacitar a líderes administrativos en las 9 regiones para establecer un Centro de Desarrollo de Competencia (CDC) tal como se llevó a cabo durante el Cuarto Curso y dicho curso mejoró notablemente las habilidades de los participantes para el desarrollo CDC. Asistencia e iniciativa por parte de las DISAs son necesarias para el desarrollo de CDC en las regiones

5.3 El Plan de Seguimiento / Visitas de Evaluación de la 5ta Capacitación del IEMP

Las visitas de seguimiento y de evaluación a las 9 zonas han sido implementadas desde el mes de Febrero a Marzo 2006, utilizando el mismo formato de evaluación de la anterior visita en el mes de Septiembre y Octubre 2005.

5.4 Presentación del Reporte Anual (Resultado 3)

El IEMP presentó el reporte anual del Resultado 3, que ha consistido de (1) resumen del Cuarto Curso de capacitación, (2) resumen de las visitas de seguimiento del Cuarto curso de capacitación, (3) resumen del Quinto Curso de capacitación y (4) el plan para las visitas de seguimiento luego de realizado el Quinto Curso.

6. Resultado 4

6.1. Resultados de los Talleres de Sensibilización

Cinco regiones han implementado los Talleres de Sensibilización desde el mes de Agosto y Noviembre 2005.

En la región Cusco, el taller de sensibilización para los promotores de salud, personal de salud locales y organizaciones locales fue llevado a cabo en el mes de Agosto 2005 en la zona piloto del Proyecto (microrred Techo Obrero). El plan de trabajo para la promoción de la salud mental en la comunidad fue establecido. Adicionalmente la promoción de la salud mental también ha sido incluida en el plan anual del Comité de Salud Regional (*consejo regional de salud*) y el comité de salud provincial (*consejo provincial de salud*).



Handwritten signatures and initials.

En la región de Huancavelica el taller de sensibilización fue realizado los días 10 y 11 de Noviembre 2005. Representantes de cerca de 30 organizaciones locales (incluyendo 9 organizaciones de base comunitarias y 5 ONGs, así como organizaciones gubernamentales) estuvieron presentes. En el taller los roles de cada organización para las víctimas de violencia fueron discutidas y se decidió incorporar actividades para evitar la violencia, dentro del plan de trabajo relativo a cada organización. Un detallado plan de actividades de cada organización será decidido durante el año 2006. Los talleres para los promotores de salud no fueron conducidos en este año.

En la región de Junín el grupo de trabajo (DIRESA Junín) organizó talleres de sensibilización para las organizaciones locales relacionadas a violencia (ambas organizaciones gubernamentales y organizaciones no-gubernamentales) en Agosto 2005 y una resolución escrita (*acta de acuerdo*) para la promoción de salud mental fue adaptada regionalmente (región Junín) y nivel microred (microred San Martín de Pangoa). Los talleres de sensibilización para los promotores de salud en la comunidad fue realizado el 10 y 30 de Noviembre, 2005, con la finalidad de (1) incrementar el conocimiento acerca de la Salud Mental, (2) definir los roles de los promotores de salud en la promoción de la salud mental en su comunidad y (3) el plan de actividades para la mejora de la salud mental en la comunidad. Luego del taller, los promotores de salud han sostenido reuniones con miembros de su comunidad y han establecido el plan de actividades para la promoción de la salud mental.

6.2. Resultados de las Actividades de Salud de la Comunidad (Plan of Activities)

En la microred Huaycán en la DISA Lima Este, el Hospital Hermilio Valdizán ha provisto de capacitación adicional en el cuidado de la salud mental de sus promotores de salud luego del taller de sensibilización realizado en el mes de Agosto 2005.

En Enero 2006, el hospital tuvo su ceremonia de clausura de la capacitación y el mismo hospital propuso utilizar una nueva ficha de referencia que se pueda enlazar multisectorialmente para su contabilización futura.

En la región de Junín todas las comunidades donde los promotores de salud realizan su trabajo acordaron en promocionar la salud mental dentro de sus comunidades. Un sistema de cuidado para las víctimas de violencia ha sido establecido por el psicólogo que trabaja actualmente en la microrred. La Universidad Nacional del Centro del Perú, facultad de medicina y enfermería han comenzado a mejorar e incluir en su currículo los temas de violencia / componentes de salud mental.

7. Monitoreo y Evaluación

7.1. Revisión del PDM

El grupo de expertos de JICA ha propuesto la revisión del Marco Lógico del Proyecto (Project Design Matrix: PDM) por las siguientes razones:

- (1) Los tipos de violencia que el Proyecto contemplaba y enfocaba han sido incrementados (i.e. no solo violencia política sino violencia contra la niñez, mujeres y violencia sexual)
- (2) Indicadores verificables y medios de verificación son requeridos de manera más específica.
- (3) Las actividades del Proyecto necesitan ser reorganizadas y actualizadas para que exista mayor concordancia con el plan de operaciones del Proyecto actualizado por el CCC.

El grupo de expertos de JICA ha presentado el borrador revisado del PDM a comienzos de Enero a las organizaciones responsables de cada resultado (UNMSM, MINSA e IEMP). La Cuarta Reunión del CCC decidió que la UNMSM, MINSA y el IEMP darán mayor información acerca del borrador revisado del PDM hasta el día 13 de Febrero 2006 y si había que realizar alguna modificación las organizaciones respectivas, así como el grupo de expertos de JICA tendrían una reunión para finalizar el PDM.



8. Plan de Trabajo Anual para el Proyecto Año 2006

8.1. Plan para el año PY 2006

El Plan de Trabajo Anual para el proyecto (para el Comité Técnico) fue presentado en la Cuarta Reunión del CCC (Ver Anexo 2). Las organizaciones integrantes básicamente acordaron dicho plan.

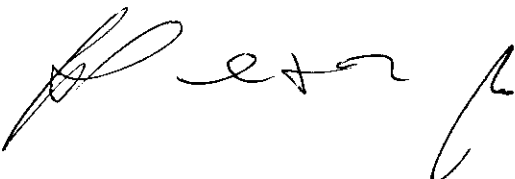


UNMSM y el MINSA presentaran el Plan de Trabajo Anual para el Resultado 1 y 2 luego de la discusión entre los participantes del grupo de trabajo HPRT.

IEMP conducirá el Sexto Curso en Junio-Julio 2006 y el Séptimo Curso en Octubre Noviembre 2006.

La DISA y DIRESAs han propuesto su plan anual de trabajo para el Resultado 4 en cada región en su Informe Anual.

El Plan de Trabajo Anual en detalle para cada Resultado será concluido en la próxima Quinta. Reunión del CCC que está programada para el mes de Mayo de 2006.



En:   

LISTA DE PARTICIPANTES

Nombre	Institución	Cargo
MARIA DEL CARMEN CALLE	MINSA-DGPS	Asesora de la DGPS
HECTOR SHIMABUKU	MINSA-DGSP	Coord. Alterno del Proyecto
TULIO QUEVEDO LINARES	MINSA-DGPS	Coord. ESNSM
PATRICA TELLO CASTELLO	MINSA-DGPS	Consultora Plan de Reparaciones
MARISOL CAMPO	MINSA-DGSP	
FAUSTO GARMENDIA	UNMSM	Coordinador
NELLY LAM FIGUEROA	IEMP	OEDIDE
ALFONSA MEDINA B.	IEMP	Apoyo Técnico
FRANCISCO BRAVO	HOSP. H. VALDIZAN	
VERONICA CHERO	HOSP. H. VALDIZAN	
LUIS MATOS	INSM/MINSA	Coord. Equipo Itinerante
ROMMY KENDALL	INSM/MINSA	Integrante de Equipo Itinerante
CARMEN FUENTE MAGÁN	DIRESA JUNIN	Coord. Salud Mental
AMAO PALOMINO	DIRESA HUANCAMELICA	Coord. Salud Mental
DANILO VILLAVICENCIO	DIRESA -CUSCO	Director DIRESA
EDGAR RIVERO	DISA LIMA ESTE	Coordinador de Salud Mental
TAKAO OMOTE	JICA	Representante Residente
MIDORI KISHIMOTO	JICA	Gerente de Proyectos
TATEO KUSANO	JICA/SSC	Coordinador
FUDE TAKAYOSHI	JICA/SSC	Experto JICA
MAKOTO TOBE	JICA/SSC	Experto JICA
SHIGEO MURAUCHI	JICA/SSC	Experto JICA

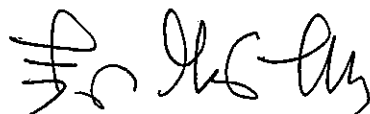


Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature that appears to be 'Shigeo Murauchi' and several other initials.

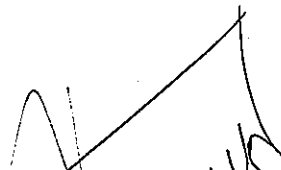
**ACTA DE LA QUINTA REUNION DEL COMITE DE COORDINACION CONJUNTA (CCC) DEL
PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION INTEGRAL
A LAS POBLACIONES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA
POLITICA Y LA VIOLACION DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LA REPUBLICA DEL PERU**

La Quinta Reunión del Comité de Coordinación Conjunta (CCC) del Proyecto de FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION INTEGRAL A LAS POBLACIONES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA POLITICA Y LA VIOLACION DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LA REPUBLICA DEL PERU (denominado de aquí en adelante como "el Proyecto") se realizó el día 1 de Junio, 2006 en las instalaciones del Ministerio de Salud (MINSA), Lima Perú. El Comité básicamente acordó sobre los asuntos discutidos durante el Quinto Comité Técnico (CT) y sobre otros asuntos descritos en el Anexo I.

Lima, 15 de Junio, 2006



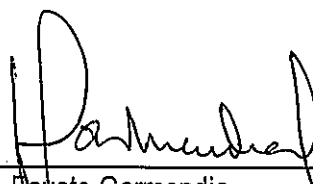
Sr. Takao Omote
Representante Residente
Agencia de Cooperación Internacional de Japón
(JICA)
Japón



Dr. Tulio Quevedo
Coordinador del Proyecto
Dirección General de Salud de las Personas
Ministerio de Salud
República del Perú



Sr. Tateo Kusano
Consejero Principal
Grupo de Expertos JICA
Japón



Dr. Fausto Garmendia
Coordinador Programa Permanente de Atención
Integral a la Población Afectada por Violencia
Política y Violación de los Derechos Humanos,
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Republica del Perú

1. Resultado 4: Actividades de Salud Comunitarias

Con la finalidad de promocionar el acceso a los servicios del cuidado en la salud para la violencia y salud mental el esquema de trabajo en el Resultado 4 propone que cada región implemente un taller de sensibilización así como actividades comunitarias por las organizaciones e instituciones que representen a la comunidad. El Equipo de Expertos JICA ha presentado el formato del trabajo anual para este Resultado y ha solicitado al equipo de trabajo de cada región que se sirvan prepararlo y entregarlo a fines del presente mes de Junio 2006.

El Equipo de Expertos JICA ha propuesto que para el año 2006 los talleres de sensibilización en las 5 regiones incluyan también una capacitación para el desarrollo de las habilidades en la comunicación direccionado a los 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 puedan proveer servicios de consejería básica (Ver Anexo 2 y 3)

Adicionalmente el equipo ha sugerido 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 Huaycán ha reportado que para este año ellos han elaborado un plan de intervención que consta de 4 fases de capacitación para los profesionales de la salud. Este plan utiliza los módulos de la NGO – ASPEM (Asociación para países emergentes), y también toman la metodología propuesta por el JICA-MINSA cuando se desarrolle el taller de sensibilización para los técnicos de salud (auxiliares de enfermería y técnicos en enfermería) así como promotores de salud.

La Dra. Yépez de la DIRESA Cuzco presentó una hoja de registro. Esta hoja de registro ha sido basada en el formato propuesto por el Proyecto; éste muestra la indicación de los cuidados provistos a la víctima de violencia por el promotor de salud, instituciones de salud, u otras organizaciones en la comunidad. La información de dichos cuidados a la víctima de violencia son recolectados mensualmente. Adicionalmente la Dra. informó que la Microred ha estado colaborando junto con la Vicaría del Cuzco 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.

El Dr. Tulio Quevedo informó que los representantes de la DIRESA Junín, Ayacucho y Huancavelica fueron convocados a estar presentes en la reunión pero el cambio de directivos a último minuto ocasionó que no pudieran estar presentes en esta oportunidad.

2. Resultado 3

La segunda visita de seguimiento fue conducida en los meses de Febrero y Marzo 2006. Los directivos del IEMP y el MINSA visitaron las 9 DISAs que participaron en el 4to y 5to curso de capacitación. El plan de trabajo para el desarrollo de los centros de capacitación regionales (Centro de Desarrollo de Competencia: CDC) fue presentado a las 9 DISAs y fueron incluidos en el Plan de Capacitación Regional (*Plan Anual de Capacitación: PAC*) de varias regiones. Más de la mitad de las DISAs incorporaron los temas de violencia en sus planes de capacitación, sin embargo los centros de salud aún no son capaces de detectar y/o tratar los casos de violencia.

Handwritten signatures: "re" and "AP"

Handwritten mark: "07"

Handwritten mark: "14"

Este año, el curso de capacitación del INMP está centrado en los profesionales de la salud que están atendiendo pacientes directamente en las instituciones de salud (*nivel asistencial*) de las zonas del Proyecto. Los participantes podrán mejorar sus habilidades en el área materno pediátrica incluyendo el cuidado para la víctima de violencia, así como dar el soporte para el desarrollo de un centro de capacitación regional.

El 6to curso comenzará desde el 26 de Junio y el 7mo curso será a partir del mes de Octubre a Noviembre 2006.

3. Resultado 2

El Equipo de Expertos JICA propuso un modelo alternativo para la capacitación de tipo cascada para los profesionales de salud (ver Anexo 4) basados en la discusión de la 5ta. Comité Técnico. Dicho modelo consta de dos pasos:

- Paso 1: 50 participantes de la capacitación HPRT (capacitadores master) capacitaran a 25 profesionales de la salud (5 profesionales por región) en la ciudad de Lima durante el mes de Julio.
- Paso 2: Estas 25 personas capacitadas (5 capacitados por región) desarrollarán y conducirán la capacitación para 175 profesionales (35 profesionales por región) en cada zona piloto. Los Capacitadores Master monitorearán y supervisarán las capacitaciones mediante visitas a la zona y via Internet.

El Equipo de Expertos JICA enfatizó lo siguiente:

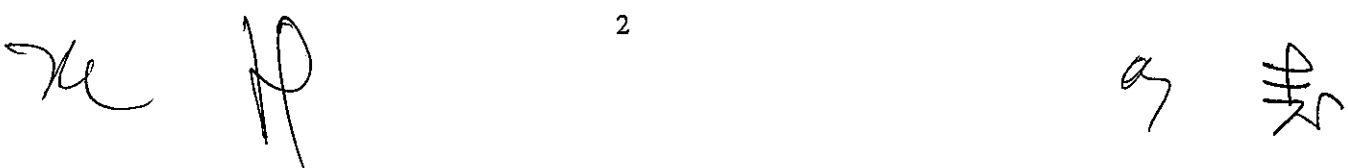
- El Marco Lógico del Proyecto adjunto a la Acta de Reunión firmado el 31 de Enero 2005 no considera la capacitación de tipo cascada para que sea un curso de diplomado.
- El estudio de línea de base revela que existen únicamente 293 profesionales en las 5 zonas del proyecto. Esto implica que quizás el número aproximado de capacitados sea un poco menor.

El Dr. Garmendia comentó lo siguiente:

- Esta capacitación de tipo cascada está diseñada para que sea un curso de diplomado con la finalidad de que mantenga su calidad. Los capacitadores master están preparados a dar capacitación a 400 profesionales de la salud en los próximos dos años de acuerdo al plan original.
- Los módulos de capacitación han sido preparados por los diferentes grupos de trabajo formados por los participantes de la capacitación HPRT. Cada grupo fue asignado a desarrollar cierto contenido de acuerdo a su especialidad.
- Los contenidos de la capacitación son tan especializados y técnicos que es mejor llevarlos a cabo en cada zona del proyecto y por cada uno de los capacitadores master quién desarrollará su módulo correspondiente.
- La propuesta presentada por el Equipo de Expertos JICA no es factible ya que no hay modo de que 25 representantes de las 5 zonas puedan replicar la capacitación para 175 profesionales en las regiones. Dichos representantes quizás no cuenten con la habilidad necesaria de enseñanza o la experiencia en capacitar sobre los temas de violencia.

El equipo de expertos JICA explicó que el método de capacitación de tipo cascada sería decidido por el lado Peruano para que se sujete a las necesidades de la sociedad considerando la disponibilidad de recursos humanos así como del presupuesto existente.

La UNMSM, MINSA y el equipo de expertos de JICA continuarán con las discusiones para



seleccionar la mejor opción la próxima semana (semana comenzando el 4 de Junio) .

4. Resultado 1

El Dr. Garmendia reportó que la UNMSM ha estado revisando los sílabos de enseñanza de sus 5 escuelas de postgrado de la Facultad de Medicina. Nueve departamentos, de 12, en la Facultad tienen algunas asignaturas que son dables de incluir los temas de violencia, por lo tanto los sílabos en estos 9 departamentos están siendo revisados para que los temas de violencia puedan ser incluidos como uno de los temas en la Facultad.

5. Apoyo de Harvard

El MINSA y la UNMSM esperan un apoyo del Programa de Harvard para los Refugiados de Trauma (*Harvard Program in Refugee Trauma: HPRT*) específicamente para;

- Capacitación en Perú para la violencia contra los niños y adolescentes.
- Supervisión a largo plazo en las zonas del proyecto para la capacitación de tipo cascada.
- Revisión de los módulos de capacitación / métodos

El Equipo de Expertos JICA explicó que a la fecha es bastante difícil la negociación con la gente del HPRT. La propuesta sometida por HPRT es muy diferente de los Términos de Referencia preparada por el Equipo de Expertos JICA, que se asemeja mucho a la solicitud del lado Peruano en líneas arriba. Por lo tanto el Equipo ha solicitado a HPRT que sometan a consideración una contra propuesta hasta el 31 de Mayo, a la fecha 1ro de Junio 2006 el HPRT aún no ha dado una respuesta todavía.

6. Plan de Trabajo Anual

El Equipo de Expertos JICA presentó y explicó el borrador del plan anual de trabajo (ver anexo 5) y el CCC básicamente estuvo de acuerdo con dicho plan. La próxima semana la UNMSM, MINSA y el equipo de expertos JICA discutirán más en detalle el cronograma para las actividades del Resultado 2 así como el seminario nacional del Proyecto. (Una semana después comenzando de Junio 5).

7. Sugerencias del Equipo de Expertos JICA

Al final de la reunión, la Sra. Morikawa del Equipo de Expertos JICA sugirió que todas las partes presentes hoy en la reunión traten de meditar acerca del término trauma psicológico o PTSD que significa para los peruanos y para la sociedad peruana. Ella mencionó que el PTSD es un concepto creado por los Americanos basados en su contexto social, y que pensando en su significado considerando la historia Peruana y su contexto social ayudará a identificar los diferentes modos de violencia, como ha afectado a su población y como podemos afrontarla.

DISEÑO METODOLOGICO DEL TALLER DE SENSIBILIZACION

Objetivo General: Mejorar el desempeño y la intervención comunitaria de los técnicos de salud y promotores de salud propiciando el desarrollo de sus capacidades y habilidades para la comunicación positiva y la escucha activa durante el proceso de atención a pacientes con problemas de violencia.

1. Proporcionar al técnico de salud técnicas para la comunicación positiva y escucha activa para su trabajo con la comunidad.
2. Favorecer en las promotoras de salud de ámbitos afectados por la violencia política la identificación de sus fortalezas para proyectar una línea de continuidad en su vida personal y comunitaria.

DIA	TEMA	CONTENIDO	METODOLOGÍA
1	Presentación de los participantes		Dinámica de presentación Romper el Hielo: "Mis Globos" Como conocernos unos a otros:" Quién soy yo"
	Presentación del Proyecto JICA	Presentación del Proyecto JICA Objetivo del Taller Metodología Programa Evaluación del Taller	Exposición -Diálogo
REFRIGERIO			
	Características de la Comunicación y la Escucha Activa	Qué es comunicar, Elementos de la comunicación , Características de una comunicación positiva, Comunicación verbal y no verbal, Comentarios asertivos vs Comentarios Destructivos, Actitudes y comportamientos que favorecen o bloquean la comunicación	Trabajo Individual y Grupal Drama & discusión: Interacción con el Paciente para proveer cuidado en su salud Lectura: Comunicación No Verbal Ejercicio: Comunicación No verbal Lectura: Habilidades de Comunicación Verbal-Escuchar Atentamente Ejercicio: Escuchar Atentamente
ALMUERZO			
	Características de los pacientes que han sufrido violencia	Tipos de violencia, Características del paciente que ha sufrido violencia	Exposición -Diálogo Dinámica: " Todo se mueve si tú ----" (Tachi) Ejercicio: Comprendiendo a los pacientes' punto de vista – Empatía
	Construcción de la Cartilla para la comunicación y escucha activa con pacientes afectados por la violencia	Cómo se construye una cartilla, Propuesta de Contenidos, Selección de los Contenidos, Propuesta de Diseño, Elaboración de un boceto.	Trabajo Grupal Dinámica: Trabajo en Equipo- "Un animal entre tres personas" Lectura: Como escucha la historia de un paciente?- Preguntas Abiertas Ejercicio: Uso Efectivo de las preguntas abiertas

2	Presentación de la Técnica Reconstrucción de Historias : "Nuestra historia, nuestro futuro"		Trabajo Grupal Lectura & discusión: Asistente Experimentado – apoderamiento & confidencialidad
REFRIGERIO			
			Ejercicio : Reconstrucción de Historias con promotoras de salud
ALMUERZO			
	Plan de Acción	Elaboración del Mapa Comunal y El Plan de Acción	Preguntas & plan de acción
	Evaluación de la Capacitación		Con la técnica del museo los participantes evalúan los siguientes aspectos del taller: contenidos, metodología, facilitación y organización

M

HP

9

AS

Actividades Recomendadas para el Resultado 4

Metas:

Desarrollar e implementar una actividad grupal para la recuperación emocional, misma que será parte de una oportunidad terapéutica primaria.

Objetivos: Al término del presente año del proyecto,

- 1) Empleados en el cuidado de la salud No-Profesionales recibirán las facilidades y capacitación en las habilidades de comunicación que serán útiles para la implementación de las actividades grupales.
- 2) Los facilitadores que serán capacitados implementarán una actividad grupal para los promotores que se denominará "Nuestra Historia, Nuestro Futuro".
- 3) "Una Feria de Bienestar" será realizada enfatizando los temas en violencia.
- 4) Cada zona piloto identificará y planificará las actividades más relevantes en su comunidad.
- 5) Cada zona piloto identificará y planificará el monitoreo más adecuado y el seguimiento de los métodos para las actividades.

Proposal of Cascade Training Model for Health Professionals in 5 Regions

June 1st, 2006
JICA Expert Team

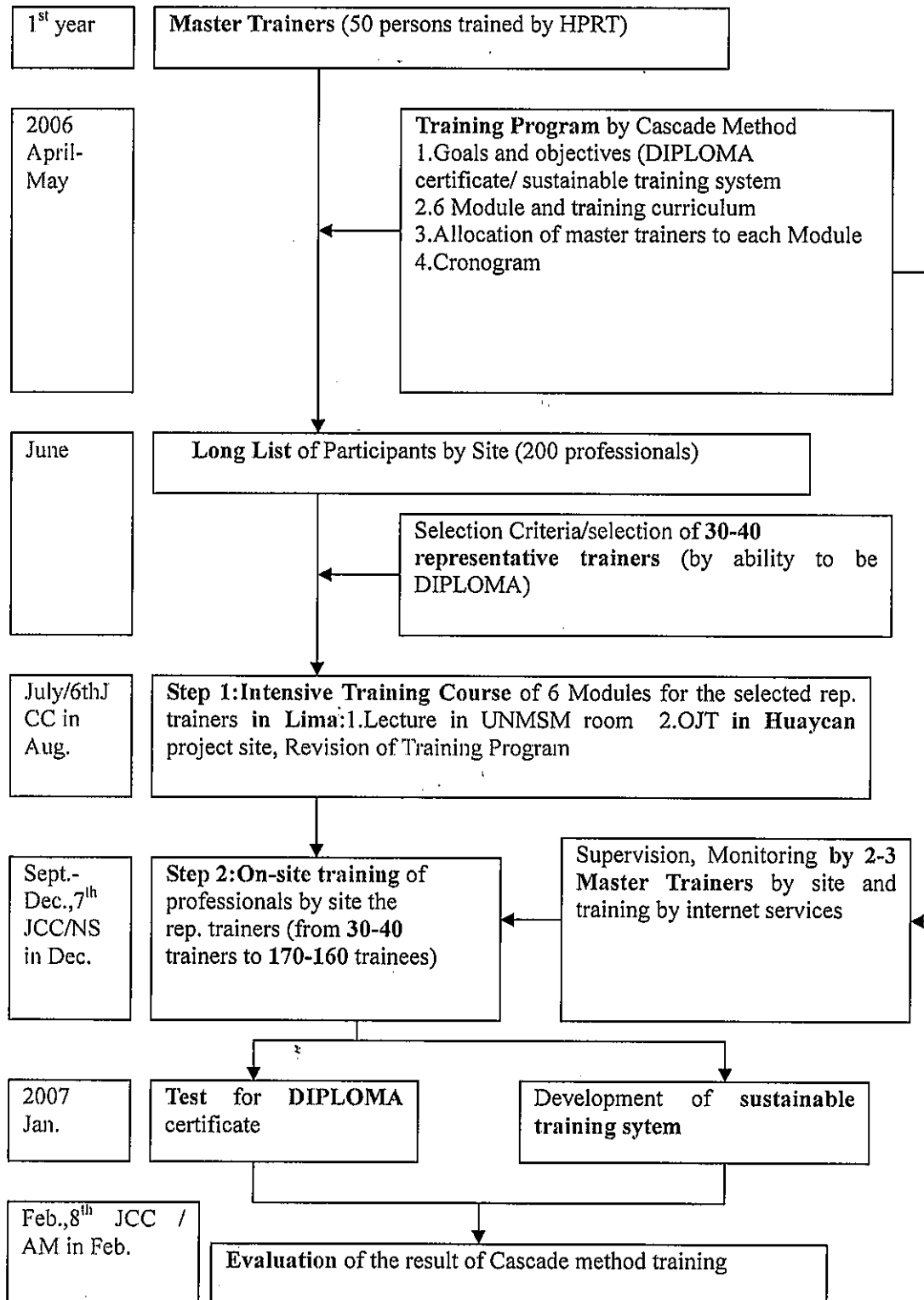


Fig. Cascade Training Method for the Professionals of Medical Facilities

Handwritten signatures and initials are present at the bottom of the page, including a large 'R' and other illegible marks.

Most Recommendable Cascade Training Method by Japanese Expert Team

Step1

Master trainers who are the professionals trained by HPRT will provide training to the representative trainers selected from each project site in Lima. This training will be done in UNMS lecture room and on-the-job training in HUAYCAN.

	Population (Professionals) 2005	M1-M6 (by WG =50 Master trainers) as pilot training project in July		Review (TC-6 th JCC in August) Monitoring/ Evaluation of the pilot project
		Lecture in UNMSM Class room	On-site training in Huaycan	
Site1 (Huaycan)	87,558(94)	5 trainers including professionals who were trained by HPRT		
Site2(Cusco- Techo Obrero)	80,854(42)	5 trainers including professionals who were trained by HPRT		
Site3(Huancavelica-Ascencion +Neighboring area)	28,867(14) + Neighboring area	5 trainers including professionals who were trained by HPRT		
Site4 (Ayacucho- Belen)	40,000(75)	5 trainers including professionals who were trained by HPRT		
Site5(Junin- San Martinde angoa)	30,315(68)	5 trainers including professionals who were trained by HPRT		
Total	267,594 (293)	25 trainers		

Handwritten signature/initials.

Handwritten marks/initials.

Step2

These representative trainers who are trained in Lima will provide training to the target professionals (trainees) in each site. A few master trainers will support these trainers at the site according to the request from the representative trainers.

This second step training approach will be applicable as a sustainable training system in Peru for the future within the limited human and financial resources.

	Population (Professionals) 2005	M1(by Trainers)	M2(by Trainers)	M3(by Trainers)	M4(by Trainers)	M5(by Trainers)	M6(by Trainers)
Site1 (Huaycan)	87,558(94)	<p>Five trainers by site will provide training to the 35 professionals (trainees) at each site during September and December ,depending upon the availability of the representative master trainers by module and professionals by site.</p>					
Site2(Cusco-Techo Obrero)	80,854(42)						
Site3(Huancavelica-Ascencion)	28,867(14)						
Site4 (Ayacucho-Belen)	40,000(75)						
Site5(Junin-San MartindePangoa)	30,315(68)						
Total	267,594 (293)	200 trainees	200 trainees	200 trainees	200 trainees	200 trainees	200 trainees

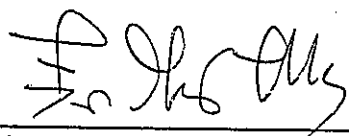
Listado de Participantes

PARTICIPANTES	INSTITUCIÓN
Dr. Tulio Quevedo	MINSA-DGSP
Dra. María del Carmen Calle	MINSA- DGPS
Dr. Hector Shimabuku	MINSA-DGSP
Dr. Luci del Carpio	MINSA-DGSP
Lic. Marisol Campo	MINSA-DGSP
Lic. Patricia Tello	MINSA-DGSP
Dr. Fausto Garmendia	UNMSM
Lic. Takao Omote	JICA-Peru
Lic. Midori Kishimoto	JICA-Peru
Ing. Tateo Kusano	Experto de JICA
Mg. Hikari Morikawa	Experto de JICA
Lic. Fude Takayoshi	Experto de JICA
Mg. Makoto Tobe	Experto de JICA
Dra. Nelly Lam	INMP
Dr. Alfonso Medina	INMP
Dr. Francisco Bravo	Hospital Hermilio Valdizán
Lic. Miriam Cabra	Hospital Hermilio Valdizán
Dra. Gloria Cueva	Hospital Hermilio Valdizán
Lic. Marco Vargas	DISA IV Liuma Este
Dr. José Enrique Villareal	Hospital de Huaycán
Dra. Elbia Yopez	DIRESA Cusco -Techo Obrero
Sr. Jorge Tizón Basurto	MINSA-OGCI
Lic. Carolina Benavides	APCI

ACTA DE LA SEXTA REUNION DEL COMITE DE COORDINACION CONJUNTA (CCC) DEL
PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION INTEGRAL
A LAS POBLACIONES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA
POLITICA Y LA VIOLACION DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LA REPUBLICA DEL PERU

La Sexta Reunión del Comité de Coordinación Conjunta (CCC) del Proyecto de FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION INTEGRAL A LAS POBLACIONES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA POLITICA Y LA VIOLACION DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LA REPUBLICA DEL PERU (denominado de aquí en adelante como "el Proyecto") se realizó el día 29 de agosto, 2006 en las instalaciones del Ministerio de Salud (MINSA), Lima Perú,. El Comité discutió sobre los asuntos tratados en el Sexto Comité Técnico (CT) y otros asuntos descritos en el Anexo I.

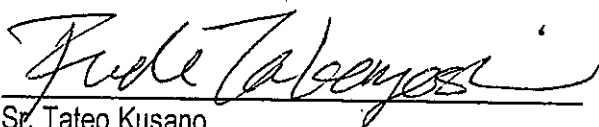
Lima, 19 de septiembre, 2006



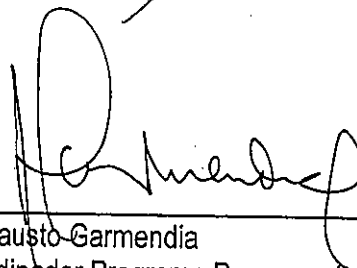
Sr. Takao Omote
Representante Residente
Agencia de Cooperación Internacional de Japón
(JICA)
Japón



Dr. Tulio Quevedo
Coordinador del Proyecto
Dirección General de Salud de las Personas
Ministerio de Salud
República del Perú



Sr. Tateo Kusano
Consejero Principal
Grupo de Expertos JICA
Japón



Dr. Fausto Garmendia
Coordinador Programa Permanente de Atención
Integral a la Población Afectada por Violencia
Política y Violación de los Derechos Humanos,
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
República del Perú

1. Resultado 1: Establecimiento de un programa de recursos humanos en UNMSM

1.1. Cambios Curriculares en 5 Escuelas de la Facultad de Medicina

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 y efectuar la reforma curricular. Se ha elaborado el cronograma de actividades para ejecutar talleres con 09 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.

1.2. Aprobación del Plan Curricular de la Diplomatura

Desde el mes de febrero 2006, se ha concretado la construcción del Plan Curricular de la Diplomatura Atención Integral en Salud de Víctimas de Violencia que, una vez finalizada, se ha presentado a la Unidad de Postgrado (UPG) de la Facultad de Medicina, que ha sido aprobado a nivel de la Sección de Educación Continua. Luego de resolver varias observaciones, ha sido también aprobado por el Comité Directivo de la UPG. Se ha remitido al Decano de la Facultad de Medicina para que se someta a consideración del Consejo de Facultad tanto su creación como el número de vacantes así como el presupuesto, posteriormente se elevará al Consejo Universitario para su aprobación final.

2. Resultado 2 : Capacitación del personal de salud nivel primaria sobre Atención Integral de Saludos

2.1. Listados

Antes de iniciado del curso de diplomatura, las DISA y DIRESAs entregaron al MINSA un listado inicial de participantes a solicitud del MINSA. Sin embargo, durante la fase presencial del modulo I, los docentes notaron algunos cambios entre la lista enviada y los asistentes al Modulo I. Al respecto se señaló que es muy importante que la DISA y DIRESAs confirmen las listas de participantes a partir de la asistencia de los participantes a la fase presencial del Módulo I.

El Dr. Tulio Quevedo Director de Salud Mental del MINSA se comprometió a solicita a las regiones que actualicen el listado de participantes de la diplomatura. MINSA, UNMSM y el equipo de experto de JICA acordaron que este listado será la relación final de participantes que la DISA y DIRESAs envíe al MINSA.

Asimismo, el Dr. Quevedo informa que el pasado 14 de agosto la Dirección de Salud Mental a través de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) envió a los directores de la DISA y DIRESAs un oficio invocando se brinden las facilidades a: los catedráticos de la UNMSM y profesionales de los equipos técnicos del nivel central del MINSA, funcionarios de JICA y se garantice la permanencia de los capacitados inscritos.

El Dr. Fausto Garmendia presentó el informe escrito de desarrollo de la diplomatura. En dicho informe se precisa que, a la fecha los ámbitos focalizados de las microrredes de Huaycan, Belén, Ascensión y Techo Obrero han recibido la capacitación del Módulo I, quedando pendiente la Micro Red San Martín de Pangoa, del 31 al 2 de setiembre, fecha en la que todos los ámbitos focalizados habrán concluido el primer módulo. Asimismo, se ha iniciado la fase no presencial del Módulo II en Huaycan.

En líneas generales la diplomatura se desarrolla de acuerdo a lo programado en todos los ámbitos, con un nivel de participación óptimo por parte de los participantes y una acertada conducción del equipo docente.

Asimismo, el Dr. Garmendia, propuso una mayor coordinación entre el MINSA y las DIRESAs, lo cual facilitará la participación de los profesionales a la diplomatura y permitirá que se concluya el listado de los participantes.

Finalmente, se dijo que algunos de los profesionales capacitados en el Programa de HPRT no están participando en las actividades relacionadas con la diplomatura. Para lo cual se propuso hacer un seguimiento de dichos profesionales así como variar el horario de reunión los días martes del grupo de docentes (40) que participan en la construcción de la diplomatura.

3. Resultado 3: Capacitación del personal de salud nivel primario y secundario sobre salud materno-infantil (INMP)

3.1. 6to Curso de Capacitación de Salud Materno Perinatal

El pasado 26 de junio 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 obstétricas. 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 DIRESAS de Ancash, Cajamarca, Loreto y Huanuco. Cabe señalar que los pasantes del 6to al 9no curso, tendrán 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.

3.2. Visita de Seguimiento

La Dra. Lam presentó el cronograma de viajes para el Seguimiento posterior a la Capacitación de las 9 regiones capacitadas. De acuerdo al cronograma las actividades de supervisión inician el día 4 de setiembre y concluyen el 3 de octubre.

En el presente año la supervisión se ampliará a los centros de salud, además de la DIRESA y Hospitales. La razón principal de esta ampliación corresponde a la focalización del 6to curso en el personal del primer y segundo nivel de atención.

Durante la supervisión se considerarán los siguientes indicadores de monitoreo: aplicación de lo aprendido en la atención de pacientes y replicas realizadas por los pasantes al personal de salud de otros establecimientos en el ámbito de su microrred.

4. Resultado 4: Promocionar las actividades de salud comunitarias (5 DIRESAS)

4.1. Plan Anual de Trabajo


Hasta el inicio del CCC las regiones que remitieron sus planes anuales de actividad comunitaria fueron las DIRESAS de: Huancavelica, Ayacucho y DISA Lima Este, quedando pendiente el envío de los planes de Junín y Cusco.

4.2. Avance y Plan de Actividades Comunal de Salud

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.

Huaycan (Lima Este)

Hasta la fecha la microrred de Huaycan entendía la intervención comunitaria solo desde la atención en salud mental brindada por el Hospital Valdizan 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 microrred presenta el Plan de Actividades Comunitaria como parte de la Propuesta de Plan Estratégico de Lucha contra la Violencia.



Este Plan estratégico contiene 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 microrred; 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 microrred de Huaycan se vincula estrechamente con la Fase III y IV del plan estratégico. Sin embargo, la Fase II guarda relación con la diplomatura.

Desde el 4 de agosto la microrred ha iniciado el curso de capacitación para promotores de salud y técnicos de salud en los temas de conocimiento y manejo de personas afectadas por violencia, esta capacitación culminará el 1 de setiembre.

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

Ayacucho:

Desde junio del presente 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 ha previsto el desarrollo de ferias, difusión del servicio de salud mental en los establecimientos y hospital a través de la 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 realizará el 9 de setiembre 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 salud ha propuesto la elaboración de un Fluxograma de atención y referencia, que permite: 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. El próximo 13 y 14 de setiembre se realizará la capacitación de los técnicos de salud y promotoras de salud con la participación de los profesionales que asisten al diplomado, en esta capacitación se incluirán a los representantes de la 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. Yopez 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.

AD

HR

Junín:

La representante de Junín Lic. Carmen Fuente inició su presentación comentando que, las diferentes estrategias de intervención desarrolladas desde el proyecto se hacen extensivas a otras 5 microredes 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 microred 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) preparan 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.

4.3. Taller de Sensibilización

En su presentación las regiones señalaron que tenían establecidas las fechas para las actividades comunitarias y el taller de sensibilización con promotoras de salud.

Lima Este:

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. 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 la 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 tomaran como modelo este taller y lo replicarán en sus respectivos ámbitos.

La fecha programada por otras Diresas para ejecutar el taller de Sensibilización es:

Cusco: 13 y 14 de septiembre.

Ayacucho: 7 de septiembre Capacitación a Agentes Comunitarios de Salud y 7 Talleres entre los meses de setiembre 2006 a enero del 2007, en los barrios de la Microrred Belén.

Huancavelica : 21,22 y 23 de septiembre

Junín: pendiente de programación.

4.4. Monitoreo

(1) Registro de Atenciones

El equipo de expertos de JICA proporcionó a las Diresas, 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 por 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.

(2) Sistema de Referencia

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

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

5. Informe de Avance

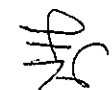
Se presentó al CCC el esquema de Informe de Avance 3 con el fin de que cada institución proporcione los resultados de su avance de acuerdo a los indicadores del marco lógico del proyecto, hasta el 14 de septiembre.

6. Administración del Personal de Salud

Considerando que algunos de los participantes del Programa de HPRT, pasantes del INMP y participantes de la Diplomatura tienen dificultades administrativas para poder participar de las actividades del proyecto, el Sr. Takao Omote, Representante Residente y el equipo de expertos de JICA se reunieron con Dr. Manuel Lujan, Asesor despacho viceministerial y el Dr. Tulio Quevedo, Director de Salud Mental en el 24 de septiembre de 2006. El Dr. Lujan se comprometió a enviar una carta a las Diresas para que los profesionales que participen de capacitaciones se mantengan en sus áreas de trabajo.

En este sentido, la Dra. María del Carmen Calle, sugirió invitar en el 7mo. CCC del mes de noviembre a los Directores Regionales de Salud de 5 regiones del proyecto, como respaldo para la permanencia del personal capacitado en las regiones.

En relación a los egresados de Harvard, la Dra. Calle propone se realice el seguimiento de los egresados y se les reitere su compromiso con las acciones del proyecto.




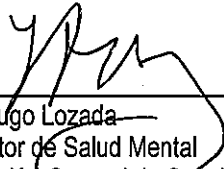

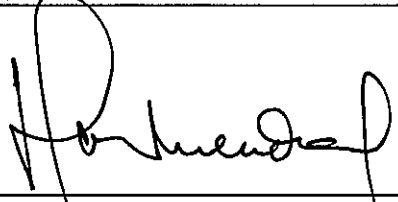
Listado del Participantes

Nº	NOMBRE	INSTITUCION
1	Tulio Quevedo	Dirección General de Salud de las Personas- Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz
2	Fausto Garmendia	UNMSM
3	Hector Shimabuku	Dirección General de Salud de las Personas-
4	María del Carmen Calle	Dirección General de Salud de Promoción de la Salud
5	Robert Parra	DIRESA Ayacucho
6	Ruth Ochoa	DIRESA Ayacucho
7	José Villarreal	DIRESA Lima Este
8	Carmen Fuente	DIRESA Junín
9	Elbia Yépez	DIRESA CUSCO
10	Lucy del Carpio	Dirección General de Salud de las Personas- Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva
11	Nelly Lam Figueroa	Instituto Nacional Materno Perinatal
12	Alfonso Medina	Instituto Nacional Materno Perinatal
13	Takao Omote	JICA Peru
14	Midori Kishimoto	JICA Peru
15	Tateo Kusano	JICA-SSC
16	Hikari Morikawa	JICA-SSC
17	Shigeo Murauchi	JICA-SSC
18	Fude Takayoshi	JICA-SSC
19	Makoto Tobe	JICA-SSC
20	Patricia Tello Castillo	JICA-SSC

**ACTA DE LA SEPTIMA REUNION DEL COMITE DE COORDINACION CONJUNTA (CCC) DEL
PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION INTEGRAL
A LAS POBLACIONES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA
POLITICA Y LA VIOLACION DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LA REPUBLICA DEL PERU**

La Séptima Reunión del Comité de Coordinación Conjunta (CCC) del Proyecto de FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION INTEGRAL A LAS POBLACIONES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA POLITICA Y LA VIOLACION DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LA REPUBLICA DEL PERU (denominado de aquí en adelante como "el Proyecto") se realizó el día 4 de diciembre, 2006 en las instalaciones del Ministerio de Salud (MINSA), Lima Perú,. El Comité discutió sobre los asuntos tratados en el Sexto Comité Técnico (CT) y otros asuntos descritos en el Anexo I.

Lima, 4 de diciembre, 2006

  <p>Sr. Takao Omote Representante Residente Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA) Japón</p>	 <p>Dr. Hugo Lozada Director de Salud Mental Dirección General de Salud de las Personas Ministerio de Salud República del Perú</p>
 <p>Sr. Tateo Kusano Consejero Principal Grupo de Expertos JICA Japón</p>	 <p>Dr. Fausto Garmendia Coordinador Programa Permanente de Atención Integral a la Población Afectada por Violencia Política y Violación de los Derechos Humanos, Universidad Nacional Mayor de San Marcos Republica del Perú</p>

1. Resultado 1 y 2 : Avances en el establecimiento de un programa de recursos humanos en UNMSM

El Dr. Fausto Garmendia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), informó en relación al Resultado 1 sobre la inclusión del tema de violencia en las asignaturas de las Escuelas Académicas Profesionales de la Facultad de Medicina, se observa un considerable incremento de docentes interesados en incluir el tema de violencia en sus cursos regulares. Es así que, de 6 docentes en el año 2003 se ha pasado a 23 para el año 2006.

Asimismo, se ha incrementado el número de asignaturas que pueden incluir el tema de violencia y salud integral en 5 escuelas. De 81 asignaturas posibles, en el año 2005 se logró que 30 asignaturas incluyan dicho tema (37%) y en el año 2006, son 37 (45.6%) las que desarrollan el tema de violencia y salud integral.

También, se realizaron investigaciones sobre el "Análisis del conocimiento sobre violencia de los alumnos en practicas pre-profesionales (internado) de las cinco Escuelas Académicas Profesionales de la Facultad de Medicina", para lo cual se ha utilizado la nueva tecnología educativa con pacientes estandarizados. Los resultados demuestran que: el 89% maneja el concepto de salud integral, 73% tienen dificultades para atender a las personas víctimas de violencia, 47% son capaces de efectuar actividades preventivas promocionales de salud a personas afectadas por violencia y 53% tienen experiencia en atención a los pacientes víctimas de violencia

En la capacitación en la Unidad de Postgrado, se ha participado en el Congreso Peruano Argentino de Medicina con la conferencia "Violencia y Salud; así como en la realización del curso "La violencia como problema integral de salud", para los ex residentes de medicina en proceso de titulación extraordinaria

El Dr. Garmendia resaltó la participación en el I Congreso de Educación Médica de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), con la presentación del "Estudio de Línea de Base para una Mejor Capacitación en el Postgrado", estudio que se realizó en el marco del presente proyecto y que obtuvo el Primer Premio al Mejor Trabajo de Investigación.

En relación al Resultado 2, los docentes capacitados en Harvard de la UNMSM y del MINSA, para la Diplomatura de "Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia" han logrado concluir la elaboración de los manuales autoformativos que serán utilizados por los alumnos en la fase no presencial y presencial; a la fecha se han impreso 5 manuales. Se han concluido el desarrollo del Módulo IV en las 5 micro redes focalizadas del proyecto.

Los docentes del Módulo III, han complementado el desarrollo del módulo con una investigación sobre violencia en niños a través de la lectura y/o elaboración de imágenes, que permiten analizar la presencia de maltrato a nivel de la familia y la escuela.

2. Resultado 3 : Avances en la capacitación al personal del primer y segundo nivel de atención (6to y 7mo curso)

El informe del presente resultado estuvo a cargo de la Dra. Nelly Lam del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), quien precisó que actualmente cada una de las regiones capacitadas por el Proyecto (5 focalizadas y 4 solo del INMP) para el período 2005 -2006 lograron : organizar el Centros de Desarrollo de Competencias (CDC), elaborar el Plan Anual de Capacitación y utilizan el tamizaje en los establecimientos de salud.

El equipo del INMP que participa del proyecto y que recibió la capacitación en Harvard, ha elaborado el Módulo "Avisame Mujer" el mismo que contiene: aspectos conceptuales, descripción del modelo de atención, guía clínica de manejo de la violencia contra la mujer y un módulo de capacitación de la atención de la mujer que sufre violencia. Cabe señalar que el Flujograma de Atención de dicho módulo ha sido incluido en el Módulo IV de la Diplomatura de Atención Integral de Salud a Víctimas de la Violencia.

Como producto de la supervisión realizada por el INMP a las regiones, después de la capacitación, se logró: monitorizar a 71 de 74 profesionales capacitados (96%), de los cuales 47(66%) aplican el 80% de lo aprendido. Dichos profesionales han realizado la réplica de la capacitación recibida a un total 2,314 profesionales en todas las DISAS, abordando los temas de derechos, violencia, salud mental y promoción de la salud, principalmente.



HP

Me

La Dra. Lam precisó que a través del trabajo desarrollado por el INMP en el Resultado 3 se ha logrado: fortalecer los sistemas de capacitación regional de las 9 DISAS involucradas, mejorar la prestación de servicios de salud para mujeres y niños, incorporar el tema de derechos humanos, salud mental y violencia en las capacitaciones de las diferentes DISAS y participar en la Diplomatura de violencia con la UNMSM y elaborando el Módulo de Atención Integral de la Salud de la Mujer Afectada con la temática de violencia basada en género.

3. Resultado 4 : Avances de las Micro Redes focalizadas del Proyecto

3.1. Región de Salud Ayacucho - Micro Red Belén

La presentación de los avances de la Micro Red Belén estuvo a cargo de la Lic. Judith Aviles, quien explicó que en la micro red ha organizado su intervención considerando las siguientes fases:

■ Fase de Pre-Intervención:

- Socialización del proyecto de atención integral a víctimas de la violencia
- Censo poblacional de víctimas de la violencia socio política en los diferentes sectores y comunidades de la Microred Belén.
- Análisis de casos de mortalidad materna y violencia por el equipo multidisciplinario.
- Aplicación de encuestas sobre conocimiento de signos de alarma en el embarazo, parto, puerperio y recién nacido.
- Identificación de sectores de riesgo.

■ Fase de Intervención:

- Talleres de Capacitación al personal de salud en violencia basada en género y en atención a víctimas de la violencia.
- Identificación de la magnitud de casos de violencia por sectores en la jurisdicción de la Microred Belén.
- Reunión del equipo de gestión para el análisis de los casos de violencia y mortalidad materno-perinatal.
- Fortalecimiento en el reconocimiento de los signos de alarma en el embarazo, parto, puerperio y recién nacido
- Ejecución de talleres para el fortalecimiento de su conocimiento de sus derechos y deberes en salud.

Como producto del trabajo realizado en los últimos meses en Belén, la Lic. Aviles presentó los siguientes resultados: empoderamiento y participación comunitaria en la atenciones integrales de salud a víctimas de la violencia, implementación de instrumentos metodológicos en la atención integral a víctimas de la violencia, fortalecimiento de la atención integral en el área Materno Perinatal a víctimas de la violencia, implementación de las atenciones psicológicas por equipo multidisciplinario y sensibilización en el reconocimiento de los signos de alarma durante el embarazo parto y puerperio y el RN.

También se precisó que, en el mes de agosto el Técnico de Salud Hernan Quispe participó en el Taller de Comunicación Positiva y Escucha Atenta para promotoras y técnicos de salud fue realizado en la Micro Red Huaycan. La réplica del taller de comunicación fue realizada en la Micro red Belén en el mes de Octubre así como la Feria de "Atención Integral de Salud" con la particularidad de incluir el "Bienestar" como parte de atención ofrecida, realizando además de la tradicional atención médica, juegos al aire libre, deporte para niños, jóvenes y adultos, exposición de mensajes alusivos a la no violencia, recibiendo una mejor aceptación y participación de la población.

Finalmente, la Lic. Aviles informó que desde el mes de noviembre la Micro Red Belén cuenta con una Psicóloga permanente quien realiza el tamizaje de las personas afectadas posviolencia, para ello se ha elaborado un sello el mismo que es colocado en todas las hojas de tamizaje.

3.2. Región de Salud Junín – San Martín de Pangoa

En esta oportunidad la presentación fue realizada por la Psicóloga Karina Torres, quien mencionó los avances señalando como logros: el acuerdo regional para trabajar el tema de violencia y salud mental, el mismo que ha sido firmado a nivel regional y de microrred con diferentes instituciones públicas y privadas, también se ha realizado una



capacitación ampliada con los diferentes profesionales a nivel de micro red y mensualmente se ejecuta una reunión técnica con los psicólogos que implementan acciones de salud mental (talleres, ferias, celebración del día mundial de salud mental, etc.), ellos han elaborado un acta de compromiso para incorporar en su trabajo el tema de violencia.

3.3. Huancavelica Micro red Ascensión

La presentación del resultado 4 en la Micro Red Ascensión estuvo a cargo de la Lic. Fanny Pérez, quien realizó su presentación considerando los niveles de Hospital, Microrred y Comunidad, señalando los siguientes avances: inclusión en el silabo de capacitación sobre emergencias obstétricas y neonatales el tema de violencia, utilización de Tamizaje sobre violencia en 7 establecimientos de la microrred Ascensión, reuniones de capacitación y sensibilización sobre casos de violencia al personal del centro de salud Ascensión, personal de periferia, agentes comunitarios, alumnos de la Universidad de Huancavelica de la Facultad de Obstetricia, adolescentes del grupo JAMS y autoridades de la localidad.

3.4. Lima Este - Micro Red Huaycan

El Dr. José Villarreal coordinador de la acciones de salud mental y violencia en la Micro Red Huaycan informó que en el mes de agosto pasado se realizó la Capacitación con Promotoras de Salud y Técnicos de Salud. Como parte de la actividades a nivel comunitario también se ejecutó el día 07 de Octubre del 2006 la Feria de Salud denominada "Un encuentro con el Amor y la Paz", con la participación de personal del Hospital Huaycán, promotores de salud, CENDIPP, ASPEM, Organización de Vaso de Leche, DEMUNA de Vitarte, Red Solidaria de Enfermos con Tuberculosis, SAMU Social, realizado en las instalaciones del Hospital Huaycan el día, con apoyo del Proyecto JICA.

El Dr. Villarreal también informó que en el Hospital de Huaycan se la formado un Equipo de Lucha contra la violencia, quienes han elaborado el Plan "Atención Integral de Salud a las personas afectadas por la violencia" y proyectan realizar en Enero del año 2007 un nuevo curso de sobre violencia para técnico de salud, limpieza y vigilantes del hospital

3.5. Región de Salud de Cusco - Micro red Techo Obrero

La Dra. Elbia Yépez coordinadora de las acciones del proyecto en la Micro red Techo Obrero informó que actualmente se ha puesto en funcionamiento el Flujoograma de Atención Integral de Salud a víctimas de violencia elaborado el pasado mes de agosto por las instituciones que conforman la Mesa de Lucha contra la Pobreza en el Distrito de Techo Obrero, asimismo se la desarrollado una reunión con las víctima de violencia y como producto se tiene un Plan Operativo con el grupo de afectados por violencia.

4. Comentario de HPRT

Concluida la presentación de todas las regiones el Dr. Richard Mollica y James Lavelle presentaron sus comentarios, los mismos que estuvieron centrados en los siguientes aspectos:

- Seguimiento y Supervisión: es imprescindible que los Docentes que vienen conduciendo la Diplomatura en las regiones focalizadas realicen el seguimiento a los diplomados.
- Sostenibilidad: para el sostenimiento del Proyecto es necesario que el MINSA asegure que el personal capacitando y que se capacitará durante el año 2007, no sea cambiado, rotado o trasladado a otros ámbitos o se le cambien sus funciones, actuar de manera contraria genera inestabilidad y podría perjudicar la sostenibilidad del proyecto en las zonas focalizadas.
- Financiamiento: con fines de obtener y/o gestionar un mayor financiamiento el MINSA debe contar con información confiable del costo por paciente de salud mental / víctima de violencia. Lo que ayudaría a saber cuánto cuesta tratar a un paciente estandar.
- Auto-cuidado: es una tarea necesaria promover y brindar facilidades al personal de salud para desarrollar acciones de auto-cuidado, considerando que dicho profesional debe contar con las mejores condiciones físicas, mentales y sociales para poder atender a personas afectadas por violencia.
- Evaluación: dado que las evaluaciones por lo general demandan un costo significativo y un tiempo prolongado sobretodo si se quiere medir el impacto o el resultado del tratamiento. Entonces es necesario focalizar la evaluación en la capacidad de los entrenados y para ello el pre y post test es lo más recomendable.
- Centro de Excelencia: se recomienda establecer un grupo de especialistas en cada región y nivel nacional para



abordar los temas y/o casos más complejos, que como producto de la atención y oferta de servicio en los establecimientos de salud en el tema de violencia empiezan a atender a través de la consulta.

5. Tema de Discusión

El Jefe del Proyecto Sr. Tateo Kusano presentó una relación con ocho temas pendientes para discutir los mismos que fueron incluidos en el Informe de Avance 3 y que presentaran en el Seminario Nacional como instrumento para guiar el trabajo de las regiones y solicitar su particular punto de vista (vea Anexo 2). Los temas presentados son:

- (1) ¿Cómo expandir la capacidad de atención primaria psiquiátrica?
- (2) ¿Cómo podemos mantener la (Buena) calidad de atención (brindada) por el medico no psiquiatra profesional sin antecedentes psiquiátricos?
- (3) ¿Cómo aseguramos la repartición d el presupuesto para los Servicios de Salud Mental?
- (4) ¿Qué es "atención integral de salud"?
- (5) ¿Cómo y con qué entrenamos a empleados de salud sin un título universitario?
- (6) ¿Cómo determinamos quién debe tomar el Curso de Diploma y cómo realizamos ajustes de acuerdo?
- (7) Seguimiento Repaso y evaluación del Proyecto
- (8) ¿Qué hacemos con los cambios de personal?
- (9) ¿Cómo hacer para que la comunidad acuda a los servicios de salud mental, que se implementan?
- (10) ¿Qué organización comunitaria permanecerá cuando el Proyecto concluya?

6. Listado de contraparte

Debido a los cambios de personal realizados en el MINSA, tanto en la sede central como en algunas DIREAS focalizadas por el proyecto, a partir del mes de agosto. Se solicitó al Director de Salud Mental Dr. Hugo Lozada la actualización del listado de personas involucradas en el proyecto, listado que se adjunta en el Anexo 3.



Tema de Discusión Identificados en el Informe de Avance 3

(1) ¿Cómo expandir la capacidad de atención primaria psiquiátrica?

Profesionales de salud que en las Trabajadores de medicina en regiones que están asistiendo al tomando el Curso de Diplomatura (entrenamiento) tienen relativamente poca experiencia en brindar atención psiquiátrica. Esto puede hacer dudar si realmente el este entrenamiento que reciben es capaz de proveer a estos trabajadores de salud las con suficientes herramientas y capacidad clínica para brindar realizar tratamientos psiquiátricos. Problemas psiquiátricos dominantes en el Perú son: trastornos depresivos, trastornos de ansiedad como el PTSD, esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos; y abuso de sustancias y dependencia. Por ello, es importante integralmente revisar el Módulo 3 (Niño/Adolescente), Módulo 4 (Mujer) y Módulo 5 (Adultos/personas de avanzada edad) y analizar si es que estos módulos están diseñados para brindarle al participante capacidad para la atención en la práctica clínica. Asimismo, es crítico para los trabajadores sociales, enfermeras y enfermeros convenientes mostrar mayor capacidad para de realizar tamizaje de los pacientes, dado que con frecuencia son el primer contacto del paciente con los establecimientos de salud la institución medica.

(2) ¿Cómo podemos mantener la (Buena) calidad de atención (brindada) por el medico no psiquiatra profesional sin antecedentes psiquiátricos?

En esta etapa inicial al capacitar a profesionales de salud (médicos, psicólogos) no psiquiatras, al intencionalmente limitar el número de pacientes fuera, trabajadores de salud sin antecedentes psiquiátricos (doctores, sicólogos clínicos) se podrá invertir podrían gastar suficiente tiempo para cada tratamiento así como y para el seguimiento de los pacientes.

Luego, el número de atenciones puede gradualmente puede aumentar, lo que permitiría a los profesionales de salud estimar el costo de la atención (incluyendo obtención de droga psicoactiva). Adicionalmente, la red de recursos humanos construida por el Curso de Diplomatura debe contribuir en hacer un sistema, donde los médicos no sin antecedentes psiquiátrico puedan consultar con profesional psiquiátricos cuando sea necesario.

(3) ¿Cómo aseguramos la repartición d el presupuesto para los Servicios de Salud Mental?

En este punto, es difícil concluir que un suficiente presupuesto haya sido asignado para los servicios de salud mental. Algunas regiones han sido financieramente apoyadas por un proyecto de EU, sin embargo el asistente financiero de EU concluirá en Diciembre 2006. Esto implicará podría resultar en un recorte del presupuesto para el costo de los servicios de salud mental.

(4) ¿Qué es "atención integral de salud"?

Las actividades del Resultado la Producción 4 han proporcionado varios programas de entrenamiento y ayudado a reforzar la red de promotores de salud, ONGs y organizaciones base de la comunidad. Desde que los conocimientos para la atención psiquiátrica están a disposición de por los profesionales de salud entrenados por los las Resultados Producciones 1-3, se promueve en las zonas pilotos del Proyecto programas comunitarios para la deben hacerse cargo de las necesidades médicas, esto es, proporcionar atención psicológica y la promoción de así como crear una cultura de paz.

La atención psicológica significa ayudar al individuo, familia, grupo o comunidad superar específicos problemas emocionales o sociales y lograr metas específicas para el bienestar. Busca ayudar a que gente modifique sus comportamientos, personalidades o situaciones para conseguir satisfacción, un completo funcionamiento dentro del margen de los valores de uno mismo, objetivos y los recursos disponibles de la sociedad.

La atención médica es muy importante para aquellos que la necesitan. Hay casos, sin embargo, que el dolor puede ser reducido desarrollando habilidades para el manejo de problemas. solucionar problemas o habilidades de manejo. En otros casos también ayuda, hacer deportes, plantar jardines comunitarios, o reservar un espacio para visitar y conversar pueden favorecer ayudar que las a personas se a conectarse entre ellas. uno al otro, para construir conduciendo a una comunidad saludable sustentadora. El propósito primario de la atención psicológica es ayudar a personas a sentirse adaptable y valerse por si mismas. Cuando ambas partes médicas y psicológicas se complementan y están a disposición de las víctimas de la violencia, puede convertirse en una entrega de atención integral de salud. Construyendo una cultura de paz que permita la pueda prevenir realmente será parte de un asunto de salud debido a que servirá como prevención a la violencia más adelante.

Los indicadores situados para determinar el objetivo del Proyecto son los números de atención médica brindada por los promotores y ONGs. Simplemente obtener el mayor número de atención médica no necesariamente



HP

ME

los objetivos del Proyecto. Los establecimientos de salud Instituciones médicas reciben una variedad de pacientes con diferentes patologías que pueden perjudicar la atención tienen cierta capacidad para recibir pacientes. El mayor número de pacientes pueda que termine proporcionando atención con menor calidad y causando un síndrome de desgaste entre los trabajadores de salud. Cómo se argumentó arriba, los números de víctimas de la violencia que necesitan atención médica puedan que inicialmente rechacen la cuando el sistema de atención psico-social trabaje. Por ello, la integración de los servicios médicos de psiquiatría y la atención psicológica es considerada un requisito indispensable para "La Atención Comprensiva de Salud".

(5) ¿Cómo y con qué entrenamos a empleados de salud sin un título universitario?

Este año el entrenamiento en el Resultado 2 es preparado solamente para los profesionales empleados de salud con un título universitario. Sin embargo, también sólo hay trabajadores de salud no profesionales, especialmente aquellos que no tienen un título universitario, en muchos de los establecimientos de salud s de las instituciones médicas del primer nivel de atención, la primera línea como los Puestos de Salud. Este personal no profesional os no-profesionales son es muchas veces el primer contacto establecido por la víctima de la violencia, y por lo tanto es importante que sean también educados y preparados para la atención de las víctimas de la violencia.

(6) ¿Cómo determinamos quién debe tomar el Curso de Diploma y cómo realizamos ajustes de acuerdo?

Originalmente, el entrenamiento del Resultado 2 para los trabajadores de salud (Curso de Diploma) apunta en producir 80 proveedores de Diplomatura por zona piloto ubicación en los próximos dos años, dando un total de 400 personas para el fin del Proyecto. Sin embargo, la encuesta de Línea de Base 2005 nos demuestra que sólo hay 143 trabajadores de salud con un título universitario en total en de las cinco regiones socializadas del Proyecto ubicaciones y 293 que incluyen a no profesionales. Debido a esta discrepancia entre el número fijado y el actual número de trabajadores de empleados de salud elegibles, algunas regiones ubicaciones ya han aceptado la participaciones de vecindades de la Micro redes colindantes u o otras redes en DIRESA para lograr el número fijado. Esta situación requiere que de nosotros re-evaluemos ambos el contenido del entrenamiento y a quien entrenar al principio del tercer año del Proyecto.

(7) Seguimiento Repaso y evaluación del Proyecto

En el presente, los indicadores cuantitativos como en el PDM son aplicados en la evaluación. Sin embargo, el método de recolección de la coleccionar data, en relación al número de atenciones psiquiatrita por promotores de salud, ONGs, grupos comunitarios y administración local está siendo aún desarrolladas y modificadas en las zonas pilotos ubicaciones del Proyecto. Adicionalmente, actividades producciones cualitativas del por el Proyecto deben ser consideradas en el momento de la evaluación; cambios en la actitud del personal médico hacia a la atención del paciente; cambios en la calidad de la atención; y el desarrollo de una forma más institucional y sustentable forma de entrenar a los profesionales de salud empleados de medicina. Al hacerlo, los resultados del Proyecto serán mejor analizados. las producciones logradas por el Proyecto son compresivamente examinadas.

(8) ¿Qué hacemos con los cambios de personal?

Este Proyecto involucra varios programas de entrenamiento como HPRT, MCH y el Curso de Diploma para trabajadores médicos. Desafortunadamente, Desgraciadamente, muchos de estos graduados entrenados, fueron sujetos a cambio de personal en MINSA y en algunas DIRESAs, debido a las elecciones presidenciales del presente actual año, siendo y ya han sido transferidos a otros lugares. Esto ha obstruido la participación sostenida sustentable y deseada de los graduados en el Proyecto y ciertamente marcó un impacto negativo en el Proyecto. El equipo del Proyecto hizo esfuerzos para minimizar aquella influencia política negociando con el Vice Ministro y sus asesores agregado, sin embargo, muchas de los principales contrapartes ya fueron trasladadas. El equipo seguirá solicitando al MINSA/DISA/DIRESA, y al Gobierno Regional que tienen autoridad sobre éste asuntos personales, para una mayor cooperación y consideración con el personal capacitado. este asunto.



Contraparte del Lado Peruano

El Lado peruano asigna las siguientes contrapartes para cada experto japonés.

Experto Japonés	Nombre de Contraparte	Organización	Posición
(1) Jefe Consejero/ Sistema de Salud (Tateo Kusano)	Dr. José Calderón Yberico	MINSA	Director General de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP)
	Dr. Hugo Lozada Rocca	MINSA	DGSP
	Dr. Fausto Garmendia	UNMSM	Coordinador
(2) Coordinación del Proyecto/ Reforzamiento de la Cooperación entre organizaciones (Fude Takayoshi)	Dr. Elsa Montalvo	MINSA	DGSP
	Dr. Alberto Perales	UNMSM	Especialista en Psiquiatría
(3) Desarrollo de los recursos humanos de salud / Dirección de Hospital (Hikari Morikawa)	Dr. Alfonso Medina Bocanegra	MINSA/IEMP	Especialista en Entrenamiento y Investigación
	Srta. Eva Miranda Ramón	UNMSM	Especialista en Docencia
	Dr. Danilo Villavicencio Muñoz (Cuzco) Dr. Pablo Córdova Ticse (Lima Este) Dr. Luis Huamani Palomino (Junín) Dra. María Torrealva Cabrera (Ayacucho) Dr. Aldo Benel Chamaya(Huancavelica)	DISA	Directores Generales, Dirección de Salud Direcciones Regionales de Salud
(4) Salud Mental 1 (Resultados del proyecto 2 & 4) (Shigeo Murauchi)	Dr. Alberto Perales	UNMSM	Especialista en Psiquiatría
	Dra. Edith Chero Campos	Valdizán Hospital	Especialista en Psiquiatría
	Dr. Luis Matos Retamozo	Noguchi Mental Health Institute	Especialista en Psiquiatría
	Lic. Marco Vargas López (Lima Este)	DISA	Responsable de Salud Mental
	Dr. Bernardo Amao Palomino (Huancavelica)	DIRESA	
	Lic. Cleimer Bautista Soto (Ayacucho)	DIRESA	
Lic. Carmen Fuente M. (Junín)	DIRESA		
Dra. Elvia Yopez (Cuzco)	DIRESA		
(5) Salud Mental 2 (Resultado del Proyecto 1)	Dr. Alberto Perales	UNMSM	Especialista en Psiquiatría
	Dra. Edith Chero Campos	Valdizán Hospital	Especialista en Psiquiatría
	Dr. Luis Matos	Noguchi Mental Health	Especialista en Psiquiatría



(Naoko Miyaji)		Institute	
(6) Salud de la Comunidad / Promoción de la Salud / Salud de madre-niño (Makoto Tobe)	Dra. Nelly Lam Figueroa	IEMP	Jefe de entrenamiento
(7) Monitoreo y Evaluación (Makoto Tobe)	Dr. Pedro Mendoza Arana	UNMSM	Responsable General de Relaciones y Cooperación Interinstitucional
	Dr. José Castro Quiróz	MINSA	OGCI

(Actualizado en el 7mo CCC, en 4 de diciembre de 2006)

AD HP

M



Listado del Participantes

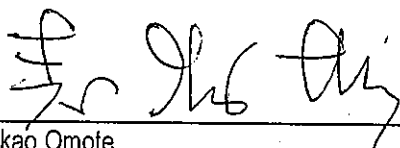
Nº	NOMBRE	INSTITUCION
1	Hugo Lozada	Dirección General de Salud de las Personas- Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz
	Beatriz Seclen	Dirección de Salud Mental
2	Fausto Garmendia	UNMSM
3	Judith Aviles	DIRESA Ayacucho
4	Ruth Ochoa	DIRESA Ayacucho
5	José Villarreal	DIRESA Lima Este
6	Karina Torres	DIRESA Junín
7	Elbia Yépez	DIRESA Cusco
8	Fanny Pérez	DIRESA Huancavelica
9	Nelly Lam Figueroa	Instituto Nacional Materno Perinatal
10	Richard Mollica	Harvard (HPRT)
11	James Lavelle	Harvard (HPRT)
12	Takao Omote	JICA Peru
13	Midori Kishimoto	JICA Peru
14	Ikuo Takisawa	JICA Japón
15	Tateo Kusano	JICA-SSC
16	Hikari Morikawa	JICA-SSC
17	Shigeo Murauchi	JICA-SSC
18	Fude Takayoshi	JICA-SSC
19	Makoto Tobe	JICA-SSC
20	Patricia Tello	JICA-SSC
21	Vicky Pareja	CAPS
22	Gloria Cueva	Hospital Hermilio Vardizán



ACTA DE LA OCTAVA REUNION DEL COMITE DE COORDINACION CONJUNTA (CCC) DEL
PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION INTEGRAL
A LAS POBLACIONES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA
POLITICA Y LA VIOLACION DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LA REPUBLICA DEL PERU

La Octava Reunión del Comité de Coordinación Conjunta (CCC) del Proyecto de FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION INTEGRAL A LAS POBLACIONES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA POLITICA Y LA VIOLACION DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LA REPUBLICA DEL PERU (denominado de aquí en adelante como "el Proyecto") se realizó el día 7 y 14 de febrero, 2007 en las instalaciones del Ministerio de Salud (MINSa), Lima Perú,. El Comité discutió sobre los asuntos tratados en el octavo Comité Técnico (CT) y otros asuntos descritos en el Anexo I.

Lima, 14 de febrero, 2007



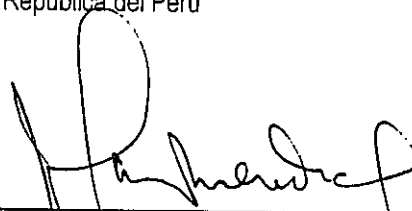
Sr. Takao Omote
Representante Residente
Agencia de Cooperación Internacional de Japón
(JICA)
Japón



Dr. Hugo Lozada
Director de Salud Mental
Dirección General de Salud de las Personas
Ministerio de Salud
República del Perú



Sr. Tateo Kusano
Consejero Principal
Grupo de Expertos JICA
Japón



Dr. Fausto Garmendia
Coordinador
Programa Permanente de Capacitación para la
Atención Integral de las Víctimas de la Violencia,
Facultad de Medicina,
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
República del Perú

1. Resultado 2

1.1. Avances del curso diplomatura:

En relación al presente resultado el Dr. Garmendia informó que se ha concluido la fase presencial del Módulo V en tres Microrredes (Huaycan, Ascención y Techo Obrero) y se ha iniciado la fase presencial del Módulo VI en Huaycan en la presente semana. Asimismo, el proceso de seguimiento del aprendizaje está en progreso.

El Dr. Garmendia, también precisó algunos retos y problemas propios del proceso, es así que señaló que lo primero que había que tener en cuenta es que cada zona presenta una problemática diferente, que se tienen que considerar el apoyo de las DIRESAs y realizar un convenio específico con los gobiernos regionales para garantizar la asistencia y participación de los alumnos seleccionados.

En relación a la implementación de la diplomatura en el año 2006-2007 el Dr. Garmendia dijo que está elaborando un informe sobre el particular, el mismo que entregará a JICA-SSC a fines del mes de febrero. No obstante el 16 de febrero remitirá información sobre los resultados del pre y pos test (inicio de curso y módulo 1 al 4) así como el nivel de asistencia alcanzado.

1.2. Avances en la Autorización del curso por la Universidad

Sobre el particular el Dr. Garmendia informó que la Diplomatura ya había sido aprobada por el Consejo universitario, solo faltaba la resolución rectoral respectiva.

1.3. Sistema de Supervisión y evaluación de Curso Diplomatura

El Dr. Garmendia, presentó los siguientes indicadores de evaluación de Curso Diplomatura vinculados con: número de pacientes diagnosticados, evaluación pre y post cada módulo, asistencia a fase presencial, evaluación de las tareas cumplidas, evaluación del impacto global y seguimiento periódico de los alumnos capacitados.

A su vez el equipo de HPRT recordó que la supervisión enfoca la evaluación de habilidades clínicas, y que sería factible a través del uso del "Internet" mantener una comunicación fluida entre alumnos y docentes para consultar sobre los casos de mayor complicación; situación que se ha propuesto a la UNMSM.

La Dra. María del Carmen Calle indicó que en relación a la supervisión se tienen que precisar dos momentos: el primero tienen que ver con el desempeño académico de los participantes a la diplomatura y el segundo con la adquisición de competencias para la atención a víctimas de violencia, lo cual se tendría que verificar en campo y de manera directa con el capacitado. También presentó una propuesta para el auto cuidado de los profesionales que atienden casos de violencia.

1.4. Criterios de selección para los participantes del curso Diplomatura en el 3er. Año

[Criterio Básico]

- Ser profesional de salud en ejercicio en las *microrredes focalizadas*
- 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

HP



PH

Me

- Tener acceso a Internet
- Compromiso a no realizar una capacitación paralela

[Criterio Complementario]

- 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.

Como procedimientos para la selección de participantes a la diplomatura, las instituciones y regiones asistentes sugieren que:

- 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

De acuerdo a la opinión de la Dra. Rommy Kendal, representante del INSM-HDHNoguchi los criterios básicos propuestos garantizan permanencia del participante en el proceso de formación continua. En relación a los criterios complementarios la Dr. Kendal sugiere que en caso de la Región de Ayacucho se considere al equipo de profesionales de salud que trabaja en la Comisión Arquidiocesana que trabaja con víctimas de la violencia política desde el año 2000.

El Dr. Garmendia opinó que en el caso de incluir a representantes de la policía nacional en la diplomatura estos deberían ser de la sanidad y no de armas y para el caso de los docentes de universidades locales tomar en cuenta a docentes con cargo directivo como directores de escuela, los que posteriormente podrían proponer y/o generar cambios a nivel curricular.

Sin embargo, la Dra. Yépez de la Micro red Techo Obrero, considera oportuna la incorporación de docentes de las universidades locales y/o regionales, dado que están más cerca de las zonas focalizadas donde se presentan los casos de violencia y se les podría considerar como un referente para consultas de casos por parte de los participantes a la diplomatura. Al respecto, la Dra. precisó que no necesariamente debían ser docentes con cargo directivo. Sr. Kusano, experto de JICA, clarificó que el cambio curricular de universidades locales no es una meta del presente proyecto.

Con estas opiniones y sugerencias el CCC aprobó los criterios básicos y complementarios señalados arriba.

1.5. Capacitación a los proveedores de salud no profesional

Las regiones en su conjunto indicaron que la capacitación a personal no profesional es una constante y que lo vienen realizando en sus respectivos ámbitos, con el apoyo de los contenidos teóricos recibidos durante la diplomatura. También, precisaron que:

- Las regiones pueden elaborar una Guía de Capacitación, basándose en la experiencia de capacitación a técnicos y promotores con los conocimientos adquiridos en la diplomatura. Adecuar los contenidos de los módulos de la diplomatura.



- La capacitación del personal no profesional puede estar a cargo de los profesionales capacitados en la diplomatura.
- Se puede utilizar la modalidad de talleres y las practicas en servicios de salud y comunidad, con pasantías en los hospitales.

Asimismo, las regiones alcanzaron al CCC una propuesta inicial y un cronograma para elaborar un manual y ejecutar la capacitación del personal no profesional.

Después de escuchar las diversas opiniones sobre el tema el CCC acordó que:

- Las regiones serán quienes realicen la capacitación del personal no profesional, basándose en la experiencia adquirida en el primer y segundo año del proyecto, durante los talleres de sensibilización dirigida a promotores y a los técnicos de salud, y la pasantía realizada para técnicos de salud a través del CDC (Centro de Desarrollo de Competencias) del Hospital regional de Ayacucho.
- Se señaló que la propuesta alcanzada sería revisada por miembros del CT (UNMSM , MINSA, INMP, Noguchi, Valdizán), para su aprobación en el primer CCC del mes de abril 2007.

La programación presentada por las regiones se adjunta a la presente acta en el Anexo 2.

2. Resultado 3

2.1. Avances en la Visita de Seguimiento

La representante el INMP Dra. Lam, explicó que en el presente año 2007, el seguimiento se inició en el mes de enero a los Pasantes del 7mo. Curso y que en esta oportunidad visitarán nuevamente a los pasantes del 4to, 5to y 6to. Curso que aún mantienen puntajes por debajo del 100%.

2.2. Plan para el 3er. Año (8vo y 9no curso)

En relación al Plan para el 3er. año la Dra. Lam, presentó un cronograma de trabajo que incluye actividades de:

- planeamiento, coordinación y elaboración de materiales (abril)
- realización del 8vo y 9no curso en los meses de mayo y agosto respectivamente
- evaluación, elaboración y entrega de informes de los cursos(junio y setiembre)
- seguimiento (octubre, noviembre y diciembre) y
- evaluación del seguimiento y elaboración del informe final (enero y febrero)

En relación al último seguimiento, se propone cubrir todos los pasantías capacitadas por el Proyecto en 3 años (4to al 9no curso) y considerar de 15 a 18 pasantes por DIRESA, ubicados de diferentes establecimientos, por lo que se tendrá que tomar en cuenta la asistencia de un mayor número de evaluadores y/o un mayor número de días por DIRESA.

3. Resultado 4

En relación al Resultado 4, todas las regiones presentaron los informes anuales correspondientes a la ejecución enero-diciembre del 2006, con el Formato de Informe Anual enviado por el equipo de expertos de JICA-SSC.

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Como producto de la presentación el equipo de JICA-SSC, consultó a las regiones sobre las razones de las diferencias en la estadística de personas afectadas por violencia identificada, atendida y referida. (vea anexo 3)

La Dr. Elbia Yépez de Cusco, informó que en el caso del establecimiento de salud Techo Obrero se ha tomado la decisión de considerar a "violencia por abandono" como indicador de violencia. Por ejemplo: todo niño o niña con algún grado de desnutrición o que no tenga completo su calendario de vacunas es considerado como un caso de violencia, es así que en el presente año han registrado en el establecimiento 1,257 casos.

Por otro lado, las instituciones locales como el Centro de Emergencia Mujer, Comisaría, Vicaría, registran todas sus intervenciones como atenciones no discriminan personas *identificadas, atendidas y referidas*. El número reportado de enero a diciembre del 2006 fue de 2,179 atenciones. De acuerdo a la información de la Dra. Yépez, esto se regularizará desde el mes de enero del presente año con formatos de reporte por institución.

En el caso de Huancavelica y Ayacucho la estadística de casos de violencia registrados en el establecimiento de salud es muy similar, en Huancavelica se registraron 97 casos y en Ayacucho 71 en el año 2006. Sin embargo, en el registro de casos por otras instituciones 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.

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.

Los cinco regiones decidieron seguir compartiendo sus experiencia y sus producto para proponer una forma de registro para la atención de los casos de violencia

El CCC concluyó que es importante unificar criterios para el proceso de atención de los casos de violencia (atención, diagnóstico, tratamiento, consejería, referencia y contrarreferencia)

4. Monitoreo, Evaluación y Supervisión del Proyecto

La Lic. Luz Aragonés que en nombre del Dr. Hugo Lozada Director de Salud Mental presidió la reunión en la reunión ampliada en 14 de febrero, inició la discusión del presente punto señalando que en la monitoreo, evaluación y supervisión es necesario considerar indicadores cuantitativos (ej. números de atenciones) y cualitativos (ej. revisión de caso logrados y casos típicos) así como la constitución de un grupo nacional y local para implementar el monitoreo, evaluación y monitoreo del proyecto.

Por su parte el Sr. Kusano del equipo de expertos de JICA recordó que el propósito del Proyecto es establecer un sistema integral de atención en salud en las regiones y que en los dos años anteriores las evaluaciones se habían realizado básicamente por resultados pero en el tercer año, además de eso, corresponde evaluar los resultados de manera integral.

En este sentido y de acuerdo al convenio, el CT es la instancia responsable de evaluar el proyecto. El CCC retomó la propuesta de MINSA de constituir un equipo de evaluación nacional conformado por representantes de MINSA, UNMSM, INMP, Hospital Hermilio Valdizán, INSM-HDHNoguchi y experto JICA, y equipos de evaluación local en cada región conformado por representantes de DIRESA y microredes focalizadas, señalando que serían tareas básicas de los equipos:

Equipo Nacional:



- Revisar la auto-evaluación de cada resultado que le correspondió ejecutar, así por ejemplo: la UNMSM el Resultado 1, el equipo de docentes de curso diplomatura Resultado 2, el MINSA/INMP el Resultado 3 y MINSA y las DISA/DIRESA's el Resultado 4.
- Conducir el proceso de evaluación integral en la zona focalizada, con apoyo de una organización externa en Perú para facilitar la evaluación integral de los resultados en las regiones.

Equipo Local:

- Conducir el proceso de evaluación integral en la zona focalizada.

El CCC propuso dos requisitos básicos que organización externa en Perú debería de cumplir con:

- Tener experiencia en evaluación de proyectos.
- Manejar el tema de violencia y salud mental.

El Dr. Garmendia sugirió firmar un convenio con cada región que favorezca el desarrollo de la evaluación. Sin embargo, el MINSA acotó que habiendo un convenio marco lo oportuno sería enviar una comunicación a las regiones informándoles del Plan del 3er. Año del Proyecto, anexar la presente acta y realizar el seguimiento respectivo a los acuerdos aquí señalados. En el 18 de enero, el MINSA envió nuevamente el convenio del Proyecto a los directores de 5 DIRESA's, para su conocimiento y confirmación de su participación en el Proyecto.

5. Plan de 3er año del proyecto (abril de 2007 – marzo de 2008)

El CCC discutió las principales actividades del 3er año del Proyecto, entre las que se encuentra la realización del Seminario Internacional previsto para el mes de febrero del 2008. El Dr. Garmendia fue de la opinión que el seminario se realice en el mes de diciembre para compilar las actas del seminario en una publicación. Sin embargo, el CCC aclaró que la meta principal del seminario internacional es presentar logros del proyecto entre actores peruanos y latino americanos, basándose en el borrador de informe final, que el proyecto elaborará en el enero de 2008. Dr. Garmendia manifestó su disponibilidad para aceptar la fecha que finalmente se acuerde.

Las actividades principales del 3er año son:

Marzo – Abril de 2007:	Revisión de manuales de módulos, curso diplomatura Selección de participante de curso diplomatura
Abril – Mayo de 2007:	Confirmación de plan anual de trabajo (3er año del proyecto)
Abril de 2007 – Febrero de 2008:	Monitoreo, Evaluación y supervisión del Proyecto
Mayo de 2007 – Enero 2008:	Curso Diplomatura (2nd curso)
Mayo – Noviembre 2007:	Capacitación no Profesional
Mayo – Diciembre 2007:	Taller de Sensibilización, Actividad de Salud Comunitaria
Mayo y Agosto de 2007:	Capacitación de salud materno perinatal por INMP (8vo y 9no curso)
Septiembre de 2007:	Elaboración de Informe de Avance 5
Octubre de 2007:	Evaluación final del Proyecto (JICA Tokio y CCC del proyecto)
Octubre – Diciembre de 2007:	Seguimiento de capacitación INMP
Enero de 2008:	Elaboración de Informe Final del Proyecto (borrador)
Febrero de 2008:	Seminario Internacional del Proyecto
Febrero de 2008	Elaboración de Informe Final

El CCC concluyó la sesión aprobando el plan de actividades para el 3er año del Proyecto.



PLAN DE TRABAJO PARA CAPACITACION A PERSONAL DE SALUD NO PROFESIONAL EN "ATENCION A PERSONAS AFECTADAS AFECTADAS POR VIOLENCIA"

JUSTIFICACION :

Los equipos tecnicos de salud que intervienen en las zonas afectadas por violencia de las regiones Huancavelica, Cusco, Ayacucho, Huaycan, Junín se encuentran constituidas por profesionales y personal tecnico en salud, estos ultimos no profersionales, es imprescindible capacitar a personal no profesional en el tema de ATENCION A PERSONAS AFECTADAS AFECTADAS POR VIOLENCIA, por ser el recurso humano que se encuentra en las zonas mas distantes e inaccesibles, es importante elevar la propuesta del periodo de ejecucion para dar inicio a lo proyectado a partir del mes de mayo del año 2007.

EQUIPO TECNICO

Equipo tecnico conformado por
- responsables del Proyecto en 5 regiones o microredes

APOYO TECNICO

- docentes invitados de universidades locales

RESPONSABILIDADES DE EQUIPO TECNICO

- Elaboracion de Plan
- Elaboacion de manual
- Ejecución de capacitacion en 5 microredes pilotos
- Monitoreo de actividades
- Evaluacion de resultado de capacion
- Entrega de resultados

CRONOGRAMA

Año 2007, Mes	Mayo	Junio	Julio	Ago	Sep	Oct	Nov	Dec
Elabolation de Plan	■							
Elaboacion de manual	■							
Ejecución de capacitacion en 5 microredes pilotos			■	■	■			
Monitoreo de actividades			■	■	■	■		
Evaluacion de resultado de capacion							■	
Entrega de resultados							■	

- Carmen Fuente Magan (directora salud mental, DIRESA Junin)
- Bernado Amao Palomino (directora salud mental, DIRESA Huancavelica)
- Elbia Yopez Chacon (Medico, Centro de Salud Techo Obrero, DIRESA CUSCO)
- Judith Aviles Osnayo (Gerente Microred Belen, DIRESA Ayacucho)
- Bacilla Vivanco Garfias (Unidad de Capacitacion, Hospital Regional Ayacucho)
- Robert Parra Heredia (Director de Atención Integral de Salud, DIRESA Ayacucho)
- Miguel Ventocilla Sanabria (Responsable Salud Mental, Microrred Pangoa)
- Jessica Zevallos Tucto (Psicologa, Microrred Ascencion, DIRESA Huancavelica)
- José Enrique Villareal (Hospital Huaycan, DISA IV Lima Este)

Lima, 7 de febrero de 2007



Resultado de Indicadores de Proyecto (enero de 2006 al diciembre de 2006)

PROMOTORES DE SALUD.

Indicadores de Monitoreo y Evaluación	Huaycan	Cusco	Hvca	Ayacucho	Junin	Total
Nº de personas con problemas de violencia identificada por promotores de salud	10	15	12	19	46	102
Nº de personas con problemas de violencia Atendida por promotores de salud	10	15	0	19	72	116
Nº de personas con problemas de violencia Referida a otros Institutos por promotores de Salud	10	15	0	0	118	143

ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE ÁREA PILOTO

Indicadores de Monitoreo y Evaluación	Huaycan	Cusco	Hvca	Ayacucho	Junin	Total
Nº de personas con problemas de violencia identificada por el personal de salud	1,630	1,257	97	71	39	3,094
Nº de personas con problemas de violencia atendida por personal de salud	1,630	1,257	97	71	30	3,085
R456. problemas relacionados con violencia		1,257	97	71	20	1,445
T7411. Abuso fisico esposa (o)	0	15	72	13	237	337
T7412. Abuso fisico a niño bebe	66	6	9	2	69	152
T742. Abuso Sexual	26	15	1	27	2	71
T743. Abuso psicologico	28	0	0	18	169	215
Z654. Victima de Crimen o terrorismo incluyendo tortura	974	35	4	0	89	1,102
Otros tipos de problema	0	273	202	0	652	1,127
Nº de Personas con problemas de violencia Referida a otros institutos por personales de salud	335	352	0	0	0	687

OTRAS INSTITUCIONES DE LA COMUNIDAD

Indicadores de Monitoreo y Evaluación	Huaycan	Cusco	Hvca	Ayacucho	Junin	Total
Nº de personas con problemas de violencia identificada por encargados de las instituciones	0	2,179	1	0	138	2,318
Nº de personas con problemas de violencia atendida por encargados de las instituciones	0	2,179	1	0	126	2,306
Nº 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

Fuente: Informe Anual de 5 regiones (2006), 5 DIRESAs del zona focalizada del proyecto



Listado del Participantes

Miércoles, 7 de febrero de 2007

Nº	NOMBRE	INSTITUCION
1	Hugo Lozada	Director de Salud Mental (DGSP)
2	Fausto Garmendia	UNMSM
3	Beatriz Seclen	Dirección de Salud Mental (DGSP)
4	Lucy del Carpio	Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva
5	Mael Morante	Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS)
6	Eva Miranda	UNMSM
7	María del Carmen Calle	Capacitada en HPRT
8	Carmen Fuente	DIRESA Junín
9	Robert Parra	DIRESA Ayacucho
10	Judith Aviles	DIRESA Ayacucho
11	Basilía Vivanco	Hospital de Ayacucho
12	Elbia Yépez	DIRESA Cusco
13	José Villarreal	DIRESA Lima Este
14	Juan Carlos Yafac	DIRESA Lima Este
15	Bernardo Amao	DIRESA Huancavelica
16	Nelly Lam Figueroa	Instituto Nacional Materno Perinatal
17	Alfonso Medina	Instituto Nacional Materno Perinatal
18	Takao Omote	JICA-Perú
19	Midori Kishimoto	JICA-Perú
20	Tateo Kusano	JICA-SSC
21	Shigeo Murauchi	JICA-SSC
22	Fude Takayoshi	JICA-SSC
23	Makoto Tobe	JICA-SSC
24	Patricia Tello	JICA-SSC
25	Richard Mollica	HPRT (Observador)
26	James Lavelle	HPRT (Observador)
27	Tamaki Kobayashi	HPRT (Observador)
28	Yasushi Kikuchi	HPRT (Observador)

Miércoles, 14 de febrero de 2007

Nº	NOMBRE	INSTITUCION
1	Luz Aragonés	Dirección de Salud Mental
2	Fausto Garmendia	UNMSM
3	Romy Kendal	INSMHDH/Noguchi
4	Gloria Cueva	Hospital Hermilio Vardizán
5	Francisco Bravo Alva	Hospital Hermilio Vardizán
6	Verónica Chero	Hospital Hermilio Vardizán
7	María del Carmen Calle	Capacitada en HPRT
8	Takao Omote	JICA-Perú
9	Midori Kishimoto	JICA-Perú
10	Tateo Kusano	JICA-SSC
11	Fude Takayoshi	JICA-SSC
12	Makoto Tobe	JICA-SSC
13	Patricia Tello	JICA-SSC

